

***CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES
MÉDICAUX***

GUIDE DE LECTURE ET DE CODAGE

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	5
2. DESCRIPTION DE LA CCAM ET RÈGLES DE LECTURE	7
2.1 Présentation générale	7
2.2 Contenu de la CCAM.....	7
2.3 Structure et principes de classification de la CCAM.....	9
➤ Principes de classement de la CCAM	9
➤ Principes d'organisation	10
➤ Classement particulier de certains libellés.....	11
2.4 Règles et conventions de rédaction des libellés	11
➤ Concepts	12
➤ Syntaxe	13
➤ Précision	13
➤ Lexicographie et sémantique	14
➤ Particularités de rédaction	16
➤ Signes conventionnels	18
➤ Opérateurs	19
➤ Ponctuation	20
2.5 Notes d'utilisation des libellés.....	20
➤ Présentation des notes	21
➤ Notes d'utilisation	21
➤ Notes explicatives	22
➤ Autres notes.....	23
3. SYSTÈME DE CODIFICATION	25
3.1 Le code principal	25
➤ Structure du code principal	25
➤ Le système de codification	25
3.2 Les codes supplémentaires	27
➤ Le code « Phase de traitement »	27
➤ Le code « Activité »	27
➤ Le code « Extension documentaire »	28
➤ Le code « Localisation dentaire »	29
➤ Le code « Modificateur »	29
➤ Le code « Association».....	30
➤ Le code « Remboursement exceptionnel »	30
4. PRINCIPES D'UTILISATION DE LA CCAM ET RÈGLES DE CODAGE	31
4.1 Les principes du codage	31
➤ Principe 1 : notion d'acte global.....	31
➤ Principe 2 : codage exact de l'acte réalisé.....	33
➤ Principe 3 : codage de l'acte finalement réalisé	33
4.2 Conditions d'application des règles de codage.....	34
4.3 Codage d'un acte unique.....	35
➤ Situation 1 : un seul acte global réalisé par une seule équipe.....	35
➤ Situation 2 : un seul acte global réalisé à plusieurs équipes	36

➤ Cas particuliers.....	37
4.4 Codage d’actes associés.....	38
➤ Cette association ne doit en aucun cas être mentionnée.....	38
➤ Situation 3 : ces exclusions écartées, une association d’actes peut être signalée de différentes façons, selon les cas.....	39
4.5 Codage d’actes multiples.....	40
➤ Situation 4 : actes bilatéraux.....	40
➤ Situation 5 : réalisation d’actes multiples.....	41
➤ Les exceptions à la règle générale.....	42
4.6 Codage d’actes répétés.....	42
➤ Situation 6 : actes en séances.....	42
➤ Situation 7 : actes <i>par 24 heures</i>	43
4.7 Cas particulier de l’anesthésie.....	43
➤ Conditions de codage des gestes d’anesthésie.....	43
➤ Modalités de codage des gestes d’anesthésie.....	44
➤ Code « <i>Extension documentaire</i> ».....	44
➤ Code « <i>Modificateur</i> ».....	45
➤ Gestes complémentaires en anesthésie.....	45
➤ Association de gestes d’anesthésie.....	45
 ANNEXES	 47
A.1 - Système de codification : sites anatomiques et fonctions	49
A.2 - Système de codification : actions (1 Classement des verbes d’action par ordre alphabétique)	57
A.3 - Système de codification : actions (2 Classement des verbes d’action par type d’action).....	65
A.4 - Système de codification : modes d’accès	73
A.5 – Système de codification : localisation dentaire.....	77
A.6 – Règles d’exclusion.....	79
A.7 – Notes d’utilisation de portée générale.....	87

1. INTRODUCTION

La Classification commune des actes des professions de santé (CCAPS) est destinée à décrire et coder l'activité de tous les professionnels concernés, dans le cadre des obligations réglementaires leur incombant d'une part, dans l'objectif plus large de la mise en place d'un système d'information de santé (SIS) d'autre part.

La première partie, objet de la publication actuelle, concerne la description des seuls actes à l'usage des professions médicales : elle constitue la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Le présent guide est destiné à donner aux utilisateurs de la CCAM toute précision sur l'organisation générale de cette classification, sur les conventions de rédaction et de présentation et le système de codification adoptés ; il fournit également les indications nécessaires à son emploi correct dans l'objectif du codage de l'activité des professionnels. L'ensemble de ces conventions et règles est valable quel que soit l'usager, ses lieu et conditions d'exercice. La parfaite compréhension de ces principes et leur acceptation sont donc un préalable à l'utilisation de la CCAM.

2. DESCRIPTION DE LA CCAM ET RÈGLES DE LECTURE

2.1 Présentation générale

La CCAM est un ensemble ordonné d'articles dans lesquels figurent des formules décrivant l'activité des professionnels de santé : les *libellés*. L'objectif primordial de cette classification est de permettre le recueil d'informations concernant la production de ces professionnels, dans les limites assignées actuellement à son champ de couverture. Pour aider au traitement de ces données, chaque libellé est repéré par un *code alphanumérique*, ce qui facilite les opérations de recueil, de stockage et d'analyse aux fins de connaissance, de comparaison ou de suivi. L'information fournie selon des modalités précisées de recueil réglementaire doit également permettre la prise en charge de cette activité, quel que soit le cadre de sa réalisation.

La CCAM comporte deux parties indissociables :

- l'énumération analytique des libellés décrivant les activités de soins, munis de leur code. Des explications sur les conditions d'utilisation de certains libellés ou sur le sens de termes particuliers sont fournies sous forme de symboles ou de notes. Ces indications font partie intégrante de la CCAM, **qui ne saurait être utilisée sans elles** ;
- le présent *Guide de lecture et de codage*, recueil des précisions pour la mise en œuvre correcte de la CCAM. Il explique à l'utilisateur les règles et conventions utilisées par les rédacteurs de la CCAM pour l'écriture et la présentation du volume analytique, expose le système de codification et précise les règles de codage à respecter.

Il n'a pas été établi d'index des libellés ; le mode de codification choisi et l'organisation de la classification rendraient ce volume alphabétique peu performant et sans grand intérêt pour les utilisateurs. L'emploi désormais répandu d'outils informatiques est apte à pallier cette absence ; les tables et utilitaires fournis aux sociétés de service informatique leur permettent de développer des fonctions d'aide au codage dont les caractéristiques, fixées en accord avec les utilisateurs, seront appelées à progresser en fonction de l'évolution de la CCAM, des progrès techniques et des remarques des usagers.

2.2 Contenu de la CCAM

La CCAM est une liste de libellés codés décrivant des actes, auxquels on peut adjoindre des gestes complémentaires et des modificateurs. Elle se veut exhaustive, maniable et évolutive.

❖ Actes

Les actes médicaux décrits par la CCAM sont les actes professionnels relevant de la compétence des membres des seules professions médicales, définies à l'article L4111-1 du Code de la Santé publique. Selon les versions de publication, le champ d'application de la CCAM peut être restreint en fonction de la qualification des professionnels concernés ou la nature des actes décrits.

On entendra par *acte médical* tout « *acte dont la réalisation par des moyens verbaux, écrits, physiques ou instrumentaux est effectué par un membre d'une profession médicale dans le cadre de son exercice et les limites de sa compétence* » (définition de la Commission de terminologie et de néologie pour le domaine de la santé¹, séance du 14 juin 2001).

Le champ de couverture de la CCAM une fois défini, les actes qu'elle contient 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, et sur l'inscription desquels la Haute autorité de santé² s'est prononcée favorablement. La CCAM ne doit en effet pas contenir d'acte obsolète, c'est-à-dire tombé en désuétude en raison de son

¹ Cette commission est désormais remplacée par la Commission spécialisée de terminologie et de néologie compétente pour le domaine de la santé et le domaine social, à la suite de l'arrêté du 15 octobre 2004

² Créée par la loi 2004-810 du 13 août 2004, cette structure a succédé à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), qui a porté un avis sur l'inscription des actes à la CCAM jusqu'au 31 décembre 2004.

archaïsme technique, de son manque d'efficacité, voire de sa dangerosité. Elle ne doit pas non plus comporter d'acte " non éprouvé ", selon la terminologie proposée par le conseil national de l'Ordre des Médecins. La Haute autorité de santé peut cependant donner des recommandations restrictives pour certains actes inscrits, dont la réalisation lui paraît exiger une qualification de l'exécutant ou un équipement particulier, ou devoir être limitée à certaines indications. Ceux des actes qu'elle estime nécessaire d'encadrer dans l'attente d'une validation plus complète sont inscrits dans la CCAM comme « actes en phase de recherche clinique », et repérés de façon particulière dans le volume analytique ; leur suivi peut ainsi être facilement effectué. Si elle ne décrit que des actes dont la validité a été appréciée par la Haute autorité de santé et supposés réalisés dans les règles de l'art, la CCAM ne saurait être considérée comme un instrument d'évaluation de la qualité ; coder un acte signale sa réalisation sans préjuger du respect des standards de bonnes pratiques admis au moment de son exécution.

Dans la CCAM, chacun des **actes** est décrit par un libellé selon le principe fondamental de l'**acte global**. Ce concept, expliqué plus loin³, signifie que, dans la formulation d'un libellé d'acte, sont implicitement regroupés tous les gestes utiles et nécessaires à son exécution de manière indépendante, complète et achevée. Dans la CCAM ne figure donc aucun **geste élémentaire**, partie d'un acte constituant un élément **obligatoire** de son accomplissement, non réalisable isolément, comme, par exemple, une voie d'abord.

Dans la CCAM, les actes ont été distingués par convention en :

- **actes isolés** : actes réalisables de façon indépendante ; ils sont de complexité variable. Le terme *isolé* n'est jamais écrit dans le libellé, il est implicite.

Exemples : **Amygdalectomie par dissection
Adénoïdectomie**

**Cholécystectomie, par laparotomie
Ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par
laparotomie**

- **procédures** : ensemble d'actes isolés couramment associés dans le cadre d'interventions réglées.

Exemples : **Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie**

**Cholécystectomie avec ablation de calcul de la voie biliaire principale par
cholédochotomie, par laparotomie**

La rédaction d'un tel type de libellé n'a été acceptée qu'en cas de combinaison d'actes suffisamment fréquente et standardisée, aboutissant à un nombre limité de formulations. Leur modalité d'écriture est parfois particulière.

Exemples : **Pelvectomie antérieure, par laparotomie**

Changement d'une endoprothèse de l'urètre, par endoscopie

❖ Gestes complémentaires

La CCAM établit d'autre part une liste de **gestes complémentaires**. À la différence d'un acte, un geste complémentaire ne peut pas être réalisé indépendamment : il s'agit d'un temps **facultatif** au cours d'un acte isolé ou d'une procédure.

Exemple : **Prélèvement d'autogreffe osseuse corticale ou corticospongieuse à
distance du foyer opératoire, sur plusieurs sites sans changement de position**

Cette dérogation au principe de l'acte global a été acceptée pour permettre une plus grande maniabilité de la CCAM, en évitant de constituer une liste longue et complexe de libellés d'actes pour atteindre une description exhaustive. Accompagnant toujours un acte, un geste complémentaire ne peut

³ Cf chapitre 4. Principes du codage – Principe 1 : notion d'acte global

donc jamais être mentionné seul. Les combinaisons des gestes complémentaires avec les actes sont précises et limitées, consignées dans des tables d'association. Elles sont mentionnées dans le volume analytique de la CCAM en affichant pour chaque libellé d'acte le code des gestes complémentaires dont l'utilisation est permise avec le code de l'acte concerné.

Pour éviter toute confusion, les gestes complémentaires sont décrits dans une liste spéciale, fournie dans un chapitre particulier.

❖ Modificateurs

En dehors des libellés décrivant des actes et des gestes complémentaires, la CCAM comporte une liste d'informations supplémentaires, les *modificateurs*. De façon générale, ceux-ci identifient des situations particulières modifiant les conditions habituelles de réalisation de l'acte, utiles pour sa description ou sa valorisation. Un modificateur ne peut jamais être utilisé sans un libellé d'acte. Tous les actes n'autorisent pas l'emploi de modificateur.

Exemple : **Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié**

Les modificateurs sont rangés dans une subdivision spéciale de la CCAM.

2.3 Structure et principes de classification de la CCAM

Les libellés de la CCAM ont été classés dans des subdivisions organisées selon des principes rigoureux.

➤ **Principes de classement de la CCAM**

Le volume analytique de la CCAM est structuré par des subdivisions constituant 4 niveaux hiérarchiques différents : chapitres, souschapitres, paragraphes, sousparagraphes.

❖ Chapitres

Les libellés de la CCAM sont répartis en 18 chapitres, premier niveau du classement hiérarchique. Ces chapitres sont repérés par un nombre en chiffres arabes sur deux caractères.

Les chapitres 01 à 16 sont définis par le système anatomophysiologique, l'appareil anatomique ou la topographie sur lequel porte l'action décrite dans les libellés, indépendamment de considérations de spécialité, de qualification ou de mode d'exercice du praticien, ou de finalité de l'acte. Ainsi, par exemple, il faut chercher les actes de *vagotomie* dans le chapitre 01 (Système nerveux), avec les autres actes portant sur les nerfs crâniens ; de même, les *angiographies rétiniennes* sont rangées dans les actes diagnostiques de l'appareil circulatoire (chapitre 04), et non dans ceux du chapitre 02 (Œil et annexes). Ce principe de classement fait qu'un utilisateur trouve rarement son activité décrite entièrement dans un chapitre. L'édition informatique de la CCAM lui permet facilement d'effectuer les sélections qui lui conviennent, de façon à constituer son propre thésaurus.

Au sein de ces chapitres, deux présentent une particularité :

- le chapitre 09, concernant *la procréation, la grossesse et le nouveau-né*, regroupe les actes sur la notion de proximité physiologique ;

- le chapitre 15 décrit les actes sur l'appareil ostéoarticulaire et musculaire qui ne concernent spécifiquement ni la tête (chapitre 11), ni le cou ou le tronc (chapitre 12), ni le membre supérieur (chapitre 13) ou inférieur (chapitre 14). Par exemple, il en est ainsi de l'acte de **Perforation ou forage d'un os, par voie transcutanée** : sans précision topographique, ce libellé permet de décrire une intervention réalisée sur tout élément squelettique.

À côté de ces chapitres par système, il a été créé des chapitres particuliers ne répondant pas à cette logique de classement.

Le chapitre 17 réunit tous les actes pour lesquels aucune précision n'est fournie quant au système ou à l'appareil concerné. Ainsi de la **Radiographie d'une fistule [fistulographie]**, ou des *séances d'irradiation externe*.

Le chapitre 18 comporte les listes distinctes des gestes complémentaires d'une part, des modificateurs d'autre part.

❖ Souschapitres

Les chapitres sont subdivisés en souschapitres numérotés en chiffres arabes (deux caractères). Ceux-ci distinguent les actes diagnostiques d'une part, les actes thérapeutiques d'autre part : il y a donc toujours au moins deux souschapitres par chapitre. Par souci de clarté de présentation et de simplicité d'utilisation, ces deux grands groupes ont en effet souvent été séparés en plusieurs souschapitres. Ceci est plus fréquent pour les actes thérapeutiques, classés en souschapitres par sous-système, par topographie ou par organe.

❖ Paragraphe et sousparagraphe

Les souschapitres sont subdivisés en paragraphes. Certains d'entre eux sont segmentés en sousparagraphe ; ce niveau hiérarchique peut donc être vide.

Les paragraphes des souschapitres consacrés aux actes diagnostiques sont constitués selon la technique d'investigation utilisée. Ceux des souschapitres décrivant les actes thérapeutiques sont distingués selon deux axes principaux de description : la topographie de l'acte - quand elle existe - et la nature de l'action.

❖ Libellés

Le niveau final de description est l'acte. Chacun est décrit par un seul libellé, précédé par un code que le personnel de santé ayant effectué le geste correspondant porte sur le support de recueil d'informations.

Exemple : **KCQL003 Scintigraphie de la glande thyroïde**

Tous les libellés occupent donc le cinquième niveau du classement hiérarchique.

➤ **Principes d'organisation**

Les actes diagnostiques d'un même souschapitre sont regroupés en paragraphes par nature d'acte ou par technique (explorations fonctionnelles, radiographie, scintigraphie...); l'ordre de présentation - mais non la numérotation - a été choisi identique d'un chapitre à l'autre.

Les souschapitres consacrés aux actes thérapeutiques sont subdivisés en paragraphes constitués selon un axe principal le plus souvent topographique. La présentation respecte alors un ordre anatomique : énumération des organes ou des sites dans le sens craniocaudal ou - pour les membres - proximodistal. Pour les appareils ou organes dans lesquels existe une circulation ou un péristaltisme, la disposition suit le sens du flux : c'est pourquoi les actes sur les veines sont énumérés dans un ordre topographique centripète, inverse du classement centrifuge adopté pour les actes sur les artères.

Lorsqu'un acte concerne plusieurs sites anatomiques précisément décrits - qu'ils appartiennent ou non au même appareil -, il a été décidé de le classer dans la division de la CCAM traitant du premier d'entre eux cité dans le libellé ; ainsi trouvera-t-on le *drainage d'une fistule rectovaginale acquise* au chapitre des actes sur l'appareil digestif, dans le paragraphe consacré aux interventions sur le rectum. Cette attitude est la conséquence de la contrainte imposée aux rédacteurs : un libellé ne doit figurer dans la CCAM qu'une seule fois, ce qui exclut toute répétition de libellé.

Le second axe de classement est l'action mise en œuvre : exérèse, plastie, ostéosynthèse... Lorsque plusieurs libellés décrivent une même action effectuée sur un même organe ou un même site par des accès ou des techniques différents, ils ont été placés de façon contigüe. Ils sont rédigés de façon à distinguer le plus facilement possible le ou les éléments différenciant les variantes. L'utilisateur dispose ainsi de toutes les modalités de réalisation d'un même type d'intervention, sur le même territoire, au sein d'une même subdivision de la CCAM.

Le premier principe de classement au sein de cette subdivision est, dans la mesure du possible, le respect d'un ordre de complexité croissante : par exemple, exérèse partielle, puis complète, puis élargie. De même, les actes isolés, distingués éventuellement en actes *sans* puis *avec* utilisation de méthode particulière (par exemple, *laser*), sont décrits avant les procédures. Au sein d'un même regroupement, les libellés sont classés suivant le mode d'accès de l'acte, en suivant une progression croissante de son caractère effractif et de sa technicité : absence d'accès, puis accès transorificiel, accès transorificiel endoscopique, accès transpariétal, accès transpariétal endoscopique, enfin abord direct.

Les libellés mentionnant plusieurs actions différentes sont rangés selon le premier terme d'action cité dans le libellé, dans la subdivision consacrée à la topographie sur laquelle porte cette action. En particulier, il en est ainsi des procédures, classées à la suite des actes isolés comportant le même terme initial d'action et réalisés sur le même site.

➤ Classement particulier de certains libellés

Les actes concernant une fonction ont été rangés selon l'organe ou l'appareil effecteur, dans le chapitre consacré à celui-ci ; ils concernent essentiellement les explorations fonctionnelles, les actes de suppléance ou de rééducation. Ainsi, la **Séance de rééducation de la voix, de la parole et/ou du langage, avec contrôle instrumental** figure-t-elle dans le chapitre 06 des actes sur l'appareil respiratoire. Les actes de suppléance d'une fonction sont classés dans un souschapitre particulier en fin du chapitre concerné : ainsi, les actes de *suppléance nutritionnelle* sont placés à la fin du chapitre 07 (Appareil digestif), ceux d'*épuration extrarénale*, à la fin du chapitre 08 (Appareil urinaire et génital).

Dans certains cas, il n'a pas semblé utile de créer des subdivisions spécifiques pour quelques libellés. Il a alors été jugé préférable de les regrouper au sein d'un paragraphe ou sousparagraphe intitulé « *Autres interventions sur...* », placé à la suite des subdivisions par action.

L'utilisateur peut également s'étonner de ne pas voir respectés les principes de classement par appareil dans quelques cas. Il est en effet apparu que cette logique nuirait à la facilité d'utilisation de la CCAM si elle était poussée à son extrême. La maniabilité de l'outil a alors été privilégiée sur la stricte rigueur de classement. En particulier, on a parfois préféré garder regroupés des actes de même type. Ainsi en est-il de la correction d'anomalies congénitales, même si elles concernent des appareils, des structures anatomiques ou des tissus différents : de la sorte se trouvent décrites au sein d'une même division toutes les interventions chirurgicales pour malformations du cœur et des vaisseaux supracardiaques (chapitre 04), pour fentes orofaciales (chapitre 07), ou pour anomalies des arcs et fentes branchiaux (chapitre 16). De même, toutes les réparations de perte de substance par lambeau libre sont réunies dans le même paragraphe, quel que soit le tissu ou l'organe utilisé. On peut citer également les actes de curiethérapie ou d'irradiation externe, classés dans le chapitre 17 ; si certains d'entre eux auraient pu être orientés vers des chapitres concernant un système ou un appareil précis, il a paru plus opportun de les laisser regroupés dans ce chapitre, la plupart des libellés ne comportant pas de référence à la topographie.

Enfin, les gestes complémentaires et les modificateurs sont rassemblés dans un chapitre spécial ; leur caractère transversal et leur utilisation particulière justifient de ne pas les orienter vers un des chapitres ordinaires de la CCAM. Le souschapitre 18.01 concerne les gestes d'anesthésie complémentaire, isolés des autres gestes complémentaires en raison de leur particularité de comportement pour le codage. Au sein du souschapitre 18.02, les libellés de gestes complémentaires sont classés en paragraphes suivant l'ordre des chapitres 01 à 17, selon le système, l'appareil ou l'organe sur lequel s'exerce l'action.

2.4 Règles et conventions de rédaction des libellés

La construction des libellés de la CCAM a suivi des principes visant à uniformiser leur écriture tant au niveau de leur présentation que du vocabulaire utilisé. Les objectifs poursuivis sont la garantie de la lisibilité et la non-ambiguïté sémantique des libellés.

➤ Concepts

Les concepts adoptés pour la construction des libellés de la CCAM sont conformes aux stipulations de la prénorme prEN 1828 du Comité européen de normalisation (CEN). Tous les libellés de la CCAM ont subi une analyse automatisée afin de vérifier le respect de cette spécification.

Un libellé définit une **action** sur une **topographie** (organe, site anatomique, tissu ou fonction), et précise, si besoin est, le **mode d'accès** et la **méthode** utilisés. Ces informations sont les quatre " axes pertinents " structurant les libellés. En fait, seule l'action apparaît un axe rigoureusement nécessaire pour la définition d'un acte, et, par là, constant dans le libellé. L'objet sur lequel elle porte peut ne pas être mentionné, s'il a été volontairement choisi de ne pas préciser la topographie de cette action (par exemple, **Remnographie selon 5 séquences**). Le mode d'accès et la méthode ne figurent que s'il existe des variantes utiles à décrire, ou si l'absence de leur description peut générer une ambiguïté.

La mention de l'affection traitée n'a pas été autorisée dans les libellés comme critère distinctif entre des actes de même nature, lorsque des précisions sur le type de l'action, son étendue, le mode d'accès ou la technique utilisée permettaient cette distinction. Dans ce but, il a été veillé à qualifier le plus précisément possible l'action réalisée. L'objectif général poursuivi par la CCAM est bien de différencier les actes sur leurs caractéristiques techniques ou sur les moyens qu'ils mettent en œuvre, indépendamment des indications de leur exécution. Il est rappelé qu'un certain nombre d'informations complémentaires (âge et sexe du sujet, affection prise en charge...), non incluses dans les libellés, figure dans tout résumé d'hospitalisation en établissement de santé, et peut apporter des précisions utiles sur la réalisation de l'acte.

Pendant, une note fournit parfois une aide à l'utilisateur en le renseignant sur l'affection habituellement traitée par l'acte décrit.

Exemple : **Injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique dans les muscles oculomoteurs**
Traitement du strabisme concomitant ou paralytique

Il a par contre été nécessaire d'accepter la mention d'une affection médicale dans le libellé pour distinguer des actes techniquement identiques, mais sur les conditions de réalisation desquels la nature de l'affection prise en charge influe de façon importante ; il aurait alors été trop difficile de les décrire sans le recours à cette indication. Ainsi, des techniques analogues d'épuration extrarénale sont-elles différenciées selon que le patient est atteint d'une insuffisance rénale aiguë ou chronique.

Exemple : **Séance d'épuration extrarénale par dialyse péritonéale pour insuffisance rénale chronique**
Épuration extrarénale par dialyse péritonéale pour insuffisance rénale aiguë, par 24 heures

De même cette mention est elle présente lorsque le terme d'action est volontairement gardé vague. C'est particulièrement le cas des libellés décrivant des interventions de même finalité, mais de fréquence relativement rare et de très grande variabilité technique ; cette attitude est tout spécialement adoptée pour les actes de traitement des affections congénitales. Pour les exposer dans un nombre limité de libellés, il a ainsi parfois été choisi d'employer un terme d'action générique - comme *réparation*, *correction* - recouvrant de très nombreuses variantes volontairement non distinguées, et de préciser l'affection traitée.

Exemples : **Reconstruction de l'œsophage en un temps pour atrésie sans fistule, par thoracotomie**
Réparation à l'étage atrial de la transposition des gros vaisseaux, par thoracotomie avec CEC

Il faut enfin insister sur le fait qu'il n'est jamais fait référence à la qualité ou la spécialité de l'exécutant dans le libellé des actes. Tout acte décrit dans la CCAM peut être utilisé par un professionnel

de santé pour coder son activité, si cet acte entre dans son champ de compétence et correspond bien à la nature de l'acte exécuté.

➤ **Syntaxe**

Chaque libellé est élaboré par une relation syntaxique entre les termes décrivant ces axes, de type action - objet direct - objet indirect.

En règle générale, l'action introduit le libellé, le mode d'accès et la méthode utilisés figurent en fin d'énoncé.

Exemples : Dilatation intraluminale d'une artère du membre inférieur sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée

Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de moins de 2 cm de grand axe, par voie buccale sans laser

Fréquemment, action et topographie sont groupées en un seul terme dont la topographie est le radical et l'action le suffixe. Technique et action peuvent aussi être combinées dans un même terme, précisant éventuellement la topographie de l'action.

Exemples : Thyroïdectomie totale, par cervicotomie

Vectocardiographie

➤ **Précision**

Toute expression n'améliorant pas le pouvoir descriptif d'un libellé a été supprimée. L'absence d'information ne porte jamais sur le terme d'action, axe rigoureusement constant. Elle peut exister :

- pour la mention du mode d'accès, lorsqu'il est évident et univoque, absent, non descriptible ou indifférent ;

Exemples : Réduction de luxation d'une dent

Analyse tridimensionnelle de la marche sur plateforme de force

Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur 1 main

Exérèse de chalazion

Ce dernier libellé décrit toutes les exérèses de chalazion, quel que soit l'abord (cutané, conjonctivotarsien ou combiné). Lorsque l'on veut le distinguer d'autres types d'accès (non effractifs ou endoscopiques), l'accès par une incision chirurgicale non descriptible ou indifférente quant à sa topographie est décrit par l'expression *par abord direct*.

Exemple : Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage

Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur, par abord direct

- pour la mention de la topographie : cette situation correspond toujours à des libellés utilisables pour toute localisation (quelle que soit la localisation). Ces libellés sont regroupés dans le chapitre 17 ;

Exemple : Échographie transcutanée, au lit du malade

- pour la mention d'emploi d'une méthode ou d'une technique particulière : cette information ne figure dans les libellés que lorsqu'elle a été jugée discriminante.

En l'absence de précision sur un des quatre axes de description, un libellé recouvre donc toutes les variantes d'exécution de l'acte correspondant, si elles existent pour cette information (sens de « *quelle que soit l'information* »).

Plus généralement toute absence de précision sur une information dans un libellé en autorise l'utilisation pour le signalement de toutes les variantes d'un acte.

Exemple : **Radiographie du thorax**

L'absence d'indication du nombre d'incidences dans ce libellé, ordinairement mentionné dans les autres libellés de radiographies, conduit à considérer qu'il peut être utilisé pour décrire tous les actes de radiographie du thorax, quel que soit le nombre d'incidences réalisées.

➤ **Lexicographie et sémantique**

Les stipulations rédactionnelles suivantes ne concernent rigoureusement que la rédaction des libellés ; les notes indicatives, généralement fournies pour aider les utilisateurs dans le choix du libellé adéquat, utilisent une terminologie plus proche de leur mode d'expression habituel, et ne sont pas soumises aux mêmes contraintes d'écriture.

Les termes utilisés ont été choisis pour répondre à plusieurs critères :

- concordance avec la terminologie internationale quand elle a été validée ; la préférence lui est alors donnée sur le langage habituellement employé en France : c'est le cas de l'ensemble du vocabulaire anatomique ;
- respect de l'orthographe figurant dans des ouvrages de référence courants : le nouveau Petit Robert (Dictionnaires Le Robert, Paris ; réimpression et mise à jour mars 1995) ; Dictionnaire des termes de médecine, Garnier-Delamare (Paris : Maloine, 1998 ; 25ème édition, et suivantes). Diverses recommandations émanant du Conseil supérieur de la langue française et de la Commission spécialisée de terminologie et de néologie compétente pour le domaine de la santé et le domaine social ont amené à des modifications de ces choix orthographiques, exposées plus loin ;
- suppression de tout vocable impropre et de tout terme ou locution d'origine étrangère. Dans ce dernier cas, un équivalent francisé a été employé. Les néologismes utilisés sont généralement ceux préconisés par la Commission spécialisée de terminologie et de néologie compétente pour le domaine de la santé et le domaine social, et validés et diffusés par la Commission générale de terminologie et de néologie dans ses rapports annuels ;
- respect du sens des termes, selon ces mêmes références ;
- qualité de l'élaboration sémantique. Le respect de la pureté étymologique des mots n'a pas pu être toujours observé, en particulier pour tous les néologismes décrivant une action sur un organe : dans ces cas, le radical devrait désormais être issu d'une racine latine dérivant de la terminologie anatomique, tandis que l'action est le plus souvent définie par un suffixe d'origine grecque.

L'ensemble de ce travail a été mené initialement en collaboration avec la commission de terminologie de l'Académie nationale de Médecine, puis soumis au jugement de la Commission spécialisée de terminologie et de néologie compétente pour le domaine de la santé et le domaine social. Celle-ci se prononce sur la régularité de l'emploi des termes de la CCAM avant sa publication et vérifie leur conformité aux recommandations en matière de vocabulaire. L'ensemble de ces avis peut être consulté auprès des rédacteurs de la CCAM ou de ladite Commission.

Un soin particulier est apporté pour que chaque libellé soit significatif hors contexte, c'est-à-dire intelligible même déplacé de sa position dans la CCAM : il doit donc comporter tous les termes permettant sa compréhension sans ambiguïté. En ce sens, le recours à la formulation "*autres ...*" n'a pas été retenu.

Une actualisation de l'orthographe, voire une modification de la terminologie, sera envisagée selon l'évolution des références auxquelles la rédaction des premières éditions a recouru.

❖ Définition du vocabulaire employé

Un important effort lexicographique a été effectué, pour éviter les litiges provenant d'une interprétation défectueuse ou divergente des termes employés par les différents acteurs du système de santé, praticiens ou professionnels de l'information. Si l'on a gardé l'usage habituel des termes qui prévaut dans le domaine médical et ne suscite pas d'équivoque, on a par contre tenu à harmoniser la terminologie dans tous les autres cas : un même terme conserve le même sens dans l'ensemble de la CCAM, une même information est traduite par le même terme ou la même expression. Pour en aider la compréhension et lever toute ambiguïté sémantique, tous les termes concernant les actions et les modes d'accès sont précisés par des définitions fournies en annexes à ce tome. La totalité des termes utilisés pour décrire ces deux axes a d'abord été répartie par famille d'action ou type d'accès ; chaque terme générique a ensuite reçu une définition. Si elle est généralement conforme à celle fournie dans les ouvrages lexicographiques cités en référence, elle peut, dans certains cas, avoir été adaptée (restriction de sens, précisions spécifiques) pour son emploi particulier dans cet ouvrage. En cas de litige, ces définitions prévaudront sur tout autre document.

Dans le domaine anatomique, la terminologie employée est la version francisée de la nomenclature internationale ; en l'absence de publication intégrale plus actuelle, il a été recouru à l'édition française du Répertoire illustré d'anatomie humaine d'Heinz FENEIS, (Antoine DHEM, Paris : MEDSI édit, 1986). L'adoption de ce vocabulaire a entraîné la création de néologismes dérivés des substantifs de cette nomenclature ; ainsi, le terme *submandibulectomie* doit-il remplacer celui de *sousmaxillectomie*, conformément à l'évolution du vocabulaire anatomique, même si sa construction semble moins correcte sur le plan sémantique. Ces cas sont cependant rares, les termes consacrés par l'usage ayant été habituellement conservés (*amygdalectomie*, par exemple, au lieu de *tonsillectomie palatine*).

Pour faciliter la recherche par les utilisateurs, lorsque l'usage n'est pas fixé, on a retenu une formulation identique d'un même terme pour toute la CCAM, ou un principe identique de construction terminologique, en privilégiant le plus correct sémantiquement. Ainsi, les termes topographiques composés avec les préfixes *intra* et *endo*, *extra* et *exo* étant souvent employés de façon variable selon les domaines - voire au sein d'un même domaine -, il a été décidé de n'utiliser que les préfixes *intra* et *extra*. Dans le vocabulaire anatomique, les préfixes *sus* et *sous* sont remplacés par *supra* et *infra* ou *sub*.

❖ Polysémie

Lorsqu'un terme a plusieurs significations, il a été décidé de ne l'employer que dans l'un de ses sens pour éviter toute confusion, ou de le remplacer par une locution explicite. Par exemple, le suffixe *lyse* a les sens très différents de *destruction*, de *séparation* ou de *libération*. Il reste utilisé dans les termes où son maintien n'entraîne pas d'ambiguïté terminologique : *dialyse*, *fibrinolyse*, *thrombolyse*. Par contre, le terme *neurolyse* pourrait être employé avec les deux sens de *destruction* ou de *libération* de nerf ; pour éviter une erreur sur la signification de ce terme, il a été banni de la rédaction des libellés pour être remplacé par les deux expressions *destruction de nerf* et *libération de nerf*.

❖ Expressions éponymes

L'emploi d'une expression éponyme (telle *intervention selon X*), même courante, a été banni des libellés : les variantes depuis la description originale sont souvent nombreuses, les patronymes employés variables selon les écoles et les habitudes, ce qui ne permet pas toujours de connaître exactement le geste effectué. Il a donc, là encore, été préféré fournir une description précise de la technique mise en œuvre. Par contre, une expression éponyme d'usage fréquent peut figurer en note d'inclusion quand il est apparu que sa mention facilitait la recherche ou la compréhension du libellé par l'utilisateur.

❖ Termes et locutions imprécis

L'objectif poursuivi d'employer un vocabulaire défini, standardisé et non ambigu, a obligé à éviter tout terme d'action trop vague, sans réelle qualité descriptive : *cure chirurgicale*, *traitement*, *réintervention*... Quand des termes ou expressions de ce type ont été conservés par habitude de langage, des précisions ont été fournies aux utilisateurs pour les aider dans la compréhension du sens de tels libellés. Ainsi, par exemple, l'expression *cure de hernie* a été maintenue à la demande des chirurgiens, mais une note en explicite la signification.

Dans un souci de simplification, le recours à des termes génériques parfois peu précis a cependant pu être accepté lorsque le traitement de certaines affections, en particulier congénitales, utilise des modalités techniques nombreuses et souvent difficilement descriptibles : il a semblé préférable de ne pas les détailler et de les regrouper dans un libellé dont le terme d'action permet de toutes les englober. Le recours à la mention de l'affection traitée est alors indispensable pour expliciter les conditions d'emploi de ces libellés.

Exemple : **Correction d'une anomalie du retour veineux systémique sans prothèse, par thoracotomie avec CEC**

❖ Orthographe

Les modifications orthographiques proposées par l'Académie nationale de Médecine et partiellement employées dans les premières éditions de son dictionnaire, non acceptées dans le langage courant par l'Académie française, n'ont pas été reprises dans cette version de la CCAM.

Les recommandations du Conseil supérieur de la langue française (Documents administratifs, édité au Journal officiel de la République Française, N° 100, 6 décembre 1990) ont été habituellement suivies, spécialement pour l'emploi du tréma et du trait d'union.

Celui-ci a été généralement abandonné dans les mots composés. Il ne persiste que :

- lorsque le terme est composé de plus de deux radicaux, pour en faciliter la lecture (il est alors placé entre chacun des radicaux) ;

Exemples : **Laco-dacryo-cysto-rhinostomie sans laser**

Œsophago-pharyngo-laryngectomie totale avec œsophagogastroplastie, par cervicotomie et par laparotomie

- lorsque le rapprochement de deux voyelles dû à la suppression du trait d'union entraîne une ambiguïté de compréhension ou de prononciation : entre *a* et *i* ou *u*, *e* et *i* ou *u*, *o* et *i* ou *u* ;

Exemple : **Scintigraphie de l'élimination pyélo-urétérale**

- lorsque le terme est composé par l'union de plusieurs noms propres ou de noms communs entiers.

Exemples : **Résection-anastomose de l'artère carotide commune, par cervicotomie**

**Sinusotomie maxillaire, par abord de la fosse canine [abord vestibulaire]
Opération selon Caldwell - Luc**

Il n'y a jamais de trait d'union entre un radical et un suffixe, ni entre un préfixe et un radical, même après *demi*, *semi*, *sous*, *sus* et *post*, sauf en cas de rapprochement litigieux de deux voyelles.

➤ **Particularités de rédaction**

❖ Emploi du sens partitif

Pour éviter le recours à l'expression *un ou plusieurs* dans les libellés où le nombre de sites ou de lésions sur lesquels porte l'action est indifférent, il est convenu d'employer l'article partitif *de*. **L'information est alors toujours donnée au singulier.** Il s'agit d'une information de type générique ; cette modalité d'écriture a toujours le sens de « *quel qu'en le soit le nombre* », jamais celui de « *un seul* ».

Exemple : **Ablation de corps étranger de la cavité nasale**

Ce libellé concerne l'ablation d'un ou de plusieurs corps étrangers de la cavité nasale.

D'une façon générale, un libellé qui ne comporte pas dans son intitulé de précision sur le nombre de lésions examinées ou traitées désigne implicitement un acte effectué sur **une ou plusieurs lésions de même nature**. Cette notion est conforme au principe général énoncé plus haut : l'absence de précision sur une information permet l'utilisation du libellé quelles que soient les conditions de réalisation de l'acte.

Exemple : **Kystectomie ou périkystectomie hépatique, par laparotomie**

Ce libellé décrit indifféremment l'exérèse d'un seul kyste ou de plusieurs kystes du foie au cours de la même laparotomie. Il a le sens de kystectomie hépatique ou d'exérèse de kyste du foie, quel qu'en soit le nombre. Cette rédaction a été jugée préférable aux formulations inélégantes de *Kystectomie(s) hépatique(s)*, *Exérèse unique ou multiple de kyste(s) du foie*, *Exérèse d'un ou plusieurs kystes du foie* ; elle en possède cependant le sens.

Exemple : **Biopsie musculaire, par voie transcutanée**

Toute biopsie de muscle est décrite par ce libellé, quel que soit le nombre de prélèvement effectué.

❖ **Emploi de un comme adjectif numéral**

Inversement, lorsqu'un nombre de sites ou de lésions mérite d'être précisé, il est inscrit explicitement. Dans ce cas, le terme *un* est toujours employé comme adjectif numéral et non comme article indéfini : il a toujours le sens de « *un seul* », et s'oppose à *plusieurs* ou *multiples*, ou à un nombre précisé différent de un. Les indications numériques fournies dans les libellés peuvent être :

- un nombre précis. Les nombres donnés dans les libellés sont écrits en chiffres quand cela en simplifie la lecture et la distinction ;

Exemple : **Réimplantation d'une dent permanente expulsée**
Réimplantation de 2 dents permanentes expulsées
Réimplantation de 3 dents permanentes expulsées, ou plus

- une indication imprécise : *plusieurs* ou *multiples*, opposée à *un* ; elle a toujours le sens de 2 ou plus ;

Exemple : **Ponction ou cytoponction d'une lésion de la glande thyroïde, par voie transcutanée avec guidage échographique**
Ponction ou cytoponction de plusieurs lésions de la glande thyroïde, par voie transcutanée avec guidage échographique

- une valeur fixée entre des bornes, constituant une classe. La borne supérieure est souvent ouverte ; l'expression employée est *n ou plus* dans le cas de valeur discrète, *plus de* dans le cas de valeur continue (taille, surface, taux...). Si elle est ouverte, la borne inférieure est signalée par l'expression *moins de*.

Exemple : **Séance de destruction de 1 à 5 lésions cutanées superficielles, par électrocoagulation**
Séance de destruction de 6 lésions cutanées superficielles ou plus, par électrocoagulation

❖ **Sens de bilatéral**

La notion de bilatéralité concerne les actes sur des organes ou des régions pairs et symétriques (*oreille, sein, aine, genou*, par exemple). Le terme *bilatéral* a toujours, et exclusivement, le sens de *de chaque côté du plan sagittal*, c'est-à-dire *droit et gauche*. Ainsi, le libellé **Radiographie bilatérale du genou** signifie bien : radiographie du genou droit et du genou gauche, et non radiographie des faces médiale et latérale d'un seul genou.

Certains libellés font expressément référence au caractère unilatéral ou bilatéral de l'acte.

Lorsque la réalisation unilatérale ou bilatérale de l'acte est jugée indifférente, un seul libellé est écrit, comportant la mention *unilatéral* ou *bilatéral* :

Exemple : **Téléradiographie unilatérale ou bilatérale du membre supérieur en totalité, de face**

Lorsque l'acte bilatéral est aussi voire plus fréquent que l'acte unilatéral, ou lorsqu'il met en jeu des modalités techniques différentes, il est distingué de l'acte unilatéral par un libellé particulier ; le texte du premier précise le caractère *unilatéral* de l'acte, le second, son caractère *bilatéral* :

Exemple : **Plastie unilatérale d'oreille décollée**
Plastie bilatérale d'oreille décollée

Dans tous les autres cas, l'intitulé des libellés décrivant un acte sur un organe ou un site pair ne précise pas leur caractère unilatéral ou bilatéral : par convention, ils sont alors considérés ne concerner qu'un acte unilatéral.

Exemples : **Ostéodensitométrie du calcaneus par échographie**
Radiographie de l'avant-bras

Ces deux libellés désignent uniquement des actes unilatéraux. La notion de réalisation d'un acte de ce type de façon identique de chaque côté est alors fournie par l'un des modificateurs *bilatéral*, associé au libellé adéquat⁴.

➤ Signes conventionnels

❖ Les crochets - []-

Ils isolent un terme ou une locution équivalent ou synonyme du terme ou de la locution le précédant. Il peut s'agir :

- d'un synonyme vrai qui peut lui être substitué ;

Exemple : **Excision d'une fissure anale [Fissurectomie anale]**

- d'un terme d'emploi habituel, dont on recommande cependant d'éviter l'usage en raison de son impropriété sémantique, de son origine étrangère, ou de son obsolescence à la suite de l'adoption de la terminologie anatomique internationale ou de l'actualisation du vocabulaire par la Commission spécialisée de terminologie et de néologie pour le domaine de la santé et le domaine social. D'une façon générale, la recommandation est d'utiliser le terme ne figurant pas entre crochets : cette mention sera donc temporaire, jusqu'à l'adoption définitive du terme approprié dans l'usage courant ;

Exemples : **Pose d'une coiffe de recouvrement d'une racine dentaire [Coping]**
Choc électrique cardiaque transcutané [Cardioversion externe], en urgence

- d'un sigle d'emploi fréquent, par exemple : ECG, CEC.

Lorsque cette équivalence est fournie pour une grande partie ou la totalité des libellés d'une subdivision, elle est placée dans le titre et non répétée dans les libellés de cette subdivision.

⁴ Cf *infra* Codage d'un acte bilatéral

❖ Les parenthèses - () -

Les parenthèses ne figurent pas dans les libellés : elles sont uniquement employées pour encadrer le code d'un acte ou le numéro d'une subdivision mentionné dans une note d'utilisation, note d'exclusion ou note **Coder éventuellement**. Cette mention aide l'utilisateur en l'orientant vers la partie de la CCAM où il trouvera le libellé exact décrivant l'acte à coder.

Exemples : **Œsophagostomie, par cervicotomie**
À l'exclusion de : œsophagostomie avec gastrostomie ou jéjunostomie
(HECA003)

Exérèse de lésion du sourcil et de la paupière
Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 02.02.05)
Avec ou sans : suture immédiate

➤ **Opérateurs**

❖ Les prépositions avec et sans

La préposition “avec” relie plusieurs mots, locutions ou propositions dont la présence simultanée dans l'intitulé de l'acte à coder est nécessaire pour l'identifier au libellé correspondant de la CCAM.

- Quand la préposition “avec” relie des libellés d'actes isolés, la formulation correspond à la description d'une procédure.

Exemple : **Cholécystectomie avec ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par laparotomie**

Pour en simplifier la rédaction, les libellés des actes isolés constitutifs de cette procédure n'apparaissent pas avec la mention “sans”.

Exemples : **Cholécystectomie, par laparotomie**
Ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par laparotomie

- Inversement, quand un libellé précise l'emploi d'une technique ou d'une méthode particulière en l'introduisant par la conjonction “avec”, la CCAM doit contenir un libellé décrivant le même acte “sans” l'emploi de cette technique ou de cette méthode. Ce libellé-ci précède celui-là dans la présentation de la CCAM.

Exemple : **Polysomnographie de 4 à 8 heures, sans enregistrement vidéo**
Polysomnographie de 4 à 8 heures, avec enregistrement vidéo

❖ La conjonction et

La conjonction “et” remplace la préposition “avec” quand l'emploi en semble plus élégant. Elle en garde le sens inclusif obligatoire.

Exemple : **Suture de plaies du nerf médian et du nerf ulnaire au poignet, par abord direct**

❖ La conjonction ou

La conjonction “ou” introduit une proposition alternative : elle n'est employée qu'avec un sens

exclusif (l'un ou l'autre, jamais les deux). Cette construction limite le nombre de libellés, en permettant de coder de façon identique des actes dont les différences techniques n'ont pas paru suffisantes pour les distinguer selon l'action, l'organe traité, le mode d'accès ou la technique utilisée.

Exemples : Interposition **ou** apposition de lambeau pleural **ou** péricardique, au cours d'une intervention intrathoracique

Évacuation de collection intraabdominale, par cœlioscopie **ou** par rétro-péritonéoscopie

Embolisation sélective **ou** hypersélective d'une artère digestive, par voie artérielle transcutanée

❖ [L'expression et/ou](#)

Cette expression a été conservée pour simplifier la rédaction des libellés, malgré son impropriété. Elle équivaut à la conjonction “ ou ”, employée ici dans un sens inclusif (l'un, ou l'autre, ou l'un et l'autre). Elle permet de coder de façon identique des actes dans l'intitulé desquels les termes ou propositions reliés par cette expression sont présents séparément ou simultanément :

Exemple : Parage **et/ou** suture de plaie de l'auricule

Ce libellé décrit le parage seul, la suture seule, ou le parage suivi de suture immédiate de plaie (unique ou multiple) de l'auricule.

➤ **Ponctuation**

La virgule placée entre les termes d'une énumération remplace toujours l'opérateur employé entre les deux derniers termes de cette énumération.

Exemples : Réduction d'une luxation tibiotalienne, talocalcanéenne **et/ou** médiotarsienne, par arthrotomie

Section, allongement **ou** transfert tendineux pour correction unilatérale d'attitudes vicieuses de la hanche, du genou **et** du pied, par abord direct

2.5 Notes d'utilisation des libellés

Si le travail rédactionnel présenté ci-dessus vise à lever toute équivoque sur la compréhension des libellés de la CCAM, des incertitudes peuvent persister sur le contenu technique des actes décrits ou sur leurs conditions d'utilisation. C'est pourquoi des informations supplémentaires accompagnent parfois les libellés pour renseigner les utilisateurs sur leurs conditions d'emploi.

Elles peuvent être fournies sous forme de notes : d'ordre particulier, ces consignes et précisions sont inscrites sous les libellés concernés ; d'ordre plus général, elles sont placées en tête de la subdivision concernée : chapitre, sous-chapitre, paragraphe ou sous-paragraphe selon les cas. Par souci de clarté de présentation et de facilité d'utilisation du volume analytique, une information commune à la plupart, voire à tous les libellés d'une même division de la CCAM est en effet placée en tête de cette division et non répétée au niveau de ceux d'entre eux concernés par cette consigne. La version informatique de la CCAM doit permettre la consultation systématique de toutes les informations et notes d'accompagnement attachées à chacun des libellés.

Des indications sur l'utilisation des libellés peuvent également être données sous forme de symboles ou de modalités de présentation particulières, variables selon les modalités de publication du volume analytique. L'objectif est de fournir à l'utilisateur toutes les informations nécessaires à l'usage adéquat d'un libellé.

L'utilisation correcte des libellés oblige à ne pas se limiter à la lecture de leurs seuls énoncés : l'attention des utilisateurs est spécialement attirée sur la nécessité d'une lecture

soigneuse des libellés avec l'ensemble des notes d'utilisation les concernant, même placées à distance. Leur mise en œuvre s'impose de façon identique pour tout utilisateur.

ATTENTION : certaines notes d'utilisation de portée très générale, concernant des libellés nombreux, mais répartis dans l'ensemble des chapitres, sont fournies dans une annexe au corpus des libellés. Il convient d'en prendre connaissance avant de se reporter au chapitre particulier où se trouve inscrit le libellé à utiliser.

➤ Présentation des notes

Les notes sont écrites dans une typographie distincte, en caractères italiques, soit sous le titre d'une subdivision de la CCAM, soit sous un libellé. Elles sont des recommandations en termes de codage, valables quel que soit le secteur d'exercice du praticien et indépendantes des règles spécifiques à la tarification et au programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

L'ordre de présentation des notes a été choisi identique tout au long de la CCAM. Viennent d'abord les notes d'utilisation : notes d'inclusion, notes **Avec ou sans** :, notes d'exclusion et enfin notes **Coder éventuellement** :. Puis viennent les notes explicatives : **Par [...], on entend** :, et **Le [...] inclut**. Enfin, dans certains cas sont ajoutées des notes non formalisées.

Il faut noter que les notes placées sous les libellés de modificateurs (sous-chapitre 18.03) sont à lire comme des définitions, bien qu'elles adoptent la présentation de note d'inclusion.

➤ Notes d'utilisation

❖ Notes d'inclusion

Les notes d'inclusion sont données comme des **exemples non limitatifs d'emploi des libellés**. Elles procurent habituellement au codeur un certain nombre d'illustrations d'usage courant, en lui fournissant des exemples sans prétendre en faire une énumération exhaustive.

Lorsque la note d'inclusion s'adresse à toute une subdivision de la classification, elle est introduite par le terme **Comprend** : placé sous le titre de la subdivision. Ces notes doivent être lues en association avec le titre.

Exemple : **Fermeture de perte de substance par lambeau**
Comprend : - couverture de perte de substance par lambeau
- comblement de dépression ou de cavité par lambeau
- interposition ou apposition de lambeau sur un viscère

Lorsque la note d'inclusion concerne un libellé, elle est placée sous celui-ci, distinguée par sa typographie différente de celle du libellé, sans être introduite par le terme **Comprend** :.

Peuvent y figurer des termes ou des expressions fréquemment employés dans le langage médical, mais ne répondant pas aux règles de rédaction de la CCAM ; on y trouve, en particulier, la désignation de certaines interventions utilisant des expressions éponymes courantes.

Exemple : **Fermeture du vagin**
Colpocléisis
Cloisonnement vulvovaginal
Intervention selon Lefort, selon Conill - Serra

Tous les termes signifiants figurant dans les notes explicatives et notes d'inclusion sont indexables ; une requête avec l'outil de recherche informatique doit permettre de retrouver le libellé principal auquel la note est attachée, et son code.

❖ Notes Avec ou sans :

L'expression **Avec ou sans** : introduit une liste d'actes ou de gestes, dont la réalisation éventuelle au cours de l'acte décrit par le libellé ne modifie pas l'utilisation de celui-ci. En effet, ils n'ont été jugés discriminants ni en termes de description, ni en termes de valorisation pour la réalisation de l'acte considéré. Ils ne doivent donc pas être codés en sus de l'acte principal - si cela était possible -, s'ils sont effectués dans la même intervention.

Exemple : **Rectoscopie au tube rigide**
Avec ou sans : *anuscopie*

Il en est de même de l'emploi de certaines techniques dont l'intérêt médical ou la mobilisation de ressources n'a pas paru un élément déterminant pour l'écriture d'un libellé particulier.

Exemple : **Conisation du col de l'utérus**
Avec ou sans : *laser*

❖ Notes d'exclusion

L'expression **À l'exclusion de** : précise les termes qui ne sont pas compris dans l'énoncé du titre ou du libellé, même si celui-ci suggérerait la possibilité de cette utilisation (exclusion terminologique). Elle signale également les conditions dans lesquelles la division concernée (chapitre, paragraphe, libellé...) ne doit pas être employée (exclusion technique). Elle permet ainsi d'éviter des erreurs de codage, en particulier quand des actes proches sur le plan technique sont classés à distance l'un de l'autre. **À l'inverse de la note indicative, la note d'exclusion est limitative** : tout ce qui n'est pas explicitement exclu est sous-entendu dans le sens de l'énoncé.

La rédaction de cette note est identique quelle que soit sa position dans la CCAM.

Exemples : **08 APPAREIL URINAIRE ET GÉNITAL**
À l'exclusion de : *actes concernant la procréation et la grossesse (cf chapitre 09)*

Évacuation d'hématome intracérébral non traumatique, par craniotomie
À l'exclusion de : *évacuation de collection intracrânienne postopératoire, par reprise de la craniotomie précédente (AAJA005)*

Une information entre parenthèses permet à l'utilisateur de se reporter à la subdivision ou au libellé cité dans cette exclusion, en lui en fournissant le numéro ou le code.

❖ Notes Coder éventuellement :

L'expression **Coder éventuellement** : signale un ou des actes non inclus dans la description de l'acte principal ; il s'agit d'actes à coder en sus en cas de réalisation conjointe. Seules les combinaisons relativement stéréotypées sont indiquées à l'aide de cette note. Les conditions de ces associations sont précisées dans le chapitre des règles particulières de codage de la CCAM.

Exemple : **Exérèse de malformation artérioveineuse cutanée et/ou souscutanée**
Coder éventuellement : *réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 16.03.08, 16.03.10)*

Une information entre parenthèses permet à l'utilisateur de se reporter à la subdivision ou au libellé cité dans cette note, en lui en fournissant le numéro ou le code.

➤ Notes explicatives

Ces notes ne sont jamais placées autrement que sous le titre d'une subdivision. Elles visent à faciliter la compréhension des libellés ou à en préciser les conditions d'utilisation,

- en expliquant le sens de certains termes ou de certaines locutions particuliers à cette partie de la CCAM. Il s'agit là d'un complément du travail lexicographique exposé ci-dessus, permettant de plus une simplification de la rédaction des libellés. Leur formulation est *Par ... , on entend : :*

Exemple : **Par endoprothèse vasculaire, on entend :** *prothèse vasculaire non couverte, posée par voie vasculaire transcutanée.*

- en fournissant des explications sur le contenu technique implicite d'un acte, décrivant les gestes qui y sont habituellement inclus, et dont la réalisation éventuelle interdit le codage supplémentaire - s'il était possible -. Les notes de cette sorte sont rédigées sous la forme *Le (La) (Les) ... inclut (incluent) :*

Exemple : **La réduction d'une luxation, par abord direct inclut** *la réparation de l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation par suture ou plastie, la stabilisation de l'articulation [arthrorise] par matériel et/ou la contention par appareillage rigide externe.*

➤ **Autres notes**

Certaines notes ne respectent pas le formalisme des notes ci-dessus. Elles sont généralement placées sous le titre d'une subdivision.

Elles peuvent donner des consignes de codage en texte libre.

Exemple : *Les surfaces indiquées dans les libellés correspondent aux surfaces totales cumulées des zones traitées.*

Dans d'autres cas elles renvoient l'utilisateur vers une autre division de la CCAM qu'il doit consulter avant de choisir le libellé décrivant le plus exactement l'acte réalisé.

Exemple : **Résection osseuse de la base du crâne**
Voir aussi 01.02.05 Exérèse de tumeur intracrânienne extraencéphalique

Certaines fournissent des indications sur l'utilisation des codes d'« *Extension documentaire* ».

Exemple : **Artères du membre supérieur**
Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées avec les codes marqués d'un symbole distinctif pour préciser la topographie artérielle au membre supérieur :

- A artère subclavière en aval de l'ostium de l'artère vertébrale
- B artère axillaire
- C artère humérale
- D artère radiale
- E artère ulnaire

3. SYSTÈME DE CODIFICATION

Chaque libellé de la CCAM est repéré par un code, que l'utilisateur mentionne pour indiquer l'exécution de l'acte correspondant conformément aux règles énoncées dans le chapitre suivant. On appellera **code principal** ce code. Le respect du principe essentiel de bijectivité impose qu'à un libellé ne corresponde qu'un code et qu'inversement un code ne repère qu'un libellé : le codage d'un libellé est donc univoque. Les codes principaux des actes et des gestes complémentaires adoptent la même structure.

Pour décrire complètement une intervention, l'exécutant doit compléter ce code principal par des **codes supplémentaires**, obligatoires ou facultatifs selon leur nature.

3.1 Le code principal

➤ Structure du code principal

Les codes principaux de la CCAM sont des codes alphanumériques semistrukturés occupant actuellement sept caractères. Ils comportent :

- une partie initiale, sur quatre caractères alphabétiques majuscules ;
- une partie terminale, repérée par trois caractères numériques en chiffres arabes.

Il n'existe pas de séparateur entre ces parties ; la composition de ce code est donc AAAA000. Pour éviter toute confusion avec des caractères numériques, les lettres O et I ne sont pas utilisées.

Les caractères alphabétiques indiquent la localisation anatomique de l'acte sur les deux premiers caractères, l'action réalisée sur le troisième, le mode d'accès ou la technique utilisée sur le quatrième. Le code possède donc une structuration correspondant aux axes pertinents de description dans le libellé : sa seule lecture permet, dans une certaine mesure, d'identifier la modalité de réalisation de l'acte. Compte tenu du nombre de termes à indexer, les lettres n'obéissent à aucun souci mnémotechnique. Des libellés différents peuvent être signalés par un code comportant le même radical alphabétique, s'ils décrivent une action identique sur le même site anatomique, utilisant le même mode d'accès ou la même technique : il en est ainsi, par exemple, des libellés d'*avulsions dentaires*, ou d'*exérèses du poumon*, quel qu'en soit le nombre ou les modalités.

Pour repérer distinctement de tels libellés, un compteur numérique sur trois caractères suit ces quatre caractères alphabétiques. À la différence de la partie alphabétique, le compteur n'a pas de rôle structurant. La valeur de ce compteur n'est pas indicative de l'ordre d'apparition du libellé au sein de la CCAM ; cette solution permet l'évolution de la CCAM sans en rompre la logique initiale de présentation et de codification. La plage comprise entre 900 et 999 est réservée aux codes des actes que la Haute autorité de santé a classés « en phase de recherche clinique », permettant ainsi leur repérage facile par l'utilisateur.

➤ Le système de codification

Il s'appuie particulièrement sur les travaux terminologiques menés pour définir les termes d'action et les modes d'accès et méthodes. Les subdivisions topographiques ont été constituées en fonction du niveau de détail utile à la description et de l'ordre de présentation de la CCAM. La codification de ces informations est fournie en annexe, avec les tableaux lexicographiques.

❖ La codification du site anatomique

La première lettre de cette partie du code désigne le système, l'appareil ou la structure sur lequel s'exerce l'action : on comprend donc qu'il existe une similitude avec le plan en chapitres de la CCAM. Une lettre peut correspondre à la totalité d'un chapitre : par exemple, A pour le chapitre 01 consacré au système nerveux, B pour le chapitre 02 sur l'œil. En raison du grand nombre d'actes qu'il contient, le chapitre 04 utilise deux lettres : D pour Cœur et gros vaisseaux et E pour Vaisseaux périphériques. Inversement, une même lettre peut être partagée par deux chapitres : ainsi, la lettre J est

commune aux chapitres 08 consacré aux actes sur l'appareil urinaire et les appareils génitaux masculin et féminin, et 09 décrivant les interventions liées à la procréation.

La lettre Z est réservée aux grandes zones topographiques, sans précision de système ou d'organe.

La seconde lettre de cette partie du code apporte un niveau de détail supplémentaire. Associée à la lettre indiquant le système ou l'appareil, elle repère ainsi :

- un organe : par exemple, dans l'appareil digestif (lettre H), la lettre L désigne le *foie* (HL),
- un tissu : par exemple, PA pour *Os, sans mention de localisation*,
- une région topographique : par exemple, la lettre B est consacrée au *tronc* au sein du système tégumentaire (lettre Q),
- une fonction, rattachée par convention à l'organe ou au système effecteur : par exemple, AK pour *Mémoire*, dans les subdivisions du système nerveux (lettre A).

Sur cette position, la lettre Z est utilisée lorsqu'il n'est pas précisé de localisation sur un appareil ou un organe donné : elle a le sens de « sans précision topographique ». Par exemple, QZ concerne les actes sur les téguments pour lesquels aucune topographie n'est mentionnée, GZ désigne le système respiratoire sans précision.

Dans le cas où un acte concerne plusieurs localisations, il a été choisi de coder en priorité la localisation la plus profonde ou la plus proche de l'extrémité céphalique ; en cas de difficulté est codée la première localisation décrite dans le libellé.

❖ La codification du terme d'action

Les termes d'action employés dans la CCAM ont été définis en les regroupant par type d'action ; chacun est repéré par un verbe d'action, ensuite codé. Le choix ayant été fait d'encoder cette information avec une seule lettre par souci de simplicité, un même code est fréquemment affecté à plusieurs verbes d'action, réunis en raison d'une certaine proximité technique. Ainsi, la lettre G a été affectée aux verbes *Enlever* et *Extraire*. Même quand ils se codent de façon identique, les verbes gardent cependant leurs différences de sens et les actions correspondantes doivent continuer à être distinguées sur le plan du procédé utilisé.

Quand un libellé d'acte comporte plusieurs actions, le code utilisé est celui qui se réfère à l'action principale ou à la première citée.

❖ La codification du mode d'accès

Une seule lettre est affectée à la codification de cette information. Elle peut repérer un mode d'abord seul, particulièrement pour les accès effractifs ; dans d'autres cas, elle désigne à la fois la modalité d'abord et la technique : c'est principalement en raison du nombre d'actes « *sans effraction* » qu'il a été choisi de créer des classes de subdivision de cette modalité selon la technique employée.

La notion de *mode d'accès* est à distinguer de celle de *voie d'accès*, couramment dénommée *voie d'abord* en chirurgie.

Le *mode d'accès* est défini par le type de pénétration de l'instrument dans l'organisme et le procédé technique employé (par exemple, emploi ou non d'un appareil d'endoscopie). La pénétration de l'instrument dans l'organisme peut être *effractive* si sont traversés les plans cutanés ou muqueux : la ponction transcutanée d'un organe, un abord par incision chirurgicale sont des accès effractifs ; une exploration de l'arbre trachéobronchique par endoscopie utilise un accès avec pénétration non effractive de l'instrument. Les actes sans pénétration instrumentale dans l'organisme sont dits *sans accès* ; ils sont repérés par les caractères K, L, M, N et P dans le système de codification des modes d'accès, selon le procédé technique employé.

La *voie d'accès* correspond au lieu de pénétration dans l'organisme d'un instrument pour la réalisation de l'acte : une laparotomie et une thoracotomie sont deux voies d'accès différentes utilisant le même mode

d'accès ouvert (effractif), suivant la définition donnée en annexe ; une fibroscopie gastrique et une cystoscopie sont toutes deux des actes par accès endoscopique transorificiel, réalisés par des voies d'accès différentes.

Dans le cas où un acte utilise plusieurs modes d'accès, la lettre correspond au plus effractif.

3.2 Les codes supplémentaires

Pour coder complètement une intervention, des caractères supplémentaires doivent être ajoutés au code principal à sept caractères. Ils sont inscrits dans des zones particulières, indépendantes de la zone réservée au code principal.

➤ Le code « Phase de traitement »

Pour leur achèvement, certains actes obligent à recourir à des épisodes successifs et complémentaires les uns des autres, réalisés à des moments différents. Chacun est un élément de la réalisation de l'acte global désigné par le libellé ; il est dénommé *phase de traitement*. Chaque phase est repérée par un code supplémentaire indiqué devant le souslibellé correspondant au geste pratiqué lors de cet épisode.

Exemple : **BDLA003 Pose de kératoprothèse biocolonisable**
 Phase 1 : recouvrement de la kératoprothèse par autogreffe de muqueuse buccale
 Phase 2 : pose de la kératoprothèse

Pour coder une phase de traitement, il convient d'utiliser le code à 7 caractères de l'acte global (ici, BDLA003) auquel on adjoint le code de la phase adéquat. Le champ de saisie occupe un caractère de type numérique.

Ce code est constant et obligatoire à renseigner : pour la majorité des actes, qui ne se déroulent qu'en une phase, cette valeur est par défaut 0.

Chaque phase comporte un ou plusieurs codes « *Activité* » qu'il convient de mentionner dans la zone adéquate, dans les mêmes conditions que celles exposées ci-dessous pour les libellés d'actes.

➤ Le code « Activité »

Le code « *Activité* » permet de repérer la part incombant à chacun des professionnels participant à la réalisation d'un acte ou d'un geste complémentaire. Il s'agit d'un code numérique sur un caractère. Il est constant et de renseignement obligatoire : un code principal comporte toujours au moins un code « *Activité* », tant pour les actes que pour les gestes complémentaires.

- Quand un seul intervenant prend la totalité de l'acte en charge, la valeur du code « *Activité* » est 1.
- Lorsque, dans les règles de l'art, un acte impose la **collaboration de plusieurs praticiens, habituellement de disciplines différentes** (actes à plusieurs équipes), la prestation de chacune des équipes est repérée par le code « *Activité* » adéquat :
 - pour les actes imposant habituellement une anesthésie générale ou locorégionale (actes de type chirurgical), le geste opératoire est repéré par le code « *Activité* » 1, le geste d'anesthésie par le code « *Activité* » 4 ;
 - pour les actes où la règle de l'art impose la collaboration de plusieurs praticiens pour la réalisation même du geste principal, le libellé de l'acte est subdivisé en autant de souslibellés que d'équipes

obligatoires ; le code « *Activité* » correspondant est inscrit en face de chacun d'eux.

Exemple : **JQLF002 Exsanguinotransfusion chez le fœtus, par ponction transcutanée du cordon**

Activité 1 : guidage échographique

Activité 2 : exsanguinotransfusion chez le fœtus

Activité 3 : assistance hémobiochimique

Il est important de souligner que le code « *Activité* » n'indique en rien la spécialité de l'acteur, mais la nature du geste qu'il effectue dans le cadre de la réalisation de l'acte global décrit par le libellé.

Certains codes « *Activité* » ont un sens invariable tout au long de la CCAM :

- le code « *Activité* » 4 désigne le geste d'anesthésie générale ou locorégionale **habituel dans les règles de l'art**. Il ne peut pas être utilisé pour coder une anesthésie locale, ou une anesthésie tronculaire ou radiculaire d'un nerf intrabuccal (par exemple, anesthésie du nerf alvéolaire inférieur) ;
- le code « *Activité* » 5 caractérise la surveillance d'une CEC.

➤ **Le code « *Extension documentaire* »**

Code alphanumérique sur une position, il permet de fournir un niveau de détail supplémentaire sur les modalités d'exécution de l'acte, dans la mesure où celles-ci ne modifient pas les moyens mis en œuvre. Il n'existe que pour certains libellés ; sa saisie est facultative.

La création de ce code est motivée par le souci de garder sa maniabilité à la CCAM : il est donc nécessaire de limiter le nombre de variantes d'un même acte, et de ne retenir que celles qui semblent avoir un intérêt documentaire particulier ou une incidence sur sa valorisation. Si, pour des études ciblées, il apparaît souhaitable de repérer une ou des modalités jusque-là non décrites d'un acte déjà inscrit à la classification, il sera créé des subdivisions du code d'origine. La création et la gestion de ces souscodes seront effectuées sur demande motivée d'une société savante ou d'un groupe d'utilisateurs. Les tables officielles ne contiennent que les extensions de codes créées dans le cadre de cette procédure. Les contrôles mis en place lors de la saisie ne pouvant être effectués qu'avec ces tables officielles, l'attention des utilisateurs est attirée sur les risques d'utiliser cette position pour la création d'extensions personnelles.

Dans le cas où il serait nécessaire de repérer une variante de l'acte utilisant des moyens *a priori* trop différents, il serait évidemment proposé un nouveau libellé et non une extension de code.

Les libellés autorisant l'adjonction d'un caractère supplémentaire de nature documentaire sont précisément signalés dans la CCAM. Ce code est mentionné sous le titre de la subdivision concernée, dans une note particulière :

Exemple : **Artères digestives**

Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées

avec les codes marqués d'un symbole distinctif pour préciser la topographie artérielle abdominale :

- A tronc cœliaque
- B artère gastrique gauche
- C artère hépatique commune
- D artère splénique
- E artère mésentérique supérieure
- F artère mésentérique

Les codes signalés dans le corpus des libellés ne sont pas utilisables pour les gestes d'anesthésie, qui ont leurs propres codes d'« *Extension documentaire* ». Qu'ils soient repérés par le code « *Activité* » 4 ou par un code de geste complémentaire, tous les gestes d'anesthésie générale ou locorégionale autorisent en effet l'adjonction d'un des codes d'« *Extension documentaire* » suivants :

- 1 anesthésie générale
- 2 anesthésie locorégionale péridurale ou épidurale

- 3 anesthésie locorégionale subarachnoïdienne [rachianesthésie]
- 4 anesthésie locorégionale plexique ou tronculaire
- 5 anesthésie locorégionale intraveineuse
- 6 anesthésie générale avec anesthésie locorégionale.

Cette possibilité systématique d'ajout du code d'« *Extension documentaire* » aux codes des gestes d'anesthésie n'est pas reproduite dans le volume analytique de la CCAM .

➤ Le code « *Localisation dentaire* »

Les actes d'odontologie acceptent des codes supplémentaires spécifiques destinés à préciser la topographie de l'acte. Ces codes numériques sur deux positions sont décrits dans la norme internationale établie par la Fédération dentaire internationale (1970) et approuvée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le comité technique ISO/TC 106. Ils sont donnés en annexe à ce Guide. Six zones de remplissage sont prévues. Les possibilités de combinaison acte d'orthodontie-code « *Localisation dentaire* » sont fixées par une table particulière.

➤ Le code « *Modificateur* »

Il est représenté par un caractère de type alphanumérique. La liste des modificateurs et les codes correspondants sont fournis dans une subdivision particulière de la CCAM. Quatre modificateurs au maximum peuvent être mentionnés pour compléter la description d'un acte.

On ne peut utiliser un modificateur qu'avec les actes pour lesquels cette association est explicitement prévue, dans le cas de la réalisation de l'acte dans une condition particulière correspondant à celle décrite par son libellé. L'emploi de cette information additionnelle n'apparaît en effet pas utile et est donc interdite :

- si le libellé de l'acte fait explicitement mention d'une condition spéciale d'exécution :

Exemple : **Mammographie bilatérale**

Le modificateur *bilatéral* ne peut être utilisé dans ce cas ; il y aurait redondance avec l'information fournie dans le libellé.

- si l'information est implicitement contenue dans le libellé :

Exemple : **Évacuation d'un hématome extradural supratentorial, par craniotomie**

L'acte décrit ici ne peut être réalisée qu'en urgence ; le modificateur correspondant ne peut donc être utilisé avec ce libellé.

- si les règles de l'art définissent des conditions de réalisation de l'acte conformes à celles décrites par un des modificateurs.

Ainsi, tous les actes thérapeutiques en traumatologie ayant été considérés comme devant être effectués en urgence dans les règles de l'art, le modificateur correspondant ne peut pas leur être appliqué ; la valorisation de ces actes a tenu compte de ces conditions de réalisation. De même, dans son avis d'expertise (21 octobre 2004), l'ANAES a estimé que les actes de kératoplastie ne devaient pas être réalisés sur les deux yeux simultanément : le modificateur *bilatéral* ne peut donc pas être utilisé avec ces actes.

➤ **Le code « Association »**

Il doit être utilisé pour signaler la réalisation de plusieurs actes au cours d'une même intervention (association d'actes). Il s'agit d'un code numérique sur une position.

Pour l'emploi de ce code, les utilisateurs se reporteront aux indications fournies avec les différentes versions de la CCAM.

➤ **Le code « Remboursement exceptionnel »**

Ce code numérique sur une position est à utiliser avec une liste finie d'actes dont la réalisation peut être la conséquence soit d'une indication médicale, soit d'une demande personnelle du patient sans justification médicale.

Les conditions d'emploi de ce code seront précisées avec les différentes parutions de la CCAM.

4. PRINCIPES D'UTILISATION DE LA CCAM ET RÈGLES DE CODAGE

Pour l'utilisation correcte des libellés dans l'objectif réglementaire de description et de codage de son activité, un professionnel de santé devra respecter les principes et règles de codage exposés ci-après. Ils sont indépendants du secteur d'exercice de l'exécutant. Les conséquences en termes de tarification et de prise en compte dans le PMSI peuvent différer ; l'utilisateur se reportera aux documents *ad hoc* pour en prendre connaissance.

4.1 Les principes du codage

Les règles de codage reposent sur les principes qui ont servi de base à l'élaboration des libellés.

➤ Principe 1 : notion d'acte global

La notion d'acte global est un principe fondamental de la CCAM : chacun des libellés est en effet élaboré dans le but de décrire un **acte dans l'intégralité de sa réalisation**. C'est-à-dire que l'acte ainsi caractérisé inclut implicitement tous les temps obligés qui concourent habituellement à son achèvement. Ce contenu est défini pour concorder avec les **règles de l'art** en vigueur : la réalisation d'un acte est supposée suivre une technique ou utiliser une méthode actuellement considérée comme idéale et validée. En d'autres termes, l'acte figurant dans la CCAM correspond à la description qu'il aurait dans un ouvrage technique de référence. Pour connaître le contenu implicite des actes décrits, on consultera, selon les cas, de telles publications, les protocoles, recommandations ou guides de bonnes pratiques élaborés par les sociétés savantes, ou les documents rédigés par la Haute autorité de santé. Pour les actes de chirurgie, on se reportera généralement à l'Encyclopédie médicochirurgicale (EMC), *Techniques Chirurgicales* (ELSEVIER, Paris). Le libellé recouvre toutes les variantes de l'acte décrit, quand celles-ci n'ont pas été individualisées par des libellés spécifiques. Pour éviter toute ambiguïté, une note sous certains titres ou certains libellés précise le contenu technique des actes correspondants, énumérant ceux des gestes qui ne doivent pas être codés en sus parce qu'implicitement inclus. En cas de difficulté, un utilisateur pourra interroger les rédacteurs de la CCAM ou la société savante concernée pour connaître le contenu implicite d'un acte.

Toutes les consignes de codage fournies ici sont établies en fonction du concept d'acte global ; elles s'appliquent indépendamment du nombre et de la qualification des intervenants. Cette conception synthétique de la description conduit à refuser le codage par « décomposition analytique ». Cette prescription est fondamentale, et valable que l'acte complet soit effectué sur un court laps de temps ou s'étale dans la durée, qu'il nécessite la collaboration de plusieurs équipes différentes ou non.

RÈGLE 1 : un utilisateur doit coder l'acte réalisé dans le respect du principe d'acte global, en choisissant la modalité la plus simple, la plus complète et la plus synthétique de description.

Plusieurs corollaires découlent de ce principe et de cette règle de base.

COROLLAIRE 1 : lorsqu'un acte global comporte un temps obligé décrit par un libellé d'acte dans la CCAM, il est interdit de coder celui-ci en sus de l'acte global.

On ne doit jamais coder deux actes quand l'un est un temps nécessaire à la réalisation de l'autre. Ainsi, par exemple, on ne peut pas coder une colostomie avec une colectomie sans rétablissement de continuité ou la dilatation d'un segment du tube digestif au cours de la pose d'une endoprothèse dans ce segment. Le pansement ou la confection d'un appareillage en fin d'intervention font partie intégrante de l'acte. Un acte décrit dans la CCAM avec autogreffe comprend le prélèvement du greffon. Dans beaucoup de cas, les gestes constitutifs de l'acte global ne sont pas décrits dans la CCAM par des libellés spécifiques : ainsi du compte rendu d'exécution ou d'interprétation accompagnant nécessairement la réalisation de tout acte, ou des étapes de conception, de pose et d'adaptation lors de la confection de tout appareillage, tout comme de la mise en route, du réglage initial voire des premières mesures suivant la pose d'un dispositif. Il s'agit de gestes élémentaires, dont on a vu que la CCAM refuse l'inscription. Un certain nombre de notes explicatives peuvent éclairer ces recommandations.

Si, pour des objectifs particuliers, un praticien souhaite recueillir une information dont le signalement est interdit par respect du principe de l'acte global, il convient qu'il adapte son système d'information personnel, en veillant autant que faire se peut à ne pas dévier l'utilisation réglementaire de la CCAM.

COROLLAIRE 2 : lorsqu'une intervention est décrite par un libellé de procédure, le praticien qui la réalise ne doit utiliser que le code de cette procédure pour la signaler, à l'exclusion de l'association des codes des actes isolés qui la composent.

Il s'agit ici d'une application particulière du principe général de simplicité et d'exactitude de codage : l'exécutant d'un acte doit rechercher le libellé de la CCAM décrivant l'acte global correspondant le plus complètement à l'acte réalisé, et s'abstenir de le décomposer en différents éléments. D'une manière générale, on ne doit jamais décomposer un acte en codant chacun de ses temps. Un seul code suffira donc dans la grande majorité des cas à signaler l'exécution d'un acte.

COROLLAIRE 3 : lorsqu'au cours de la même intervention sont réalisés un acte diagnostique et un acte thérapeutique selon les mêmes modalités (mode et voie d'accès, procédé technique) sur le même site, seul l'acte thérapeutique doit être codé.

Un acte thérapeutique inclut l'acte diagnostique préalable, réalisé dans le même temps, sur le même organe ou le même site anatomique, selon le même accès, avec le même procédé technique, quel que soit le nombre d'exécutants concernés. Ainsi, par exemple, toute intervention sur un organe intrapéritonéal comprend le temps d'exploration préalable : le codage de la laparotomie ou de la coelioscopie exploratrice initiale est donc inutile et interdit. L'acte d'**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* en sus de celui du geste thérapeutique. Une biopsie ne peut être signalée si elle est suivie d'un geste d'exérèse du même organe ou de la même zone anatomique. Un acte thérapeutique sur un vaisseau par voie intraluminale comprend l'angiographie préalable, lorsqu'elle est pratiquée simultanément.

Si, au contraire, l'acte diagnostique initial utilise un accès ou un procédé technique différent de celui adopté pour l'acte thérapeutique (dans la mesure où cette attitude est conforme aux bonnes pratiques médicales), chacun des deux temps peut être codé. Ainsi, si une coelioscopie réalisée pour un traumatisme abdominal montre la présence de lésions dont le traitement se révèle nécessaire par laparotomie, il conviendra de coder la coelioscopie diagnostique en sus du geste thérapeutique. Cette recommandation souffre cependant une exception : dans le cas où une arthroscopie diagnostique précéderait un acte thérapeutique par arthrotomie, seul ce dernier doit être mentionné.

Certains actes diagnostiques réalisables au cours d'un geste thérapeutique peuvent également être codés quand leur correspond un libellé de geste complémentaire : ils utilisent habituellement des techniques ou des méthodes différentes de celles employées pour la réalisation de l'acte qu'ils complètent et ne constituent donc pas une exception à ce corollaire.

❖ Conséquence pratique : les listes d'exclusion

Du principe de l'acte global découle la notion d'incompatibilité entre codes. Elle est gérée par des listes d'exclusion constituées par « familles » d'actes, sur la base de règles d'exclusion exposées en annexe à ce guide ; chacune correspond à une interdiction de codage liée à une disposition citée dans ce chapitre. Leur mise en pratique vise ainsi à assurer le respect des prescriptions de codage. Elle ne prend effet que pour des actes réalisés au cours de la même intervention, indépendamment de l'exécutant de chacun d'eux.

Par *intervention*⁵, on entend l'ensemble des actes de quelque nature qu'ils soient, réalisés sur le même patient dans le même temps, quels que soient le nombre et la spécialité des participants. En ce sens, doivent être considérés comme une intervention, par exemple, un bilan radiologique de la totalité du squelette, l'ensemble des actes chirurgicaux effectués chez un patient traumatisé multiple au cours de la même anesthésie générale, une endoscopie du haut appareil digestif et une coloscopie simultanées, ou

⁵ Dans la CCAM, ce terme ne doit pas être pris dans son sens habituel restrictif d'*intervention chirurgicale*.

l'exérèse d'une lésion précédée d'une biopsie. Une intervention peut cependant n'être constituée que d'un seul acte.

Deux actes effectués consécutivement dans la même salle, même séparés par un temps d'attente intermédiaire, sont réputés constituer une même intervention. Pour être considérées différentes, deux interventions doivent impérativement nécessiter la sortie du patient du lieu d'exécution de l'acte initial. Cette condition n'est cependant pas suffisante dans tous les cas, certains actes - par exemple, arthroscopies - pouvant exiger un changement de salle sans être pour autant constitutifs d'interventions différentes.

➤ Principe 2 : codage exact de l'acte réalisé

Le principe général est de toujours signaler un acte par le code du libellé qui correspond le mieux et le plus complètement à l'ensemble des temps et des moyens utilisés : il doit donc exister une ressemblance la plus proche possible de la similitude entre la description de l'acte dans le compte rendu à coder et celle du libellé de la CCAM.

Lorsque les précisions pour coder exactement un acte manquent et sont inaccessibles, le codeur doit retenir le libellé le décrivant dans ses modalités les plus simples : acte isolé ou acte sans emploi de méthode particulière. Ainsi, par exemple, si deux libellés de la CCAM distinguent la réalisation d'un acte *sans* et *avec* laser, l'absence de mention à ce sujet dans le compte rendu à coder oblige à porter le code du libellé *sans* laser. Cette convention n'est pas une incitation à une extraction incomplète d'information, mais permet de coder un libellé imprécis lorsque le retour à l'information initiale s'avère impossible ou trop difficile - par exemple, lors d'enquêtes nationales rétrospectives - ; ceci ne devrait cependant pas être le cas dans l'usage courant de la CCAM.

RÈGLE 2 : le code recueilli est celui du libellé dont l'intitulé correspond le plus exactement possible à la description de l'acte effectué.

La conséquence de ce principe est qu'en l'absence dûment constatée d'un libellé correspondant aux critères techniques de l'acte réalisé, le praticien est dans l'impossibilité formelle de signaler son acte. Il est donc strictement interdit de coder un acte non décrit dans la CCAM par assimilation à un acte décrit, même de technicité ou de nature proche. Par exemple, pour coder un acte par endoscopie transpéritonéale non encore décrit, il est interdit d'utiliser le libellé de l'acte par abord ouvert de même type ou celui de l'acte par endoscopie transpéritonéale jugé le plus proche techniquement. De même, lorsque l'intitulé d'un libellé précise que l'acte décrit se déroule sous anesthésie générale ou locorégionale ou au bloc opératoire, il est impossible d'utiliser le code correspondant pour décrire un acte qui ne respecterait pas ces conditions de réalisation. Cette absence de libellé adéquat dûment vérifiée, le codeur devra rigoureusement s'abstenir de tout codage. Certains des libellés absents correspondent d'ailleurs à des actes dont la Haute autorité de santé a refusé l'inscription.

COROLLAIRE 4 : le codage « par assimilation » d'un acte non inscrit à la CCAM est interdit.

➤ Principe 3 : codage de l'acte finalement réalisé

L'acte exécuté est toujours apprécié à la fin de sa réalisation complète. Lorsqu'il ne correspond pas à l'acte initialement prévu, quelle qu'en soit la raison (interruption de l'intervention, impossibilité technique...), il convient de coder l'acte réellement pratiqué.

- Si aucun geste thérapeutique n'a pu être réalisé, on codera l'acte diagnostique correspondant.

Exemples : laparotomie pour exérèse de lésion intraabdominale dont l'exploration montre qu'elle est finalement inextirpable, sans autre geste ; coder **Exploration de la cavité abdominale, par laparotomie**.

dilatation impossible d'une artère coronaire, par voie intravasculaire transcutanée ; coder *coronarographie*.

- Si un acte thérapeutique est réalisé, c'est l'acte réellement pratiqué qu'il convient de coder, et non l'acte initialement prévu.

Exemples : laparotomie pour excision de lésion colique finalement laissée en place, réalisation d'une colostomie ; coder *colostomie*.

pose d'une endoprothèse vasculaire impossible après dilatation d'un vaisseau, par voie intravasculaire transcutanée ; coder *dilatation intraluminaire* du vaisseau concerné.

anesthésie générale chez un patient devant subir un acte, interrompue avant le début de cet acte en raison d'une défaillance circulatoire ; coder la *suppléance circulatoire*, et non l'anesthésie.

- Au pire, si aucun acte n'a pu être réellement débuté, rien ne sera codé.

RÈGLE 3 : en cas d'impossibilité de réalisation d'un acte thérapeutique telle qu'initialement prévue, on doit coder selon les cas l'acte diagnostique préalablement effectué ou l'acte thérapeutique dans ses modalités d'exécution finale.

Un cas particulier est représenté par les conversions lors d'un acte thérapeutique effectué par voie endoscopique transpariétale (coelioscopie, thoracoscopie...). Deux cas peuvent se présenter :

- pour des raisons particulières, l'intervention initialement prévue ne peut être intégralement menée par cette méthode : il convient alors de coder et l'endoscopie transpariétale dans sa modalité diagnostique, et l'acte effectué par abord direct :

Exemple : impossibilité de réaliser une cholécystectomie par coelioscopie, pour des difficultés locales constatées en cours d'intervention ; conversion en laparotomie permettant la cholécystectomie. Coder **Exploration de la cavité abdominale, par coelioscopie et Cholécystectomie, par laparotomie**.

- cette conversion est liée à la survenue d'une complication peropératoire : on doit coder chacune des interventions.

Exemple : cholécystectomie menée par coelioscopie, suivie d'une laparotomie immédiate pour hémorragie ; coder **Cholécystectomie, par coelioscopie et Suture de plaie d'une artère digestive, par laparotomie**.

4.2 Conditions d'application des règles de codage

Les règles de codage qui sont énoncées ci-après, et tout particulièrement celles qui concernent le signalement de plusieurs actes, imposent le respect de certaines conditions énoncées précédemment, qu'il convient de rappeler en préambule.

Elles sont identiques, quel que soit le secteur d'exercice de l'utilisateur : la CCAM est un outil de description et de codage de l'activité des praticiens, commun à tous. Si cette information codée est bien traitée différemment selon le secteur dans lequel exerce le praticien, son recueil suit, lui, des règles invariables tant pour les modalités de codage que pour les possibilités d'association.

Elles sont élaborées dans l'objectif du respect de la notion d'acte global et de celle de règles de l'art, et visent par là même à éviter le surcodage et à limiter le nombre de codes utiles au signalement d'une intervention.

Elles ne sont dépendantes ni de la qualité ni du nombre des intervenants. Ainsi, le code « *Activité* » décrit-il la nature du geste effectué sans jamais préciser la spécialité de l'intervenant. De même, la décomposition d'un acte en plusieurs activités est-elle fondée sur des règles de l'art ou des textes réglementaires bien établis ; l'organisation différente que pourraient adopter certaines équipes -

par exemple, collaboration occasionnelle de praticiens pour la réalisation d'actes difficiles -, non conforme à celle envisagée dans la CCAM, ne modifie pas les modalités de codage telles qu'elles sont prévues.

Les règles particulières à utiliser pour le codage de plusieurs actes ne sont valables que pour des **actes synchrones**, c'est-à-dire des **actes effectués lors d'une même intervention**. L'assurance de la simultanéité de réalisation d'actes ne peut être fournie que par l'**horodatage** des interventions.

Les notions d'**actes identiques** ou **différents** utilisées pour fixer certaines règles d'association ou d'exclusion doivent être acceptées en termes de codage. Il convient donc de comprendre sous l'expression d'**actes identiques** : actes décrits par le même libellé dans la CCAM et repérés par le même code principal, c'est-à-dire mettant en jeu une même action, selon le même mode d'accès et le même procédé technique si le libellé les précise, même s'ils ne sont pas médicalement strictement semblables en raison de variations topographiques, techniques... Ainsi, il pourrait être objecté par un praticien qu'effectuer la suture d'une plaie de 4 cm du cuir chevelu ou le parage d'une plaie profonde de 10 cm en zone découverte ne lui apparaît pas strictement identique sur le plan médical ; ces deux actes étant repérés par le même libellé et le même code de la CCAM (**Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main, QZJA012**), ils seront considérés comme identiques au regard des règles de codage. Inversement, sont considérés comme **différents** des actes signalés par des libellés et des codes principaux différents dans la CCAM, quelle que soit la raison de cette distinction.

La **mention des codes supplémentaires** se fait de façon identique, quelle que soit la situation devant laquelle se trouve placé le codeur : emploi obligatoire des codes « Phase » et « Activité », des codes « Numérotation dentaire » pour les actes d'odontologie, emploi nécessaire des codes « Modificateur », « Association » et « Remboursement exceptionnel » si le cas se présente, mention facultative du code à visée documentaire.

Le codage d'un acte doit toujours être effectué **le plus exactement possible**, par le choix du libellé décrivant le mieux les conditions de sa réalisation ; celui-ci est établi selon les informations explicites dont dispose le codeur dans le compte rendu obligatoire mis à sa disposition. L'absence de précision sur des éléments déterminants dans ce choix doit conduire à considérer que l'acte a été exécuté selon la modalité la plus simple. En l'absence de libellé correspondant à l'acte effectué, le codeur ne devra en aucun cas procéder par **assimilation**.

4.3 Codage d'un acte unique

➤ Situation 1 : un seul acte global réalisé par une seule équipe

Au regard de la CCAM, un acte est considéré comme réalisable à une seule équipe dès lors que le code principal du libellé correspondant n'est pourvu que d'un seul code « Activité ».

Lorsqu'ils sont effectivement réalisés par un seul professionnel de santé, celui-ci portera le code principal adéquat, auquel sera ajouté le code « Activité » 1.

La même règle doit être utilisée pour les actes pour lesquels la collaboration de plusieurs équipes est occasionnelle ou affaire d'organisation locale et ne correspond donc pas aux règles de l'art établies :

Exemple : **JBQH002 Urétéropyélographie rétrograde [UPR]**

Cette opération peut être réalisée, selon les cas, par un seul ou plusieurs spécialistes (par exemple, un urologue et un radiologue), mais elle n'est pas considérée comme *un acte à plusieurs équipes*. Dans tous les cas, cet acte ne sera codé que par l'un des intervenants, et repéré par le code **JBQH002** associé au code « Activité » 1.

➤ Situation 2 : un seul acte global réalisé à plusieurs équipes

D'autres, au contraire, nécessitent ordinairement la collaboration de plusieurs praticiens de disciplines différentes : chacun concourt pour sa part à la réalisation de l'acte global. Ces libellés sont explicitement repérés dans la CCAM : pour chaque libellé, le corpus fournit les seuls codes « *Activité* » utilisables. Cette distinction a été établie d'après les indications des professionnels, soucieux du respect des bonnes pratiques médicales ou de certaines réglementations.

Dans certains cas, un acte prévu à plusieurs équipes se déroule avec un nombre d'intervenants différent de celui mentionné par la CCAM. Il peut être supérieur, pour les mêmes raisons que celles exposées plus haut : il ne peut alors être porté plus de codes « *Activité* » que ce que prévoit la CCAM. Ainsi, si plusieurs équipes collaborent à la réalisation d'un geste d'un acte pour lequel n'est prévue qu'un seul code « *Activité* », une seule d'entre elles devra mentionner le code de l'acte, associé au code « *Activité* » correspondant. Inversement, dans d'autres cas, une équipe prévue par la CCAM peut ne pas intervenir. Il en est ainsi d'actes prévus avec anesthésie générale habituelle qui seraient réalisés sous anesthésie locale, pour des impératifs médicaux particuliers : en l'absence de geste anesthésique correspondant à la définition de la CCAM, le code « *Activité* » 4 de cet acte ne doit pas être relevé.

Par contre, il n'est pas acceptable qu'un même professionnel, dérogeant à ces règles de l'art, prenne en charge le travail incombant normalement à plusieurs équipes : ce pourrait être le cas, par exemple, d'un praticien qui effectuerait simultanément et le geste opératoire et l'anesthésie. Si tel était le cas, il ne devrait signaler qu'un seul des gestes effectués : un praticien ne peut porter le code que d'une seule « *Activité* » de l'acte qu'il a effectué. Cette règle souffre une dérogation : il est autorisé qu'un même praticien puisse porter simultanément les codes « *Activité* » 4 et 5 d'un même acte réalisé avec circulation extracorporelle [CEC].

- ◆ C'est le cas quasi constant des actes de type chirurgical, dont la réalisation nécessite à la fois un geste opératoire et une anesthésie générale ou locorégionale. Chacun de ces gestes est repéré par le même code d'acte global, auquel est adjoint le code « *Activité* » correspondant : 1 pour le geste opératoire, 4 pour le geste anesthésique.

Exemple : **HHFA001 Appendicectomie, par abord de la fosse iliaque**

- codage du geste chirurgical : code principal **HHFA001** ; code « *Activité* » 1,
- codage du geste anesthésique : code principal **HHFA001** ; code « *Activité* » 4.

- ◆ C'est également le cas des actes avec CEC, dont la surveillance se signale constamment par le code « *Activité* » 5. Comme on l'a signalé plus haut, il est admis qu'un même professionnel puisse alors renseigner les codes « *Activité* » 4 et 5 pour le même acte : tel est le cas du praticien en charge du geste d'anesthésie qui assure également la surveillance de la CEC.

Exemple : **DBMA011 Valvoplastie aortique, par thoracotomie avec CEC**

- codage du geste chirurgical : code principal **DBMA011** ; code « *Activité* » 1,
- codage du geste anesthésique : code principal **DBMA011** ; code « *Activité* » 4,
- codage de la surveillance de CEC : code principal **DBMA011** ; code « *Activité* » 5.

- ◆ Dans quelques rares cas enfin, il a été estimé que les règles de l'art de réalisation du geste opératoire lui-même (qu'il soit effectué sous anesthésie ou non) obligeait à la collaboration de plusieurs praticiens de disciplines différentes : chacun des gestes est décrit par une subdivision du libellé de l'acte global ; l'intitulé et le code de cette « *Activité* » sont mentionnés dans le volume analytique de la CCAM. Inversement, on a vu *supra* que les codes des libellés d'actes pour lesquels cette collaboration est facultative ne possèdent pas ces subdivisions.

Exemples : **LAEA004 Avancement combiné du front et de la face [Monobloc frontofacial], sans pose de distracteur**

Activité 1 : geste extracrânien

Activité 2 : geste intracrânien

Activité 4 : anesthésie

- codage du geste chirurgical extracrânien : code principal **LAEA004** ; code « *Activité* » 1,
- codage du geste chirurgical intracrânien : code principal **LAEA004** ; code « *Activité* » 2,
- codage du geste anesthésique : code principal **LAEA004** ; code « *Activité* » 4.

JQHF002 Prélèvement de sang d'un fœtus, par ponction du cordon

Activité 1 : guidage échographique

Activité 2 : cordocentèse sur un fœtus

Activité 3 : assistance hémobiochimique

Chacun des gestes contribuant à la réalisation de l'acte global décrit par le libellé est codé avec le code principal **JQHF002**, auquel est ajouté le code « *Activité* » correspondant, 1, 2 ou 3.

➤ Cas particuliers

Certains des actes de ce type présentent des particularités de codage.

❖ Cas particulier 1 : acte en plusieurs phases de traitement

Les actes nécessitant des épisodes distincts espacés dans le temps pour leur achèvement sont subdivisés en plusieurs phases. Chacune de ces phases est décrite par un souslibellé précédé du code « *Phase* » adéquat, que l'utilisateur ajoutera au code principal de l'acte global dont il est un des éléments.

Exemple : **FERP001 Photochimiothérapie extracorporelle des cellules sanguines mononucléées**

Phase 1 : collecte des leucocytes par cytophérèse [leucaphérèse]

Phase 2 : irradiation des leucocytes par UVA en présence d'un produit photosensibilisant

Phase 3 : autotransfusion des leucocytes

- codage de la phase de leucaphérèse : code principal **FERP001**; code « *Phase* » 1 au temps T1,
- codage de la phase d'irradiation des leucocytes : code principal **FERP001**; code « *Phase* » 2 au temps T2,
- codage de la phase d'autotransfusion des leucocytes : code principal **FERP001**; code « *Phase* » 3 au temps T3.

Chacune des phases du traitement peut être réalisée soit par le même praticien, soit par des praticiens différents.

Chaque phase se comporte en matière de codage comme un libellé d'acte. Chacune peut ainsi admettre un ou plusieurs codes « *Activité* » ; en particulier, pour les phases réalisées avec une anesthésie générale, les codes « *Activité* » 4 sont utilisables comme exposé *supra*. Si une des phases est décrite comme une *séance*, le codage suit les consignes spécifiques à ce type d'acte.

Tous les autres actes de la CCAM, qui sont les plus nombreux, ne comportent qu'une seule phase. Le code à porter pour cette information est alors 0.

❖ Cas particulier 2 : acte se déroulant sur une durée prolongée

Certains actes nécessitent pour leur achèvement une continuité du soin initial, prolongé sur une période plus ou moins longue. Sont de cette catégorie, par exemple, les actes de *réduction orthopédique progressive d'un déplacement ostéoarticulaire, par traction continue* : il ne s'agit pas de la répétition de l'acte initial de pose de traction ; il ne s'agit pas non plus de la surveillance ordinaire de ce geste initial. Les libellés de ce type d'acte décrivent bien l'ensemble des temps initiaux (pose de traction et installation), intermédiaires (adaptation, surveillance) et terminaux (ablation du système de traction,

désinstallation) habituels aboutissant au résultat final de réduction de la lésion, obtenu au bout de quelques semaines. Un seul code est nécessaire pour repérer l'ensemble de cette séquence thérapeutique. Il en est de même de certains actes diagnostiques ; ainsi, certains *tests de sensibilisation* nécessitent plusieurs jours pour être réalisés d'une part, puis lus et interprétés d'autre part.

Dans ce cas, seul le code de l'acte global est à indiquer pour décrire l'ensemble de la réalisation de l'acte. Il doit être porté à la date de fin de cette période.

❖ Cas particulier 3 : acte réalisé dans des conditions particulières

Lorsque l'acte est réalisé dans des conditions particulières (terrain du patient, circonstances d'exécution), l'utilisateur peut les signaler par l'emploi d'un ou de plusieurs modificateurs. Il peut être mentionné jusqu'à quatre modificateurs, dans la mesure d'une association autorisée avec le code du libellé. À un modificateur donné est en effet associée une liste d'actes auxquels il peut être adjoint. Certains d'entre eux ne sont utilisables qu'avec des codes « *Activité* » particuliers. Les utilisateurs se reporteront aux consignes qui leur sont fournies au sujet de leur emploi selon les versions de la CCAM.

❖ Cas particulier 4 : actes d'odontologie

Les actes d'odontologie imposent de préciser la localisation de l'acte en codant la mâchoire, le sextant ou la dent concerné, selon la nomenclature en vigueur.

❖ Cas particulier 5 : actes avec prise en charge particulière

Certains actes, appartenant à une liste définie, ne sont pris en charge que dans des conditions particulières, précisées par ailleurs. Si ces conditions sont remplies, l'utilisateur pourra demander la prise en charge de ces actes ; il devra alors impérativement remplir la zone « *Remboursement exceptionnel* ».

4.4 Codage d'actes associés

Par *actes associés*, on entend *actes différents effectués de façon synchrone*, c'est-à-dire réalisés lors de la même intervention. Dans cette situation, plusieurs possibilités se présentent.

➤ Cette association ne doit en aucun cas être mentionnée...

- ◆ ... s'il s'agit de l'association d'un acte diagnostique et d'un acte thérapeutique

Cette interdiction n'est valable que pour des actes effectués sur le même site avec des accès et des procédés techniques identiques. L'acte diagnostique est considéré alors comme l'étape d'investigation nécessaire à la décision définitive du choix thérapeutique : il fait partie intégrante de l'acte thérapeutique, conformément au principe de l'acte global.

- Exemples :
- artériographie, suivie immédiatement d'une dilatation artérielle par voie artérielle transcutanée
 - examen endoscopique de l'estomac découvrant un polype dont on pratique immédiatement l'exérèse
 - biopsie chirurgicale d'une lésion précédant son exérèse complète.

Dans ces cas, on ne doit pas coder l'acte diagnostique en sus de l'acte thérapeutique.

À l'inverse, un acte diagnostique et un acte thérapeutique réalisés simultanément peuvent tous deux être mentionnés s'ils concernent des topographies différentes ou emploient des modalités (accès, procédé technique) différentes. Leur association respecte les règles définies ci-dessous.

- ◆ ... si l'un des actes effectués est mentionné dans une note « **Avec ou sans :** » inscrit sous le libellé de l'un des autres

Si l'intervention pratiquée associe deux actes dont l'un est cité dans une note « **Avec ou**

sans : » attachée à l'autre, on ne peut coder que ce dernier.

Exemple : **ADPA022 Vagotomie tronculaire, par laparotomie**
Avec ou sans : pyloroplastie ou duodénoplastie

La réalisation dans le même temps d'une vagotomie tronculaire et d'une pyloroplastie, par laparotomie est repérée par la seule mention du code **ADPA022**, comme le serait celle de la vagotomie tronculaire seule. La mention supplémentaire du code de la pyloroplastie est interdite.

◆ ... si l'un des actes est constitutif de l'autre

On ne peut pas non plus mentionner un acte constitutif d'un acte plus complexe, dont il représente un temps obligé : il s'agit ici encore du respect du principe d'acte global. Cette notion peut être précisée par une note explicative dans la CCAM.

Exemple : **L'ostéotomie inclut l'ostéosynthèse et/ou la contention par appareillage externe.**

Dans cet exemple, l'association d'un code d'ostéotomie à un code d'ostéosynthèse portant sur la même localisation est interdite.

De la même façon, on ne doit pas coder un des actes entrant dans la composition d'une procédure avec cette procédure.

◆ ... s'il s'agit de l'association d'un acte *sans* et d'un acte *avec* emploi d'une technique

Ainsi, par exemple, si à une scanographie sans injection intraveineuse de produit de contraste succède immédiatement l'examen identique avec injection de produit de contraste, le premier acte ne se code pas. D'une façon générale, on ne code dans ces situations que l'acte de plus grande complexité.

➤ **Situation 3 : ces exclusions écartées, une association d'actes peut être signalée de différentes façons, selon les cas**

◆ 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)**.

- ◆ L'un des éléments de cette association est un geste complémentaire

Si l'un des éléments de cette association est décrit par un libellé de geste complémentaire, qu'un seul exécutant ou plusieurs aient pris part à l'acte, il convient de coder et l'acte principal et le geste complémentaire, **dans la mesure où cette association est permise**. La liste des gestes complémentaires dont la mention est autorisée avec un libellé est fournie dans des tables informatiques.

Si l'un des actes de cette association peut être décrit soit par un libellé d'acte soit par un libellé de geste complémentaire, il convient de n'utiliser que le libellé du second.

Exemple : nécessité de réaliser une échographie au cours d'une résection hépatique par laparotomie

Coder la résection hépatique selon ses modalités précises d'exécution et **ZZQA002 Échographie peropératoire**. En aucun cas, il ne peut être porté l'un des codes d'acte isolé d'échographie abdominale - malgré leur caractère plus descriptif -, que le praticien qui l'effectue soit celui qui réalise l'hépatectomie ou un tiers.

- ◆ L'association n'est descriptible que par l'utilisation de plusieurs libellés d'actes isolés

Après avoir scrupuleusement vérifié ne pas être dans un des cas de codage exposé *supra*, force est de recourir au recueil des codes de chacun des actes pratiqués pour en signaler l'association.

Cette possibilité d'association peut parfois être signalée par une note **Coder éventuellement** donnant explicitement le libellé ou le type de libellés que l'on peut utiliser conjointement. Bien que techniquement fondée et prévisible, cette association n'est pas décrite sous forme de procédure en raison de sa moindre fréquence ou, surtout, de la multiplicité de ses variantes.

Exemple : **BAMA009 Canthoplastie latérale**
Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 02.02.05)

S'il est pratiqué, au cours de la même intervention, une canthoplastie latérale et une plastie par autogreffe, on portera le code de cette plastie choisi en fonction de sa nature exacte et décrite dans le paragraphe 02.02.05, en sus du code **BAMA009**.

Dans d'autres cas, il s'agit d'une association inhabituelle d'actes dont le caractère aléatoire empêche toute systématisation ; la CCAM n'a alors pas prévu explicitement l'associabilité des libellés correspondants. C'est, en particulier, le cas des interventions pour traumatismes multiples, des exérèses carcinologiques "à la demande".

Dans tous les cas, l'utilisateur devra signaler qu'il s'agit d'une association d'actes en portant le code « Association » adéquat dans la zone prévue, pour chacun des codes.

4.5 Codage d'actes multiples

Par **actes multiples**, on entend *actes identiques effectués au cours de la même intervention* (répétition du même acte). La règle générale est de ne jamais signaler cette modalité d'exécution par répétition du code : le code d'un libellé ne peut jamais être porté plusieurs fois pour signaler la réalisation d'un acte multiple. Les règles exposées *infra* pour le codage d'actes sont également valables pour celui des gestes complémentaires.

➤ Situation 4 : actes bilatéraux

Les consignes ci-dessous ne concernent que la réalisation synchrone d'un **acte identique sur des organes** (sein, poumon...) ou **sites anatomiques** (aine, membre...) **pairs et symétriques**. Si le geste pratiqué de chaque côté est différent, il convient évidemment de décrire chacun d'eux par le libellé adéquat, selon les principes énoncés précédemment pour une association d'actes.

Plusieurs cas se présentent.

- ◆ À côté d'un libellé d'acte unilatéral, il existe un libellé particulier pour l'acte bilatéral.

Exemple : **CAMA013 Plastie bilatérale d'oreille décollée**

En cas de réalisation bilatérale d'un acte de ce type, il convient d'utiliser le code principal du libellé décrivant l'acte dans sa modalité bilatérale. Cette intervention ne peut pas être codée par répétition du code **CAMA008**, repérant la plastie unilatérale d'oreille décollée.

- ◆ Il existe un seul libellé, comportant la mention « *unilatéral ou bilatéral* ».

Exemple : **FCBP002 Séance de compression [pressothérapie] pneumatique unilatérale ou bilatérale d'un membre**

L'utilisateur utilisera le même code, qu'il réalise l'acte d'un seul côté ou des deux côtés.

- ◆ 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 d'ajouter au code principal le code supplémentaire de l'un des modificateurs « *Acte bilatéral* ».

Les libellés autorisant l'emploi de ces modificateurs sont précisément repérés dans la CCAM. Ils ne peuvent jamais être utilisés :

- 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.

➤ **Situation 5 : réalisation d'actes multiples**

Dans le cas d'une répétition d'un acte identique dans le même temps (par exemple, traitement de lésions multiples de même type selon les mêmes modalités), plusieurs éventualités se présentent pour la description.

- ◆ Le libellé correspondant à l'acte ne comporte pas d'indication numérique

Conformément aux règles d'écriture exposées plus haut⁶, un libellé qui ne comporte pas dans son intitulé de précision sur le nombre de réalisations désigne implicitement un acte s'adressant à un acte **unique ou multiple**. Cette notion est conforme au principe général énoncé plus haut : l'absence de précision sur une information permet l'utilisation du libellé quelles que soient les conditions de réalisation de l'acte. L'information est de type générique : bien qu'inscrite au singulier, cette formulation n'a jamais le sens de « un seul », mais celui de « un ou plusieurs ». **Que l'utilisateur réalise un geste unique ou un geste multiple au cours de la même intervention, il utilise toujours le même code.**

⁶ Cf Particularités de rédaction. *Emploi de **de** comme article partitif*

Exemples : JJFA008 Kystectomie ovarienne, par laparotomie

Que l'exérèse porte sur un kyste ou plusieurs kystes du même ovaire, l'acte se code JJFA008.

NB : en l'occurrence, s'il s'agit d'une exérèse multiple intéressant les deux ovaires, il convient d'utiliser le modificateur « *Bilatéral* » adéquat avec ce code.

LGQK001 Radiographie du sacrum et/ou du coccyx

L'absence de précision sur le nombre d'incidences réalisées dans le libellé permet de coder **LGQK001** toute radiographie de cette région, quel que soit le nombre d'incidences utilisées.

- ◆ Le libellé correspondant à l'acte comporte une indication numérique

Que cette indication soit précise (nombre exact) ou imprécise (plusieurs, multiples), l'utilisateur placé dans cette situation doit utiliser le code du libellé décrivant le plus exactement le nombre d'actes (incidences, actions...) effectués au cours de son intervention.

➤ **Les exceptions à la règle générale**

Elles concernent certains actes d'odontologie, les actes sur les doigts ou les orteils décrits par rayon et les gestes complémentaires d'anesthésie.

Lorsqu'un acte identique est effectué sur plusieurs dents ou sur plusieurs rayons de la main ou du pied, il convient de porter le code de l'acte réalisé autant de fois que de dents ou de rayons traités. Ce sont les seuls cas où il est permis de répéter un même code d'acte pour décrire une intervention.

Exemple : HBMD046 Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [*inlay-onlay*], sans recouvrement cuspidien

Si cet acte est réalisé simultanément sur deux dents différentes, il faut mentionner le code **HBFD046** deux fois sur le support de recueil et ajouter le code de localisation dentaire pour chaque code principal.

Exemple : ECCA001 Suture de plaies de 2 artères sur un rayon de la main

Si cet acte est réalisé simultanément sur plusieurs rayons de la même main ou des deux mains, il convient de mentionner le code **ECCA001** autant de fois que de rayons traités.

On verra dans l'article consacré au codage de l'anesthésie les conditions d'emploi des libellés d'anesthésie complémentaire.

4.6 Codage d'actes répétés

À la différence des actes multiples qui sont la répétition d'un acte identique lors d'une même intervention, les **actes répétés** sont des *actes identiques effectués lors d'interventions différentes*. Il en existe deux types.

➤ **Situation 6 : actes en séances**

Dans certains cas, un traitement complet est constitué par la répétition habituelle d'*actes thérapeutiques identiques* à des moments différents. Un libellé d'acte global décrivant l'ensemble de ce type de traitement ne peut être écrit en raison de la grande variabilité dans le nombre d'actes nécessaires à l'obtention du résultat complet. Chacun de ces actes unitaires, dont la durée de réalisation n'excède pas 24 heures, est appelé **séance**, et inscrit sous cette dénomination dans la CCAM. Les actes en séances sont le plus souvent pratiqués pour épuration extrarénale chronique ou pour irradiation externe. **Le praticien exécutant ce type d'acte porte le code à sept caractères décrivant une séance à chaque réalisation d'une séance.**

➤ Situation 7 : actes par 24 heures

Comme les actes en séances, certains actes de surveillance ou de soins continus, comme la suppléance d'une fonction vitale défaillante, nécessitent leur répétition pour mener à bien la séquence de soins envisagée. À la différence des actes en séances, ces actes sont habituellement de réalisation quotidienne pendant cette séquence, et leur durée d'exécution s'étale sur les 24 heures ; ils sont réalisés sur une période limitée, faite de plusieurs jours consécutifs, selon des modalités éventuellement variables d'un jour à l'autre. Le libellé les décrivant comporte la mention « , **par 24 heures** » en fin d'intitulé. Le praticien exécutant ce type d'acte porte le code à sept caractères correspondant pour chaque journée de surveillance.

Exemple : **EQQP012 Surveillance continue des pressions du cœur droit avec mesure du débit cardiaque ou de la fraction d'éjection du ventricule droit, par 24 heures**

Le praticien réalisant cette surveillance porte le code **EQQP012** pour chacune des journées de surveillance de ce type.

NB : par l'expression **par 24 heures**, on entend *par jour civil*, que l'acte se soit déroulé sur une partie ou la totalité de cette période.

Un code d'acte de suppléance de défaillance d'une fonction (acte thérapeutique) ne peut être associé un jour donné avec un code de libellé de surveillance (acte diagnostique) de cette même fonction. Ainsi, l'acte ci-dessus n'est associable à aucun acte d'assistance circulatoire. Il peut par contre être codé avec l'acte de pose du matériel nécessaire au recueil des données, le jour de la pose.

Le même jour, un praticien ne peut coder qu'un type de suppléance donnée pour une fonction vitale donnée. Par exemple, si, dans la même journée, les modalités techniques d'une ventilation mécanique sont modifiées pour s'adapter à l'évolution clinique d'un patient déterminé, il ne peut être porté qu'un seul code de ventilation pour ladite journée ; le choix du code est laissé à l'appréciation du codeur, mais, en principe, il sera celui de l'acte de complexité maximale.

Un libellé de suppléance alimentaire ne peut être associé à aucun libellé d'acte de suppléance d'une défaillance, de quelque nature qu'elle soit, un jour donné.

4.7 Cas particulier de l'anesthésie

Si les gestes d'anesthésie ne dérogent pas aux règles générales de codage des autres activités, il apparaît opportun de résumer ici leurs différentes modalités de signalement, en insistant sur leur particularité.

➤ Conditions de codage des gestes d'anesthésie

Il est important de rappeler que la CCAM n'envisage la possibilité de coder que les gestes d'anesthésie générale ou locorégionale ; c'est ce sens qui est donné au terme *anesthésie* dans ce guide. La réalisation d'une anesthésie locale n'est pas repérable et est comprise dans la description de l'acte à l'exécution duquel elle participe.

L'anesthésie générale ou locorégionale nécessite une surveillance particulière pour sa réalisation et ses suites, distincte de celle de l'acte lui-même ; elle ne peut être signalée que si elle est réalisée par un praticien différent de l'exécutant du geste principal. Ainsi, par exemple, l'anesthésie rétrobulbaire, anesthésie locorégionale en ophtalmologie, ne peut être mentionnée par un code « *Activité* » **4** que si un praticien différent de l'opérateur ophtalmologue l'a réalisée et surveillée.

Par contre, l'anesthésie locale est ordinairement pratiquée par l'exécutant de l'acte. En ce sens, est considérée comme anesthésie locale l'anesthésie du nerf alvéolaire inférieur ou d'un nerf palatin en odontologie.

➤ Modalités de codage des gestes d'anesthésie

Aucun geste d'anesthésie ne peut être mentionné seul : il doit toujours accompagner l'exécution d'un acte codé et être rattaché à un code d'acte suivi du code « *Activité* » 1. Au regard de la CCAM, il existe trois types d'actes selon le mode d'anesthésie utilisée :

- ceux qui sont généralement réalisés sous anesthésie (actes dits avec *anesthésie habituelle*),
- ceux pour lesquels une anesthésie, d'ordinaire inutile, peut s'avérer nécessaire dans des conditions particulières (actes dits avec *anesthésie complémentaire*),
- ceux dont la réalisation ne requiert jamais d'anesthésie (actes sans anesthésie).

Dans la CCAM, pour un libellé d'acte donné, cette caractérisation est fixée : il ne peut y avoir qu'un seul comportement pour coder l'anesthésie d'un acte, quels que soient les habitudes du praticien ou l'état du patient.

❖ Actes avec anesthésie habituelle

Dans le cas d'une anesthésie habituellement nécessaire, l'utilisateur trouvera à sa disposition un code « *Activité* » particulier, dont la valeur est constamment 4 dans l'ensemble de la CCAM. Ce code est à ajouter au code principal et au code « *Phase* » de l'acte pratiqué. Si, pour une raison particulière, aucune prestation d'anesthésie générale ou locorégionale n'était dispensée pour un acte dont la réalisation est prévue habituellement sous anesthésie, le code « *Activité* » 4 ne serait pas à saisir.

❖ 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, de niveau 1
ZZLP030	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 2
ZZLP054	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 3
ZZLP042	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 4
ZZLP008	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 5
ZZLP012	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de 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.

❖ Actes sans anesthésie

Par défaut, les actes sans anesthésie sont tous ceux pour lesquels ne sont permises ni la mention d'un code « *Activité* » 4, ni celle d'un code de geste d'anesthésie complémentaire. Si, très exceptionnellement, une anesthésie devait malgré tout être administrée, elle ne pourrait en aucun cas être codée.

➤ Code « *Extension documentaire* »

Quelle que soit la modalité de codage du geste d'anesthésie (code « *Activité* » 4, ou code de geste complémentaire), l'utilisateur peut préciser la technique employée par l'un des codes documentaires suivants :

- 1 anesthésie générale
- 2 anesthésie locorégionale péridurale ou épidurale

- 3 anesthésie locorégionale subarachnoïdienne [rachianesthésie]
- 4 anesthésie locorégionale plexique ou tronculaire
- 5 anesthésie locorégionale intraveineuse
- 6 anesthésie générale avec anesthésie locorégionale.

Une table de cohérence limite l'usage de ces codes aux seules techniques médicalement possibles pour un acte donné.

➤ Code « *Modificateur* »

L'utilisation de code supplémentaire « *Modificateur* » est également possible dans toutes les situations de codage du geste d'anesthésie. Elle est soumise à certaines restrictions, tenant à la fois aux conditions générales d'emploi de ce code énoncées plus haut et à des particularités liées à l'activité d'anesthésie. Ainsi, l'usage de certains modificateurs est réservé à la caractérisation de l'activité d'anesthésie. Inversement, d'autres codes « *Modificateur* » ne sont jamais utilisables pour préciser les conditions de réalisation d'un geste d'anesthésie.

➤ Gestes complémentaires en anesthésie

Tous les gestes d'anesthésie autorisent, si besoin, le codage du geste complémentaire suivant :

GELE001 Intubation trachéale par fibroscopie ou dispositif laryngé particulier, au cours d'une anesthésie générale.

Les seuls codes d'extension documentaire autorisés avec le code du geste d'anesthésie sont alors 1 et 6.

Le geste complémentaire ci-dessous n'est associable qu'à une liste limitée de gestes d'anesthésie :

FELF001 Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume supérieur à une demimasse sanguine, au cours d'une intervention sous anesthésie générale ou locorégionale

➤ Association de gestes d'anesthésie

Lorsque l'intervention comporte plusieurs éléments, quelle qu'en soit la nature - actes ou gestes complémentaires -, trois éventualités se présentent pour le codage de l'anesthésie :

- tous les éléments de l'intervention sont considérés comme réalisés habituellement avec anesthésie, repérée par le code « *Activité* » 4 : l'exécutant mentionne le code de chaque geste d'anesthésie en ajoutant le code « *Association* » adéquat, selon les consignes en vigueur ;

Exemple : **JKFA027 Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par laparotomie**

FCFA006 Curage lymphonodal [ganglionnaire] pelvien, par laparotomie

- codage du geste anesthésique : **JKFA027** code « *Activité* » 4, et **FCFA006** code « *Activité* » 4

Exemple : **HLFA001 Hépatectomie droite, par laparotomie**

ELCA002 Exclusion vasculaire totale, au cours d'une hépatectomie

ZZQA002 Échographie peropératoire

- codage du geste anesthésique : **HLFA001** code « *Activité* » 4, **ELCA002** code « *Activité* » 4 et **ZZQA002** code « *Activité* » 4.

- le geste d'anesthésie de chacun des éléments de l'intervention est signalé par l'utilisation du code d'un geste complémentaire d'anesthésie : l'exécutant porte autant de fois le code de ce geste qu'il a été réalisé d'actes avec cette modalité d'anesthésie. Cette consigne est valable quand bien même elle aboutit à coder plusieurs fois le geste d'anesthésie complémentaire : elle constitue en effet une exception à la règle générale interdisant la répétition d'un code pour signaler la réalisation multiple d'un acte ou d'un geste. Il y a donc autant de codes de gestes complémentaires d'anesthésie que de codes d'actes avec anesthésie complémentaire.

Exemple : **HAND006 Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de 2 cm à 4 cm de grand axe, par voie buccale avec laser**

HBGD022 Avulsion d'une dent permanente sur arcade avec alvéolectomie

- codage du geste anesthésique : **ZZLP025 (Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 1)** porté 2 fois - l'une pour l'emploi de ce geste avec **HAND006**, l'autre pour l'emploi avec **HBGD022** -.

Exemple : **HBMD046 Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [inlay-onlay], sans recouvrement cuspidien**

- codage du geste anesthésique : coder **ZZLP025 (Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 1)** autant de fois que de dents traitées.

- si l'intervention comporte à la fois des éléments dont le geste d'anesthésie se code de la première façon et d'autres répondant au deuxième cas de figure, il est permis d'associer les codes d'anesthésie obligatoire et ceux d'anesthésie facultative.

Exemple : **NCCA010 Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du tibia par fixateur externe**
QAJA005 Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de 3 cm à 10 cm de grand axe

- codage du geste anesthésique : **NCCA010** code « *Activité* » **4** ; on mentionnera en sus **ZZLP025 (Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 1)**.

Dans tous ces cas d'association, l'utilisateur portera le code supplémentaire adapté au type d'association réalisée.

Les points principaux à retenir pour le codage des gestes d'anesthésie sont donc les suivants :

- pour un libellé d'acte donné, il existe une seule manière de coder l'anesthésie, fixée par la CCAM et consignée dans des tables, permettant un contrôle ;

- les règles d'emploi du code d'une anesthésie habituelle suivent celles des autres codes « *Activité* » d'un acte donné : codage des actes multiples, de l'échec... S'en distinguent seulement les codes supplémentaires d'« *Extension documentaire* » et de « *Modificateur* », spécifiques de l'activité d'anesthésie ;

- le signalement des associations de gestes d'anesthésie a la particularité de l'emploi d'un code supplémentaire spécifique d'« *Association* » et de la possibilité de répéter les codes d'anesthésie complémentaire.

ANNEXES

A.1 - Système de codification : sites anatomiques et fonctions

Site anatomique ou fonction physiologique	Code
SYSTÈME NERVEUX	A
Encéphale	AA
Ventricules, méninges et liquide cébrospinal intracrâniens	AB
Intracrânién, localisations multiples ou sans précision	AC
Nerfs crâniens	AD
Moelle épinière	AE
Canal de l'épendyme, méninges et liquide cébrospinal rachidiens	AF
Système nerveux central, sans précision	AG
Nerfs spinaux (y compris la partie intrarachidienne)	AH
Système nerveux autonome	AJ
Mémoire	AK
Psychologie, cognition	AL
Sommeil	AM
Sensibilité, douleur	AN
Système nerveux, sans précision	AZ

ŒIL	B
Paupières, sourcils	BA
Appareil lacrymal	BB
Conjonctive bulbaire	BC
Cornée	BD
Segment antérieur, sauf cornée et cristallin (iris, corps ciliaires, humeur aqueuse, limbe)	BE
Cristallin	BF
Segment postérieur (sclère, choroïde, rétine, corps vitré)	BG
Bulbe oculaire	BH
Muscles oculomoteurs	BJ
Orbite	BK
Vision	BL
Œil, sans précision	BZ

OREILLE	C
Oreille externe	CA
Oreille moyenne	CB
Oreille interne	CC
Audition	CD
Équilibre	CE
Oreille, sans précision	CZ

CŒUR ET GROS VAISSEAUX	D
Myocarde, cavités et cloisons cardiaques	DA
Valves cardiaques, endocarde	DB
Péricarde	DC
Artères coronaires	DD
Système de conduction de l'excitation du cœur	DE
Vaisseaux pulmonaires	DF
Aorte	DG
Veines caves	DH
Motricité cardiaque	DK
Cœur entier, cœur et gros vaisseaux, sans précision	DZ

VAISSEAUX PÉRIPHÉRIQUES	E
Vaisseaux intracrâniens	EA
Vaisseaux de la tête et du cou, extracrâniens ou non précisé	EB
Artères des membres supérieurs et du thorax	EC
Artères abdominales et pelviennes	ED
Artères des membres inférieurs	EE
Veines des membres supérieurs et du thorax	EF
Veines abdominales et pelviennes	EG
Veine porte et ses branches	EH
Veines des membres inférieurs	EJ
Vaisseaux non précisés des membres supérieurs et du thorax	EK
Vaisseaux non précisés abdominaux et pelviens	EL
Vaisseaux non précisés des membres inférieurs	EM

Artères, autres et sans précision	EN
Veines, autres et sans précision	EP
Circulation sanguine	EQ
Vaisseaux sanguins, sans précision	EZ

SYSTÈME HÉMATOPOÏÉTIQUE ET RÉTICULOENDOTHÉLIAL	F
Tonsilles palatines et pharyngiennes	FA
Thymus	FB
Vaisseaux et nœuds lymphatiques	FC
Moelle osseuse	FD
Sang	FE
Rate	FF
Immunité	FG
Système hématopoïétique et réticuloendothélial, sans précision	FZ

SYSTÈME RESPIRATOIRE	G
Nez	GA
Sinus paranasaux	GB
Rhinopharynx et fosse infratemporale	GC
Larynx et épiglotte	GD
Trachée et arbre bronchique	GE
Poumons	GF
Plèvre	GG
Espace médiastinal	GH
Odorât	GJ
Langage, phonation	GK
Respiration	GL
Système respiratoire, sans précision	GZ

SYSTÈME DIGESTIF	H
Lèvres, langue, cavité orale dans son ensemble	HA
Dents, parodonte, gencives	HB
Glandes salivaires	HC
Oropharynx, voile du palais	HD

Œsophage	HE
Estomac	HF
Intestin grêle	HG
Côlon et appendice	HH
Rectum	HJ
Anus, régions anale et périanale	HK
Foie	HL
Vésicule et conduits biliaires	HM
Pancréas et conduits pancréatiques	HN
Péritoine et cavité péritonéale	HP
Déglutition	HQ
Digestion	HR
Nutrition	HS
Défécation	HT
Système digestif, sans précision	HZ

APPAREIL URINAIRE ET GÉNITAL, PROCRÉATION	J
Rein	JA
Bassinets et jonction pyélo-urétérale	JB
Uretère	JC
Vessie, ouraque	JD
Urètre	JE
Espace rétropéritonéal et souspéritonéal	JF
Prostate, vésicules séminales	JG
Scrotum, contenu scrotal, pénis	JH
Ovaire, trompe	JJ
Utérus non gravide	JK
Vagin	JL
Vulve, périnée féminin	JM
Utérus gravide	JN
Placenta, amnios, cordon	JP
Fœtus, embryon	JQ
Miction	JR

Fécondation	JS
Sexualité, érection	JT
Sécrétion urinaire, épuration sanguine	JV
Appareil urinaire et génital, sans précision	JZ

SYSTÈME ENDOCRINIEN	K
Hypophyse	KA
Épiphyse	KB
Glande thyroïde	KC
Glandes parathyroïdes	KD
Glandes surrénales	KE
Tumeur parapharyngée	KF
Métabolisme	KG
Système endocrinien, sans précision	KZ

OS, ARTICULATIONS & TISSUS MOUS : TÊTE, COU ET TRONC	L
Squelette du crâne, de la face ou sans précision (sauf mâchoire)	LA
Maxillaire, mandibule	LB
Muscles et tissus mous du crâne, de la face et du cou (sauf muscles oculomoteurs)	LC
Colonne vertébrale cervicale, charnières vertébrooccipitale et cervicothoracique	LD
Colonne vertébrale thoracique, charnière thoracolombale	LE
Colonne vertébrale lombale, charnière lombosacrée	LF
Sacrum, coccyx	LG
Colonne vertébrale, sans précision	LH
Cage thoracique	LJ
Muscles et tissus mous de la paroi thoracique. Diaphragme	LL
Muscles et tissus mous des parois abdominale et lombale	LM
Os, articulations et tissus mous de la tête, du cou et du tronc, localisations multiples ou sans précision	LZ

OS, ARTICULATIONS & TISSUS MOUS : MEMBRE SUPÉRIEUR	M
Scapula, clavicule	MA
Humérus	MB
Os de l'avant-bras	MC
Os de la main	MD

Articulations de la ceinture scapulaire	ME
Articulations du coude	MF
Articulations du poignet	MG
Articulations de la main	MH
Muscles et tissus mous du membre supérieur	MJ
Préhension	MK
Os, articulations et tissus mous du membre supérieur, localisations multiples ou sans précision	MZ

OS, ARTICULATIONS & TISSUS MOUS : MEMBRE INFÉRIEUR	N
Os coxal	NA
Fémur et patelle	NB
Os de la jambe	NC
Os du pied	ND
Articulations de la ceinture pelvienne, articulation coxofémorale	NE
Articulation du genou	NF
Articulations de la cheville	NG
Articulations du pied	NH
Muscles et tissus mous du membre inférieur	NJ
Marche	NK
Os, articulations et tissus mous du membre inférieur, localisations multiples ou sans précision	NZ

OS, ARTICULATIONS & TISSUS MOUS : LOCALISAT. IMPRÉCISE	P
Os, sans mention de localisation	PA
Articulations, sans mention de localisation	PB
Muscles, sans mention de localisation	PC
Tissus mous, sans mention de localisation	PD
Mobilité, tonicité	PE
Os, articulations et tissus mous, localisations multiples sans précision	PZ

PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUSCUTANÉ	Q
Peau et tissu cellulaire souscutané de la tête et du cou	QA
Peau et tissu cellulaire souscutané du tronc	QB
Peau et tissu cellulaire souscutané du membre supérieur	QC

Peau et tissu cellulaire souscutané du membre inférieur	QD
Sein	QE
Peau et tissu cellulaire souscutané, sans précision	QZ

RÉGIONS TOPOGRAPHIQUES	Z
Tête et cou	ZA
Thorax	ZB
Abdomen et petit bassin	ZC
Membre supérieur	ZD
Membre inférieur	ZE
Qualité de la vie	ZF
Région topographique non précisée	ZZ

A.2 - Système de codification : actions (1)
Classement des verbes d'action par ordre alphabétique

AGRANDIR	augmenter les dimensions (longueur, calibre, surface ou volume) d'un élément de l'organisme	AGRANDISSEMENT ALLONGEMENT APPROFONDISSEMENT DILATATION DISTENSION ÉLARGISSEMENT RECALIBRAGE REHAUSSEMENT	A
APPLIQUER	disposer un agent thérapeutique à visée locale ou générale à la surface de l'organisme ou d'une de ses parties, sans effraction des téguments	APPLICATION -APPLICATION	L
CHANGER	enlever un dispositif de l'organisme et remettre simultanément en place un dispositif identique ou analogue dans le même site	CHANGEMENT	K
COMBLER	emplir un espace ou une cavité en y apportant un matériau biologique ou artificiel	APPOSITION COMPLEMENT CRANIALISATION ENROBAGE INTERPOSITION OBTURATION RECOUVREMENT	B
COMPRIMER	maintenir une pression sur une partie de l'organisme	COMPRESSION CONTENTION TAMPONNEMENT	B
COUPER	sectionner un élément anatomique sans l'enlever	AUTONOMISATION DÉNÉRVATION INCISION INTERRUPTION MARSUPIALISATION MISE À PLAT SECTION TAILLE TRANSSECTION -SECTION -TOMIE	P
DÉPLACER	modifier la place d'un organe ou d'une structure anatomique, afin de pallier l'absence ou la défaillance d'un organe ou d'une structure identique du même organisme ou d'un organisme différent	ABAISSEMENT AVANCEMENT CORÉPRAXIE GREFFE KÉRATOPHAKIE LAMBEAU MÉDIALISATION NEUROTISATION POLLICISATION TRANSFERT TRANSLOCATION TRANSPLANTATION TRANSPOSITION -GREFFE -TRANSPLANTATION	E

DÉTRUIRE	altérer la structure d'éléments physiologiques ou pathologiques de l'organisme au moyen d'agents mécaniques, physiques ou chimiques, de façon à en provoquer la disparition	ABRASION CAUTÉRISATION COAGULATION CRYOTHÉRAPIE CURIETHÉRAPIE DESTRUCTION ÉPILATION EXFOLIATION IRRADIATION MEULAGE NEUTRONTHÉRAPIE PROTONTHÉRAPIE SCLÉROSE THERMOTHÉRAPIE RADIOFRÉQUENCE (Traitement par) -ABRASION -COAGULATION -LYSE -SCLÉROSE	N
DÉVIER	modifier le trajet d'un élément de l'organisme ou le parcours physiologique d'un fluide organique, pour contourner un obstacle ou mettre hors circuit [exclure] un segment tubulaire de l'organisme, sans pratiquer d'exérèse	ARTÉRIALISATION CIRCULATION EXTRACORPORELLE COURT-CIRCUIT DÉRIVATION [<i>BYPASS</i>] [<i>SHUNT</i>] DÉROUTEMENT EXCLUSION INVERSION (de flux) PONTAGE SUPERFICIALISATION	C
DRAINER	diriger l'évacuation d'un fluide hors de son lieu d'origine dans l'organisme, par l'intermédiaire d'un dispositif adapté (drain, mèche, lame...) laissé en place	DRAINAGE	J
ÉDUQUER	mettre en œuvre des moyens propres à améliorer la formation et les connaissances d'un individu	APPRENTISSAGE ENTRAÎNEMENT	R
ENLEVER	retirer de l'organisme un élément qui lui est étranger (corps étranger, matériau synthétique, prothèse)	ABLATION DÉMÉCHAGE	G
ENREGISTRER	produire et analyser un document durable reproduisant l'image du corps ou de ses organes, ou traduisant l'activité d'un organe, à l'aide d'un appareillage approprié	ACQUISITION DE DONNÉES ENREGISTREMENT IMAGE -GRAPHIE	Q
ÉVACUER	faire sortir un fluide de l'organisme sans laisser en place de dispositif particulier	ASPIRATION DÉCAILLOTAGE ÉVACUATION EXPRESSION EXSUFFLATION SAIGNÉE SOUSTRACTION THÉRAPEUTIQUE -ASPIRATION	J
ÉVIDER	retirer une partie de l'organisme en la séparant de celui-ci par clivage, creusement, forage ou grattage	CURETAGE DÉSObTURATION ÉNUCLÉATION ÉVICITION ÉVIDEMENT ÉVISCÉRATION EXENTÉRATION	G

EXAMINER	observer l'organisme ou un de ses éléments, directement ou à l'aide d'instruments, pour en étudier ou en suivre le fonctionnement, sans produire d'enregistrement durable	ANALYSE DÉTECTION ÉTUDE EXAMEN EXPLORATION MONITORAGE RECHERCHE SURVEILLANCE TRANSILLUMINATION -SCOPIE	Q
EXCISER	retirer une partie de l'organisme en la séparant de celui-ci par une section	AMPUTATION CIRCONCISION CONISATION CURAGE DÉSARTICULATION EXCISION EXÉRÈSE PRÉLÈVEMENT (pour greffe) RÉSECTION -ECTOMIE -MILEUSIS	F
EXTRAIRE	retirer un élément de l'organisme en le séparant de celui-ci par une traction plus ou moins importante exercée sur lui	ACCOUCHEMENT AVULSION EXTRACTION [STRIPPING]	G
FABRIQUER	concevoir et réaliser un élément, une structure, une disposition ou un appareillage	CONFECTION CRÉATION	M
FIXER	placer un organe, un segment anatomique ou un dispositif dans une position fixe et durable	BLOPAGE CONTENTION FIXATION INDENTATION RECOLLAGE (RE)SCELLEMENT SOUTÈNEMENT STABILISATION SUSPENSION -DÈSE -FIXATION -PEXIE -RISE	D
FRAGMENTER	diviser en petites parties un élément solide contenu dans l'organisme	FRAGMENTATION -TRIPSIE [-TRITIE]	N
GUIDER	aider à atteindre un élément profond de l'organisme dont l'abord aveugle à travers les téguments serait trop difficile ou trop dangereux, en orientant la trajectoire d'un instrument	GUIDAGE REPÉRAGE REPÈRE (POSE DE) -GUIDAGE	Q
IMPLANTER	introduire un dispositif au sein d'une partie de l'organisme sans exérèse simultanée, pour renforcer ou protéger une structure, surveiller, assister ou relayer une fonction, ou prendre la place d'une structure déficiente ou absente	ARMATURE CATHÉTÉRISME IMPLANTATION INSERTION INTUBATION POSE REPOSE SONDAGE	L

INJECTER	introduire un agent biologique ou pharmacologique dans l'organisme, par un orifice naturel, un dispositif implanté ou une ponction	ADMINISTRATION ANESTHÉSIE ALIMENTATION AUTOHÉMOTHÉRAPIE BLOC NERVEUX INFILTRATION INGESTION INJECTION INSÉMINATION INSTILLATION INSUFFLATION IONOPHORÈSE MÉSOTHÉRAPIE NÉBULISATION OXYGÉNOTHÉRAPIE PERFUSION SYNOVIORTHÈSE TRANSFUSION VENTILATION -INFUSION -TRANSFUSION	L
LIBÉRER	dégager un élément anatomique comprimé ou gêné dans son fonctionnement, au sein de l'organisme	DÉBLOCAGE DÉBRIDEMENT DÉCOMPRESSION DÉGAGEMENT DÉSENFOUISSEMENT DÉSOBSTRUCTION LIBÉRATION RECANALISATION REPERMÉATION	P
MESURER	déterminer la qualité ou la quantité de certains éléments biologiques au moyen d'une instrumentation ou d'une expérience adaptée	BILAN DÉTERMINATION (d'une valeur) ÉVALUATION QUANTIFICATION MESURE -GRAMME -MÉTRIE	Q
NETTOYER	débarrasser une partie de l'organisme d'éléments indésirables ou nocifs	ASSAINISSEMENT DÉTARTRAGE DÉTERSION ÉPURATION IRRIGATION LAVAGE NETTOYAGE PANSEMENT PARAGE PELAGE SOIN INSTRUMENTAL TOILETTE	J
OCCLURE	fermer l'orifice ou la lumière d'une structure anatomique tubulaire sans la couper	EMBOLISATION FERMETURE HÉMOSTASE LIGATURE OBLITÉRATION OCCLUSION SUPPRESSION (de circulation)	S

OUVRIR	réaliser un orifice dans un tissu ou un organe à l'aide d'un instrument pointu	ACUPUNCTURE FENESTRATION FORAGE OUVERTURE MICROPONCTIONS PERFORATION	C
PRÉLEVER	prendre une partie d'un élément biologique (solide ou liquide) ou d'une structure anatomique, pour examen ou analyse	BIOPSIE EMPREINTE FROTTIS PONCTION PRÉLÈVEMENT (diagnostique) -BIOPSIE -CENTÈSE -PONCTION	H
PRÉPARER	rendre possible la réalisation d'un acte par un travail préalable	CONDITIONNEMENT MODÉLISATION MOULAGE D'ÉTUDE PRÉPARATION SIMULATION	M
PROVOQUER	susciter une réaction de l'organisme sous l'effet d'un facteur externe contrôlé ou d'un agent pharmacologique, de manière à en modifier le comportement ou à en corriger une altération	BALNÉOPUVATHÉRAPIE CHOC ÉLECTRIQUE DÉCLENCHEMENT ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE ÉPREUVE HYPNOSE INDUCTION PHOTOTHÉRAPIE PROVOCATION RELAXATION STIMULATION TEST -STIMULATION -TEST	R
RÉÉDUQUER	appliquer une méthode non effractive destinée à recouvrer l'usage partiel ou total d'une partie de l'organisme lésée	MANIPULATION MÉDECINE MANUELLE MOBILISATION RÉÉDUCATION RÉENTRAÎNEMENT	R
RÉGLER	mettre au point ou vérifier le fonctionnement d'un mécanisme ou d'un appareillage	ADAPTATION AJUSTEMENT CONTRÔLE INITIALISATION MODIFICATION PROGRAMMATION RÉGLAGE VÉRIFICATION	M
REMPPLACER	retirer une partie altérée de l'organisme et y substituer simultanément un dispositif ou une structure anatomiquement identique et apte à remplir sa fonction	REMPACEMENT	K

RÉPARER	remettre une structure anatomique altérée dans un état normal ou proche de son état normal sans la remplacer, de façon à lui permettre de remplir son rôle physiologique ou de lui redonner un aspect proche de la normale. Se substituer à une fonction physiologique défailante.	COLORATION CORRECTION COUVERTURE CURE DÉSÉPIPHYSIODÈSE ÉCLAIRCISSEMENT LISSAGE [<i>LIFTING</i>] MODELAGE PLASTIE RÉANIMATION RECONSTITUTION RECONSTRUCTION RÉFECTION REFORMATION RÉGÉNÉRATION REMODELAGE RENFORCEMENT RÉPARATION RESSUSCITATION RESTAURATION REVASCULARISATION SUPPLÉANCE UNIFOCALISATION -PLASTIE	M
REPLACER	ramener un organe déplacé dans sa position anatomique normale, ou dans une position appropriée	ALIGNEMENT DÉROTATION DÉSINVAGINATION DÉTORSION ÉLONGATION INSTALLATION REDRESSEMENT RÉDUCTION REFOULEMENT RÉIMPLANTATION RÉINSERTION RELÈVEMENT REPOSITIONNEMENT TRACTION VERSION	E
RÉTRÉCIR	diminuer les dimensions (longueur, calibre, surface ou volume) d'un élément de l'organisme	CERCLAGE CLOISONNEMENT DÉSÉPAISSISSEMENT PLICATURE RACCOURCISSEMENT RÉDUCTION (de volume) (de débit)	B
RÉUNIR	assembler des éléments anatomiques dont la continuité a été accidentellement ou intentionnellement interrompue. Établir la communication entre une cavité ou un organe creux (tubulaire ou non), et une autre partie creuse de l'organisme ou l'extérieur	ADHÉSION ANASTOMOSE SUTURE -RAPHIE -STOMIE -SYNTHÈSE	C

RÉVISER	retourner sur un site pour apporter une correction au résultat précédent ou en vérifier le résultat	ADJONCTION DÉMONTAGE INTERNALISATION REMISE EN CIRCUIT RENOUVELLEMENT RESCELLEMENT RÉTABLISSEMENT (de continuité) RETOUCHE RÉVISION TOTALISATION TRANSFORMATION ... ITÉRATIF	M
SÉPARER	disjoindre des éléments anatomiques contigus. Isoler certains éléments contenus dans un milieu biologique à l'aide de techniques particulières de tri	DÉCOLLEMENT DÉCORTICATION DÉSINSERTION DISSECTION DISSOCIATION ISOLEMENT SÉPARATION SEVRAGE -PHÉRÈSE	P

A.3 - Système de codification : actions (2)
Classement des verbes d'action par type d'action

ACTIONS SUR LES DIMENSIONS			
Augmenter les dimensions			
AGRANDIR	augmenter les dimensions (longueur, calibre, surface ou volume) d'un élément de l'organisme	AGRANDISSEMENT ALLONGEMENT APPROFONDISSEMENT DILATATION DISTENSION ÉLARGISSEMENT RECALIBRAGE REHAUSSEMENT	A
Diminuer les dimensions			
COMBLER	emplir un espace ou une cavité en y apportant un matériau biologique ou artificiel	APPOSITION COMBLEMENT CRANIALISATION ENROBAGE INTERPOSITION OBTURATION RECOUVREMENT	B
COMPRIMER	maintenir une pression sur une partie de l'organisme	COMPRESSION CONTENTION TAMPONNEMENT	B
RÉTRÉCIR	diminuer les dimensions (longueur, calibre, surface ou volume) d'un élément de l'organisme	CERCLAGE CLOISONNEMENT DÉSÉPAISSISSEMENT PLICATURE RACCOURCISSEMENT RÉDUCTION (de volume) (de débit)	B
ACTIONS SUR LE PARCOURS			
DÉVIER	modifier le trajet d'un élément de l'organisme ou le parcours physiologique d'un fluide organique, pour contourner un obstacle ou mettre hors circuit [exclure] un segment tubulaire de l'organisme, sans pratiquer d'exérèse	ARTÉRIALISATION CIRCULATION EXTRACORPORELLE COURT-CIRCUIT DÉRIVATION [BYPASS] [SHUNT] DÉROUTEMENT EXCLUSION INVERSION (de flux) PONTAGE SUPERFICIALISATION	C
OUVRIR	réaliser un orifice dans un tissu ou un organe à l'aide d'un instrument pointu	ACUPUNCTURE FENESTRATION FORAGE OUVERTURE MICROPONCTIONS PERFORATION	C
RÉUNIR	assembler des éléments anatomiques dont la continuité a été accidentellement ou intentionnellement interrompue. Établir la communication entre une cavité ou un organe creux (tubulaire ou non), et une autre partie creuse de l'organisme ou l'extérieur	ADHÉSION ANASTOMOSE SUTURE -RAPHIE -STOMIE -SYNTHÈSE	C

OCCLURE	fermer l'orifice ou la lumière d'une structure anatomique tubulaire sans la couper	EMBOLISATION FERMETURE HÉMOSTASE LIGATURE OBLITÉRATION OCCLUSION SUPPRESSION (de circulation)	S
----------------	--	---	----------

ACTIONS SUR LA POSITION

Garder la position

FIXER	placer un organe, un segment anatomique ou un dispositif dans une position fixe et durable	BLOPAGE CONTENTION FIXATION INDENTATION RECOLLAGE (RE)SCELLEMENT SOUTÈNEMENT STABILISATION SUSPENSION -DÈSE -FIXATION -PEXIE -RISE	D
--------------	--	--	----------

Changer la position sans retirer

DÉPLACER	modifier la place d'un organe ou d'une structure anatomique, afin de pallier l'absence ou la défaillance d'un organe ou d'une structure identique du même organisme ou d'un organisme différent	ABAISSEMENT AVANCEMENT CORÉPRAXIE GREFFE KÉRATOPHAKIE LAMBEAU MÉDIALISATION NEUROTISATION POLLICISATION TRANSFERT TRANSLOCATION TRANSPLANTATION TRANSPOSITION -GREFFE -TRANSPLANTATION	E
REPLACER	ramener un organe déplacé dans sa position anatomique normale, ou dans une position appropriée	ALIGNEMENT DÉROTATION DÉSINVAGINATION DÉTORSION ÉLONGATION INSTALLATION REDRESSEMENT RÉDUCTION REFOULEMENT RÉIMPLANTATION RÉINSERTION RELÈVEMENT REPOSITIONNEMENT TRACTION VERSION	E

Retirer sans remplacer			
EXCISER	retirer une partie de l'organisme en la séparant de celui-ci par une section	AMPUTATION CIRCONCISION CONISATION CURAGE DÉSARTICULATION EXCISION EXÉRÈSE PRÉLÈVEMENT (pour greffe) RÉSECTION -ECTOMIE -MILEUSIS	F
ENLEVER	retirer de l'organisme un élément qui lui est étranger (corps étranger, matériau synthétique, prothèse)	ABLATION DÉMÉCHAGE	G
ÉVIDER	retirer une partie de l'organisme en la séparant de celui-ci par clivage, creusement, forage ou grattage	CURETAGE DÉSOBTURATION ÉNUCLÉATION ÉVICTION ÉVIDEMENT ÉVISCÉRATION EXENTÉRATION	G
EXTRAIRE	retirer un élément de l'organisme en le séparant de celui-ci par une traction plus ou moins importante exercée sur lui	ACCOUCHEMENT AVULSION EXTRACTION [STRIPPING]	G
PRÉLEVER	prendre une partie d'un élément biologique (solide ou liquide) ou d'une structure anatomique, pour examen ou analyse	BIOPSIE EMPREINTE FROTTIS PONCTION PRÉLÈVEMENT (diagnostique) -BIOPSIE -CENTÈSE -PONCTION	H
DRAINER	diriger l'évacuation d'un fluide hors de son lieu d'origine dans l'organisme, par l'intermédiaire d'un dispositif adapté (drain, mèche, lame...) laissé en place	DRAINAGE	J
ÉVACUER	faire sortir un fluide de l'organisme sans laisser en place de dispositif particulier	ASPIRATION DÉCAILLOTAGE ÉVACUATION EXPRESSION EXSUFFLATION SAIGNÉE SOUSTRACTION THÉRAPEUTIQUE -ASPIRATION	J

NETTOYER	débarrasser une partie de l'organisme d'éléments indésirables ou nocifs	ASSAINISSEMENT DÉTARTRAGE DÉTERSION ÉPURATION IRRIGATION LAVAGE NETTOYAGE PANSEMENT PARAGE PELAGE SOIN INSTRUMENTAL TOILETTE	J
Retirer et remplacer			
CHANGER	enlever un dispositif de l'organisme et remettre simultanément en place un dispositif identique ou analogue dans le même site	CHANGEMENT	K
REEMPLACER	retirer une partie altérée de l'organisme et y substituer simultanément un dispositif ou une structure anatomiquement identique et apte à remplir sa fonction	REMPLACEMENT	K
Ajouter sans retirer			
APPLIQUER	disposer un agent thérapeutique à visée locale ou générale à la surface de l'organisme ou d'une de ses parties, sans effraction des téguments	APPLICATION -APPLICATION	L
IMPLANTER	introduire un dispositif au sein d'une partie de l'organisme sans exérèse simultanée, pour renforcer ou protéger une structure, surveiller, assister ou relayer une fonction, ou prendre la place d'une structure déficiente ou absente	ARMATURE CATHÉTÉRISME IMPLANTATION INSERTION INTUBATION POSE REPOSE SONDAGE	L
INJECTER	introduire un agent biologique ou pharmacologique dans l'organisme, par un orifice naturel, un dispositif implanté ou une ponction	ADMINISTRATION ALIMENTATION ANESTHÉSIE AUTOHÉMOTHÉRAPIE BLOC NERVEUX INFILTRATION INGESTION INJECTION INSÉMINATION INSTILLATION INSUFFLATION IONOPHORÈSE MÉSOTHÉRAPIE NÉBULISATION OXYGÉNOTHÉRAPIE PERFUSION SYNOVIORTHÈSE TRANSFUSION VENTILATION -INFUSION -TRANSFUSION	L

ACTIONS SUR LA NATURE			
Mettre en état de fonctionner			
FABRIQUER	concevoir et réaliser un élément, une structure, une disposition ou un appareillage	CONFECTION CRÉATION	M
PRÉPARER	rendre possible la réalisation d'un acte par un travail préalable	CONDITIONNEMENT MODÉLISATION MOULAGE D'ÉTUDE PRÉPARATION SIMULATION	M
RÉGLER	mettre au point ou vérifier le fonctionnement d'un mécanisme ou d'un appareillage	ADAPTATION AJUSTEMENT CONTRÔLE INITIALISATION MODIFICATION PROGRAMMATION RÉGLAGE VÉRIFICATION	M
RÉPARER	remettre une structure anatomique altérée dans un état normal ou proche de son état normal sans la remplacer, de façon à lui permettre de remplir son rôle physiologique ou de lui redonner un aspect proche de la normale. Se substituer temporairement à une fonction physiologique défaillante.	COLORATION CORRECTION COUVERTURE CURE DÉSÉPIPHYSIODÈSE ÉCLAIRCISSEMENT LISSAGE [<i>LIFTING</i>] MODELAGE PLASTIE RÉANIMATION RECONSTITUTION RECONSTRUCTION RÉFECTION REFORMATION RÉGÉNÉRATION REMODELAGE RENFORCEMENT RÉPARATION RESSUSCITATION REVASCULARISATION SUPPLÉANCE UNIFOCALISATION -PLASTIE	M
RÉVISER	retourner sur un site opératoire pour apporter une correction au résultat précédent ou en vérifier le résultat	ADJONCTION DÉMONTAGE INTERNALISATION REMISE EN CIRCUIT RENOUVELLEMENT REPOSITIONNEMENT RESCÈLEMENT RÉTABLISSEMENT (de continuité) RETOUCHE RÉVISION TOTALISATION TRANSFORMATION ... ITÉRATIF	M

Faire disparaître			
DÉTRUIRE	altérer la structure d'éléments physiologiques ou pathologiques de l'organisme au moyen d'agents mécaniques, physiques ou chimiques, de façon à en provoquer la disparition	ABRASION CAUTÉRISATION COAGULATION CRYOTHÉRAPIE CURIETHÉRAPIE DESTRUCTION ÉPILATION EXFOLIATION IRRADIATION MEULAGE NEUTRONTHÉRAPIE PROTONTHÉRAPIE SCLÉROSE THERMOTHÉRAPIE RADIOFRÉQUENCE (Traitement par) -ABRASION -COAGULATION -LYSE -SCLÉROSE	N
FRAGMENTER	diviser en petites parties un élément solide contenu dans l'organisme	FRAGMENTATION -TRIPSIE [-TRITIE]	N
Séparer des parties			
COUPER	sectionner un élément anatomique sans l'enlever	AUTONOMISATION DÉNÉRVATION INCISION INTERRUPTION MARSUPIALISATION MISE À PLAT SECTION TAILLE TRANSSECTION -SECTION -TOMIE	P
LIBÉRER	dégager un élément anatomique comprimé ou gêné dans son fonctionnement, au sein de l'organisme	DÉBLOCAGE DÉBRIDEMENT DÉCOMPRESSION DÉGAGEMENT DÉSENFOUISSEMENT DÉSOBSTRUCTION LIBÉRATION RECANALISATION REPERMÉATION	P
SÉPARER	disjoindre des éléments anatomiques contigus. Isoler certains éléments contenus dans un milieu biologique à l'aide de techniques particulières de tri	DÉCOLLEMENT DÉCORTICATION DÉSINSERTION DISSECTION DISSOCIATION ISOLEMENT SÉPARATION SEVRAGE -PHÉRÈSE	P

ACTIONS D'OBSERVATION			
GUIDER	aider à atteindre un élément profond de l'organisme dont l'abord aveugle à travers les téguments serait trop difficile ou trop dangereux, en orientant la trajectoire d'un instrument	GUIDAGE REPÉRAGE REPÈRE (POSE DE) -GUIDAGE	Q
ENREGISTRER	produire et analyser un document durable reproduisant l'image du corps ou de ses organes, ou traduisant l'activité d'un organe, à l'aide d'un appareillage approprié	ACQUISITION DE DONNÉES ENREGISTREMENT IMAGE RESTITUTION (d'image) -GRAPHIE	Q
EXAMINER	observer l'organisme ou un de ses éléments, directement ou à l'aide d'instruments, pour en étudier ou en suivre le fonctionnement, sans produire d'enregistrement durable	ANALYSE DÉTECTION ÉTUDE EXAMEN EXPLORATION MONITORAGE RECHERCHE SURVEILLANCE TRANSILLUMINATION -SCOPIE	Q
MESURER	déterminer la qualité ou la quantité de certains éléments biologiques au moyen d'une instrumentation ou d'une expérience adaptée	BILAN DÉTERMINATION (d'une valeur) ÉVALUATION QUANTIFICATION MESURE -GRAMME -MÉTRIE	Q

ACTIONS MODIFIANT OU DÉVELOPPANT DES FONCTIONS OU DES CONNAISSANCES			
ÉDUQUER	mettre en œuvre des moyens propres à améliorer la formation et les connaissances d'un individu	APPRENTISSAGE ENTRAÎNEMENT	R
PROVOQUER	susciter une réaction de l'organisme sous l'effet d'un facteur externe contrôlé ou d'un agent pharmacologique, de manière à en modifier le comportement ou à en corriger une altération	BALNÉOPUVATHÉRAPIE CHOC ÉLECTRIQUE DÉCLENCHEMENT ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE ÉPREUVE HYPNOSE INDUCTION PHOTOTHÉRAPIE PROVOCATION RELAXATION STIMULATION TEST -STIMULATION -TEST	R
RÉÉDUQUER	appliquer une méthode non effractive destinée à recouvrer l'usage partiel ou total d'une partie de l'organisme lésée	MANIPULATION MÉDECINE MANUELLE MOBILISATION RÉÉDUCATION RÉENTRAÎNEMENT	R

A.4 - Système de codification : modes d'accès

<p>ABORD OUVERT</p>	<p>accès exposant le site opératoire, par incision des téguments (peau, muqueuses) et de tout autre tissu sousjacent, sans introduction d'un instrument d'optique. Par extension, concerne tout accès à travers les téguments par une ouverture que l'origine en soit traumatique ou chirurgicale.</p>	<p>à foyer ouvert par ... abord ... par dissection ... par excision de ... par craniotomie par craniocervicotomie par cervicotomie par cervicothoracotomie par thoracotomie par thoraco-phréno-laparotomie par costotransversectomie par laparotomie par lombotomie par périnéotomie par arthrotomie par colpotomie par rectotomie par sclérotomie par -tomie</p>	<p>A</p>
<p>ACCÈS TRANSPARIÉTAL</p>	<p>accès au site opératoire par ponction ou incision ponctuelle des téguments (peau, muqueuses) et de tout autre tissu sousjacent, sans introduction d'un instrument d'optique</p>	<p>à foyer fermé par injection intracaverneuse par injection intradermique par injection souscutanée par injection transcutanée intralésionnelle par injection transcutanée intratumorale ou péritumorale par injection transmuqueuse par ponction (transcutanée) de (organe) par micro-incisions par voie (...) transcutanée par piqûre épidermique par voie intramusculaire par voie souscutanée par voie stéréotaxique par voie transcrânienne par voie transfontanelle par voie transpérinéale par voie transrectale par voie transsclérale par voie transsphénoïdale par voie transtympanique par voie transunguéale par voie transvaginale</p>	<p>B</p>

ACCÈS ENDOSCOPIQUE TRANSPARIÉTAL	accès au site opératoire, avec introduction d'un instrument d'optique par ponction ou incision minimale des téguments (peau, muqueuses) et de tout autre tissu sousjacent	par arthoscopie par cervicoscopie par cœlioscopie par médiastinoscopie par rétropéritonéoscopie par thoracoscopie par vidéo-chirurgie par endoscopie transthoracique	C
ACCÈS TRANSORIFIQUE	accès à la lumière d'une cavité ou d'un conduit anatomique en passant par un orifice externe naturel ou artificiel (stomie cutanée), sans introduction d'un instrument d'optique	par voie intracavitaire par voie nasale par voie buccale par voie œsophagienne par voie anale par voie utérine par voie vaginale par voie naturelle par cathétérisme urétral par une -stomie déjà en place	D
ACCÈS ENDOSCOPIQUE TRANSORIFIQUE	accès à la lumière d'une cavité ou d'un conduit anatomique en passant par un orifice externe naturel ou artificiel (stomie cutanée), avec introduction d'un instrument d'optique	par endoscopie (...) par fibroscopie par laryngoscopie (...) par bronchoscopie au tube rigide par œso-gastro-duodéno-scopie par jéjunoscopie par iléoscopie par coloscopie ... par rectosigmoïdoscopie par cholangioscopie rétrograde par néphroscopie par une néphrostomie déjà en place par urétéroscopie antérograde par une néphrostomie déjà en place par urétéroscopie rétrograde par urétrocystoscopie par urétroscopie par hystéroscopie par colposcopie par vaginoscopie	E
ACCÈS INTRALUMINAL TRANSPARIÉTAL	accès à la lumière d'une cavité ou d'un conduit anatomique par ponction ou incision minimale des téguments, sans introduction d'un instrument d'optique	par hémoperfusion par injection intra-artérielle transcutanée par injection intravasculaire transcutanée par injection intraveineuse transcutanée par ponction du cordon ombilical par ponction transcutanée (d'un conduit) (d'un organe creux) par perfusion par un dispositif d'accès veineux par voie artérielle transcutanée par voie vasculaire transcutanée par voie veineuse transcutanée	F

ACCÈS ENDOSCOPIQUE INTRALUMINAL TRANSPARIÉTAL	accès à la lumière d'une cavité ou d'un conduit anatomique par ponction ou incision minimale des téguments, avec introduction d'un instrument d'optique	-scopie, par voie transcutanée par néphroscopie transcutanée par urétéroscopie antérograde transcutanée	G
ACTE PAR RAYONS X, AVEC ACCÈS AUTRE QU'ABORD OUVERT	réalisation d'un acte utilisant des rayons X, avec accès autre qu'un abord ouvert	avec contrôle radiologique avec guidage radiologique avec guidage scanographique avec ingestion de produit de contraste avec injection de produit de contraste par injection de produit de contraste	H
ACTE PAR ULTRASONS OU REMNOGRAPHIE AVEC ACCÈS AUTRE QU'ABORD OUVERT	réalisation d'un acte utilisant des ultrasons ou la résonance magnétique, avec accès autre qu'un abord ouvert	avec guidage échographique avec guidage remnographique [IRM]	J
ACTE PAR RAYONS X, SANS ACCÈS	réalisation d'un acte utilisant des rayons X, sans accès	par radiographie par radiologie	K
ACTE PAR AGENT IONISANT	réalisation d'un acte utilisant des agents ionisants autres que les rayons X (isotopes radioactifs, particules ...)	Curiethérapie Irradiation externe Scintigraphie par radio-isotope par méthode radio-isotopique - radio-isotopique	L
ACTE PAR ULTRASONS, SANS ACCÈS	réalisation d'un acte utilisant des ultrasons, sans accès	Échographie (-doppler) transfontanellaire Échographie (-doppler) transcrânienne Échographie (-doppler) transcutanée Échographie (-doppler) transthoracique par échocardiographie transthoracique par doppler ... transcrânien par doppler ... transcutané	M
ACTE PAR REMNOGRAPHIE SANS ACCÈS	réalisation d'un acte utilisant la résonance magnétique, sans accès	Remnographie [IRM] par résonance magnétique cérébrale par remnographie [IRM]	N
ACTE PAR AUTRE MOYEN, SANS ACCÈS, OU NON PRÉCISÉ	réalisation d'un acte utilisant d'autre moyen, sans accès, ou sans précision sur ses modalités		P

A.5 - Système de codification : localisation dentaire

CODIFICATION DES RÉGIONS DE LA CAVITÉ ORALE

Code numérique à 2 chiffres dont l'un au moins est un zéro.

Ensemble de la cavité orale	00
Région maxillaire	01
Région mandibulaire	02
Sextant supérieur droit	03
Sextant supéroantérieur	04
Sextant supérieur gauche	05
Sextant inférieur gauche	06
Sextant inféroantérieur	07
Sextant inférieur droit	08
Quadrant supérieur droit (denture permanente)	10
Quadrant supérieur gauche (denture permanente)	20
Quadrant inférieur gauche (denture permanente)	30
Quadrant inférieur droit (denture permanente)	40
Quadrant supérieur droit (denture provisoire)	50
Quadrant supérieur gauche (denture provisoire)	60
Quadrant inférieur gauche (denture provisoire)	70
Quadrant inférieur droit (denture provisoire)	80

CODIFICATION DES DENTS

Code numérique à 2 chiffres dont le premier correspond au premier chiffre du quadrant considéré, et le second désigne la dent, selon la codification suivante :

Denture permanente (deuxième dentition)

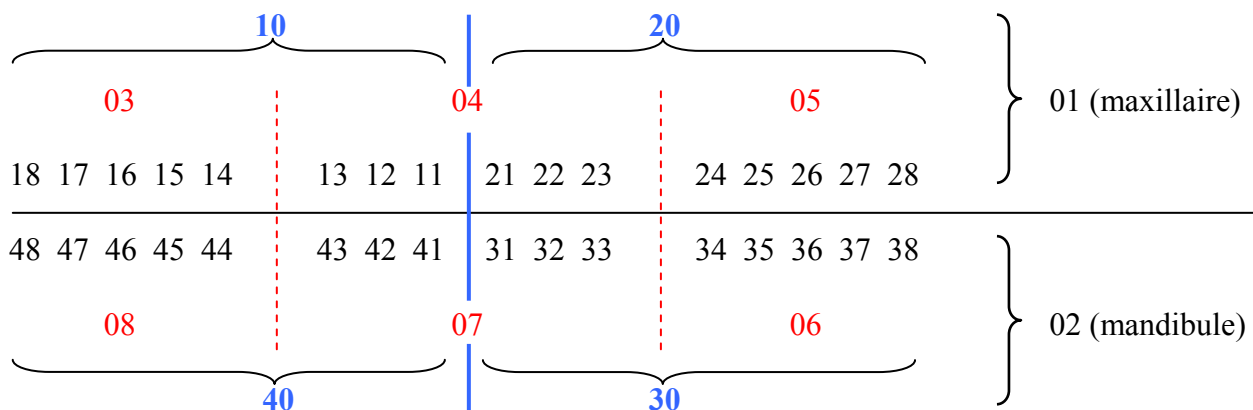
Incisive centrale	1
Incisive latérale	2
Canine	3
Première prémolaire	4
Seconde prémolaire	5
Première molaire	6
Seconde molaire	7
Troisième molaire (Dent de sagesse)	8

Denture provisoire (lactéale) (première dentition)

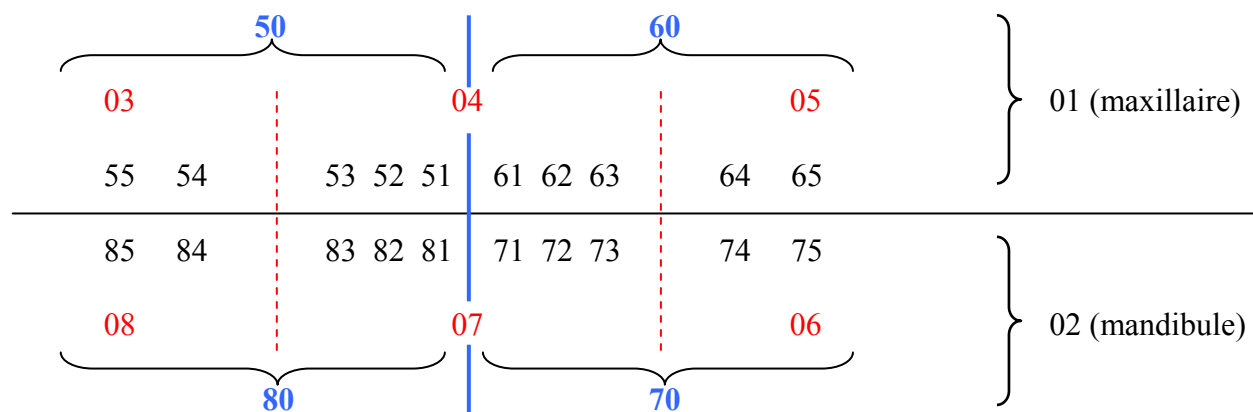
Incisive centrale	1
Incisive latérale	2
Canine	3
Première molaire temporaire (de lait) (lactéale) (déciduale)	4
Seconde molaire temporaire (de lait) (lactéale) (déciduale)	5

FORMULE DENTAIRE

Denture permanente



Denture provisoire



A.6 - Règles d'exclusion

Les règles décrites ici ont servi pour constituer les listes d'exclusion à utiliser dans la mise en place de contrôles à la saisie. Elles ne sont que la reprise des règles énoncées dans le chapitre 4 de ce Guide sous une formulation différente. Leur respect est donc nécessaire à la qualité du codage des actes, et leur application ne se comprend que dans le cas du codage d'actes supposés réalisés au cours d'une même intervention. L'attention des utilisateurs est attirée sur le fait que ne sont données ici que les plus importantes et les fréquentes d'entre elles et que cette liste ne prétend ainsi pas à l'exhaustivité.

R01 - L'association d'un acte diagnostique et d'un acte thérapeutique sur la même topographie selon les mêmes modalités est interdite

- R01.001 L'acte d'**exploration intracrânienne, par vidéochirurgie** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques sur le contenu intracrânien ", **par vidéochirurgie**"
- R01.002 L'acte de **cervicotomie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par cervicotomie**"
- R01.003 L'acte de **cervicoscopie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par cervicoscopie**"
- R01.004 L'acte de **médiastinoscopie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par médiastinoscopie**"
- R01.005 L'acte de **thoracoscopie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par thoracoscopie**"
- R01.006 L'acte de **thoracotomie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par thoracotomie**"
- R01.007 L'acte de **cœlioscopie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par cœlioscopie**"
- R01.008 L'acte de **laparotomie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par laparotomie**"
- R01.009 L'acte de **rétopéritonéoscopie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par rétopéritonéoscopie**"
- R01.010 L'acte de **lombotomie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par lombotomie**"
- R01.011 L'acte d'**exploration du contenu scrotal, par abord scrotal** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par abord scrotal**"
- R01.012 L'acte d'**exploration du contenu scrotal, par abord inguinal** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par abord inguinal**"
- R01.013 L'acte de **pélycoscopie [culdoscopie] diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par pélycoscopie [culdoscopie]**"
- R01.014 L'acte d'**arthroscopie diagnostique d'une articulation** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par arthrotomie**" de la même articulation
- R01.015 Les actes d'**endoscopie diagnostique des sinus paranasaux** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques ", **par endoscopie**" des sinus paranasaux
- R01.016 Les actes d'**endoscopie diagnostique des fosses nasales** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques ", **par endoscopie**" des fosses nasales
- R01.017 L'acte d'**endoscopie diagnostique du pharynx** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par endoscopie**" du pharynx
- R01.018 Les actes de **laryngoscopie (directe) (indirecte)** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques ", **par laryngoscopie**"
- R01.019 Les actes d'**endoscopie diagnostique de la trachée et des bronches** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques ", **par endoscopie**" de la trachée ou des bronches
- R01.020 Les actes d'**endoscopie diagnostique du haut appareil digestif** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques ", **par endoscopie**" du haut appareil digestif
- R01.021 L'acte d'**endoscopie diagnostique de l'intestin grêle proximal** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par endoscopie**" de l'intestin grêle proximal

- R01.022** L'acte d'**endoscopie diagnostique de l'intestin grêle distal** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques "**par endoscopie**" de l'intestin grêle distal
- R01.023** Les actes d'**endoscopie diagnostique du côlon** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques "**par endoscopie**" du côlon
- R01.024** Les actes d'**endoscopie diagnostique du rectum** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques "**par endoscopie**" du rectum
- R01.025** L'acte d'**endoscopie diagnostique de l'anus** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques "**par endoscopie**" de l'anus
- R01.026** Les actes d'**endoscopie diagnostique des conduits biliaires** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques "**par endoscopie**" des conduits biliaires
- R01.027** L'acte d'**endoscopie diagnostique des conduits pancréatiques** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques "**par endoscopie**" des conduits pancréatiques
- R01.028** Les actes d'**angiographie d'un vaisseau, par voie vasculaire transcutanée** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques sur ce vaisseau", **par voie vasculaire transcutanée** "
- R01.029** Les actes d'**endoscopie diagnostique des voies urinaires supérieures** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques **par la même méthode d'endoscopie des voies urinaires supérieures**
- R01.030** Les actes d'**urétrocystoscopie diagnostique** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques "**par urétrocystoscopie**"
- R01.031** L'acte d'**hystérocopie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques "**par hystérocopie**"
- R01.032** L'acte de **colposcopie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques "**par colposcopie**"
- R01.033** Les actes de **prélèvement d'un organe** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques sur cet organe **par le même accès**
- R01.034** Les actes de **biopsie d'un organe** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques sur cet organe **par le même accès**

R02 - Si une note d'inclusion précise qu'un acte est inclus dans un autre, ils ne peuvent pas être codés simultanément

- R02.001** *La **polysomnographie** inclut la réalisation simultanée d'une électroencéphalographie sur une ou deux dérivations, d'une électrooculographie sur une ou deux dérivations, électromyographie mentonnière sur une dérivation, ainsi que de l'un des enregistrements suivants :*
- électroencéphalographie sur au moins 8 dérivations supplémentaires,
 - électromyographie sur au moins 2 dérivations supplémentaires,
 - paramètres physiologiques cardiorespiratoires (bruits, flux et efforts respiratoires, SaO₂, fréquence cardiaque)
- Avec ou sans** : détermination des réglages d'un appareil respiratoire à pression positive continue [PPC] et leur adaptation manuelle.
- R02.002** *La **pose d'un capteur de pression du liquide cébrospinal** inclut la mesure initiale de la pression.*
- R02.003** *L'**administration d'agent pharmacologique au long cours** inclut la pose du cathéter d'accès au site d'injection avec ou sans tunnellisation, sans pose de système diffuseur ni de pompe à infusion continue souscutané.*
- R02.004** *L'**infiltration thérapeutique du plexus brachial** inclut la stimulodétection électrique.*
- R02.005** *Le **bloc anesthésique continu du plexus brachial** inclut la stimulodétection électrique.*
- R02.006** *L'**infiltration thérapeutique d'un nerf pelvien profond** inclut la stimulodétection électrique.*
- R02.007** *L'**infiltration thérapeutique d'un nerf profond d'un membre** inclut la stimulodétection électrique.*
- R02.008** *Le **bloc anesthésique continu d'un nerf profond d'un membre** inclut la stimulodétection électrique.*
- R02.009** *La **réparation de perte de substance de la paupière par autogreffe ou lambeau** inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.*
- R02.010** *La **reconstruction du sourcil et de la paupière** inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.*
- R02.011** *Les **actes diagnostiques et thérapeutiques sur l'oreille** incluent l'examen unilatéral ou bilatéral de l'oreille externe et/ou moyenne, sous microscope ou par endoscopie méatale.*

- R02.012** *L'audiométrie* inclut le soin instrumental unilatéral ou bilatéral d'oreille externe sous microscope, et l'ablation unilatérale ou bilatérale de bouchon de cérumen ou de corps étranger du méat acoustique externe.
- R02.013** *La réparation de perte de substance de l'auricule par autogreffe ou lambeau* inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.
- R02.014** *La reconstruction de l'auricule* inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.
- R02.015** *La reconstruction du méat acoustique externe [canaloplastie]* inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.
- R02.016** Par *recanalisation intraluminale d'un vaisseau*, on entend : rétablissement de la circulation dans un vaisseau par forage guidé d'une néolumière au travers d'un obstacle totalement obstructif. Elle inclut la dilatation du vaisseau.
- R02.017** *Les actes sur le thorax, par thoracoscopie* incluent l'évacuation de collection intrathoracique associée, la pose de drain pleural et/ou péricardique.
- R02.018** *Les actes sur le thorax, par thorotomie* incluent l'évacuation de collection intrathoracique associée, la pose de drain pleural et/ou péricardique.
- R02.019** *Les actes avec dérivation vasculaire [shunt]* incluent la pose d'une dérivation inerte ou pulsée, et son ablation.
- R02.020** *La circulation extracorporelle [CEC] pour acte intrathoracique* inclut, pour le chirurgien, l'installation, la conduite de la circulation extracorporelle, et son ablation. Elle inclut les responsabilités suivantes :
- décision de l'indication et choix de la technique
 - pose et ablation des canules
 - choix du niveau d'hypothermie
 - choix du débit de CEC
 - décision d'arrêt circulatoire
 - définition des protocoles de remplissage
 - décision de cardioplégie
 - décision d'assistance circulatoire.
- R02.021** *La suture d'un vaisseau* inclut l'angioplastie d'élargissement.
- R02.022** *Le pontage artériel* inclut la thromboendartériectomie de contiguïté.
- R02.023** *L'exploration électrophysiologique cardiaque* inclut le guidage radiologique.
- R02.024** *La mesure de pression et du débit du cœur et des vaisseaux supracardiaques* inclut :
- le guidage radiologique,
 - la mesure continue de la saturation du sang artériel en oxygène [SaO₂].
- R02.025** *L'échographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques* inclut l'électrocardiographie externe de référence.
- R02.026** *L'échocardiographie de stress* inclut :
- la surveillance continue de l'électrocardiographie [ECG] et de la pression intraartérielle,
 - l'enregistrement événementiel ou à chaque palier de l'électrocardiographie et de l'échographie sur un appareil de numérisation .
- R02.027** *L'artériographie coronaire* inclut la mesure des pressions dans les cavités cardiaques gauches et dans l'aorte.
- R02.028** *L'artériographie de branche de l'aorte abdominale* inclut l'artériographie de l'aorte abdominale.
- R02.029** *La phlébographie du membre inférieur* inclut l'étude des axes ilio-caves.
- R02.030** *La scanographie des vaisseaux [angioscanner]* inclut l'étude morphologique préalable du segment étudié, la restitution tridimensionnelle par logiciel adapté et sa visualisation.
- R02.031** *La remnographie des vaisseaux [angio-IRM]* inclut l'étude morphologique préalable du segment étudié, la restitution tridimensionnelle par logiciel adapté et sa visualisation.
- R02.032** *Les épreuves fonctionnelles de l'appareil circulatoire* incluent les examens de référence : électrocardiographie et/ou examen doppler au repos.
- R02.033** *La revascularisation coronaire par pontage* inclut le prélèvement de greffon artériel ou veineux autologue.
- R02.034** *La séance de rééducation cardiaque* inclut la surveillance de la fréquence cardiaque, de la pression intraartérielle et de l'électrocardiographie discontinuée.
Avec ou sans : surveillance transcutanée de la saturation artérielle en oxygène
- R02.035** *Le traitement d'un anévrisme artériel intracrânien, par craniotomie* inclut l'évacuation d'hématome intracrânien associé.
- R02.036** *Les actes thérapeutiques sur les veines des membres inférieurs* incluent la contention veineuse.
- R02.037** *L'exérèse de malformation vasculaire intracrânienne, par craniotomie* inclut l'évacuation d'hématome intracrânien associé.

- R02.038** *La **ligature de vaisseau intracrânien, par craniotomie** inclut l'évacuation d'hématome intracrânien associé.*
- R02.039** *Les **tests allergologiques de provocation** incluent le contrôle avec placebo.*
- R02.040** *Le **prélèvement de sang, par voie vasculaire transcutanée** inclut le guidage angiographique.*
- R02.041** *Le **prélèvement d'un nœud [ganglion] lymphatique ou de quelques-uns [picking] à titre diagnostique, au cours de l'exérèse d'un organe**, est inclus dans l'acte principal et ne donne pas lieu à codage supplémentaire.*
- R02.042** *La **polygraphie respiratoire nocturne** inclut la réalisation simultanée des examens suivants : mesure de la saturation sanguine en oxygène par oxymétrie et flux aérien nasobuccal, et/ou quantification des ronflements avec enregistrement des bruits trachéaux, et/ou détection des efforts respiratoires, et/ou analyse de la position corporelle, sur une période nocturne d'au moins 6 heures.*
- R02.043** *La **réparation de perte de substance du nez par autogreffe ou lambeau** inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.*
- R02.044** *L'**administration intrapleurale d'agent pharmacologique au long cours** inclut la pose du cathéter d'accès au site d'injection avec ou sans tunnellation, sans pose de système diffuseur ni de pompe à infusion continue souscutané.*
- R02.045** *La **séance de rééducation respiratoire** inclut la surveillance de la fréquence cardiaque, de la pression intraartérielle et la surveillance transcutanée discontinue de la saturation artérielle en oxygène.
Avec ou sans : électrocardiographie discontinue
réentraînement à l'activité sportive collective*
- R02.046** *La **pose d'un appareillage personnalisé** inclut sa conception, son adaptation et sa pose.*
- R02.047** *Les **actes sur la cavité de l'abdomen, par cœlioscopie ou par rétropéritonéoscopie** incluent l'évacuation de collection intraabdominale associée, la toilette péritonéale et/ou la pose de drain.*
- R02.048** *Les **actes sur la cavité de l'abdomen, par abord direct** incluent l'évacuation de collection intraabdominale associée, la toilette péritonéale et/ou la pose de drain.*
- R02.049** *La **manométrie du tube digestif** inclut la pose de la sonde et le contrôle radiologique de sa position.
Avec ou sans : épreuve pharmacologique*
- R02.050** *Toute **échographie de l'abdomen** inclut l'échographie de la cavité péritonéale pour recherche d'épanchement.*
- R02.051** *L'**endoscopie des conduits biliaires ou pancréatiques** inclut la radiographie des conduits explorés par injection de produit de contraste.*
- R02.052** *La **réparation de perte de substance de lèvre par autogreffe ou lambeau** inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.*
- R02.053** *La **réduction de fracture et de luxation de dent** inclut la pose de moyen de contention.*
- R02.054** *La **réimplantation de dent** inclut la pose de moyen de contention.*
- R02.055** *La **restauration d'une dent** inclut l'exérèse des tissus lésés, la préparation amélodentinaire et la protection dentinopulpaire.*
- R02.056** *L'**exérèse de la pulpe vivante ou l'exérèse du contenu canalaire non vivant d'une dent** inclut la mise en forme canalaire, les contrôles radiologiques et l'obturation radiculaire.*
- R02.057** *La **désobturation endodontique** inclut la mise en forme canalaire, les contrôles radiologiques et la réobturation radiculaire.*
- R02.058** *L'**obturation radiculaire dentaire après apexification** inclut la mise en forme canalaire et les contrôles radiologiques.*
- R02.059** *La **pose d'une prothèse dentaire** inclut sa conception, son adaptation et sa pose.*
- R02.060** *La **pose d'une couronne dentaire définitive** inclut la pose de couronne dentaire provisoire.*
- R02.061** *La **pose d'une prothèse plurale dentoportée ou implantoportée** inclut la pose de prothèse dentaire plurale fixée provisoire.*
- R02.062** *La **pose d'un appareillage personnalisé** inclut sa conception, son adaptation et sa pose.*
- R02.063** *La **résection du tube digestif sans rétablissement de la continuité** inclut l'abouchement d'une ou des deux extrémités du tube digestif à la peau [stomies cutanées].*
- R02.064** *La **résection du tube digestif avec rétablissement de la continuité** inclut l'anastomose des deux segments du tube digestif, quelles qu'en soient les modalités.*
- R02.065** *La **pose d'une endoprothèse du tube digestif** inclut
- la dilatation du segment concerné
- le contrôle radiologique.*

- R02.066 *Le traitement d'une fistule* inclut la résection des berges et du trajet fistuleux.
Avec ou sans : interposition d'appendice [de frange] épiploïque
- R02.067 *La pose d'une endoprothèse biliaire* inclut la dilatation et le contrôle radiologique des conduits biliaires.
- R02.068 *La pose d'une endoprothèse biliaire par œso-gastro-duodénoscopie* inclut la sphinctérotomie biliaire endoscopique.
- R02.069 *L'ablation de calcul des voies biliaires, par voie transcutanée ou par endoscopie* inclut le contrôle radiologique et la dilatation des conduits biliaires.
- R02.070 *Les actes sur le conduit pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie* incluent le contrôle radiologique du conduit pancréatique.
- R02.071 *Les actes sur les voies urinaires supérieures, par endoscopie* incluent le contrôle radiologique.
- R02.072 *L'ablation de calcul du rein* inclut le contrôle radiologique.
- R02.073 *La fermeture d'une fistule* inclut la résection des berges et du trajet fistuleux.
Avec ou sans : interposition d'appendice [de frange] épiploïque
- R02.074 *L'abaissement d'un testicule ectopique* inclut la fermeture d'une déhiscence du canal inguinal homolatéral.
- R02.075 *La pelvectomie postérieure sans rétablissement de la continuité* inclut l'abouchement de l'extrémité du tube digestif à la peau [stomie cutanée].
- R02.076 *La pelvectomie postérieure avec rétablissement de la continuité* inclut l'anastomose des deux segments du tube digestif, quelles qu'en soient les modalités.
- R02.077 *La pelvectomie totale* inclut l'abouchement de l'extrémité du tube digestif à la peau [stomie cutanée].
- R02.078 *L'accouchement* inclut le monitoring électronique des contractions de l'utérus gravide et du rythme cardiaque du fœtus par voie externe.
- R02.079 *L'installation d'un nouveau-né en incubateur à la naissance* inclut la surveillance de la température, de la fréquence cardiaque, de la saturation en oxygène par mesure transcutanée [SpO₂], de la glycémie capillaire et de la pression artérielle.
Avec ou sans : administration d'agent pharmacologique et/ou de soluté.
- R02.080 *L'administration intraveineuse d'agent pharmacologique et/ou de soluté* inclut la pose d'un dispositif d'accès vasculaire.
- R02.081 *Toute arthrotomie* inclut l'arthroscopie peropératoire éventuelle.
- R02.082 *L'ostéosynthèse d'une fracture* inclut sa réduction simultanée et sa contention par appareillage externe.
- R02.083 *La réduction d'une luxation, par abord direct* inclut la réparation de l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation par suture ou plastie, la stabilisation de l'articulation [arthrorise] par matériel.
- R02.084 *La reconstruction osseuse ou articulaire par greffe, transplant ou matériau inerte non prothétique* inclut l'ostéosynthèse.
- R02.085 *L'évacuation de collection articulaire* inclut le lavage de l'articulation, avec ou sans drainage.
- R02.086 *La pose d'un appareillage personnalisé* inclut sa conception, son adaptation et sa pose.
- R02.087 *Les radiographies, scanographies et remnographies [IRM] d'un segment de la colonne vertébrale* incluent l'étude des zones transitionnelles adjacentes.
- R02.088 *L'arthrodèse de la colonne vertébrale* inclut l'avivement des surfaces articulaires, la préparation du site et la pose d'un greffon modelé.
- R02.089 *L'arthrodèse avec réduction d'un spondylolisthesis* inclut la libération radiculaire.
- R02.090 *L'exérèse partielle de vertèbre* inclut la reconstruction et l'ostéosynthèse.
- R02.091 *L'exérèse totale de vertèbre* inclut la reconstruction et l'ostéosynthèse.
- R02.092 *La destruction d'un disque intervertébral, par voie transcutanée* inclut la manométrie et la discographie peropératoires.
- R02.093 *L'exérèse d'un disque intervertébral, par voie transcutanée* inclut la manométrie et la discographie peropératoires.

- R02.094** *L'exérèse de hernie discale de la colonne vertébrale inclut*
- l'exérèse de calcifications discales
- l'exérèse du listel marginal
- l'ouverture du récessus latéral ou du foramen intervertébral.
- R02.095** *La cure d'une hernie hiatale inclut la réalisation de procédé antireflux sur l'estomac.*
- R02.096** *Tout acte thérapeutique, par arthroscopie inclut le nettoyage de l'articulation traitée.*
- R02.097** *Tout acte thérapeutique, par arthrotomie inclut le nettoyage de l'articulation traitée.*
- R02.098** *La réduction orthopédique extemporanée d'une fracture inclut la contention par confection d'un appareillage rigide externe.*
Comprend : réduction orthopédique itérative de fracture, avec gypsotomie de réaxation
- R02.099** *La réduction orthopédique extemporanée d'une luxation inclut la contention par confection d'un appareillage rigide externe, ou la stabilisation interne [arthrorise] temporaire.*
- R02.100** *L'ostéotomie inclut l'ostéosynthèse et/ou la contention par appareillage externe.*
- R02.101** *L'arthroplastie inclut la réparation de l'appareil capsuloligamentaire par suture ou plastie, la stabilisation de l'articulation [arthrorise] par matériel et/ou contention par appareillage rigide externe.*
- R02.102** *La libération mobilisatrice d'une articulation [arthrolyse] inclut la capsulotomie articulaire, la libération de tendon périarticulaire et la résection d'ostéophyte et de butoir osseux.*
- R02.103** *L'arthrodèse inclut l'ostéosynthèse, le prélèvement in situ d'autogreffe osseuse, et/ou la contention par appareillage externe.*
- R02.104** *La suture de muscle ou de tendon inclut l'immobilisation par appareillage externe ou par arthrorise.*
- R02.105** *La radiographie d'un segment du membre supérieur inclut la radiographie des articulations adjacentes.*
- R02.106** *La radiographie d'un segment du membre inférieur inclut la radiographie des articulations adjacentes.*
- R02.107** *La radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] inclut la radiographie du sacrum, du coccyx et/ou d'articulation sacro-iliaque.*
- R02.108** *La ménissectomie du genou inclut le nettoyage de l'articulation.*
- R02.109** *L'autogreffe de peau inclut*
- la prise de l'autogreffe avec traitement de la perte de substance de la zone de prélèvement par pansement, suture ou greffe,
- la préparation et la couverture du site récepteur.
- R02.110** *La réparation par lambeau inclut*
- la prise du lambeau avec traitement de la perte de substance de la zone de prélèvement par pansement, suture ou greffe,
- la préparation et la couverture du site récepteur.
- R02.111** *Le pansement secondaire de brûlure inclut l'ablation de l'ancien pansement, la détersion de la brûlure et la réfection du nouveau pansement.*
- R02.112** *L'excision de brûlure inclut le pansement consécutif.*
- R02.113** *La greffe de peau pour brûlure inclut la préparation de la zone à greffer et le pansement consécutif de la zone prélevée et de la zone greffée.*
- R02.114** *La reconstruction du sein par lambeau de muscle droit de l'abdomen inclut la réparation de la paroi abdominale et l'éventuelle dermolipéctomie abdominale.*

R03 – Un code d'acte mentionné dans une note Avec ou sans : attachée au libellé d'un autre acte n'est pas associable au code de celui-ci.

R04 – Un code d'acte n'est pas associable au code d'un autre acte quand il constitue, dans les règles de l'art, un geste élémentaire de celui-ci.

- R04.001** *Un acte sur un segment de viscère digestif, par endoscopie inclut l'exploration diagnostique par endoscopie du segment d'amont.*
- R04.002** *Un acte sur un segment de viscère urinaire, par endoscopie inclut l'exploration diagnostique par endoscopie du segment d'amont.*
- R04.003** *Un acte sur un segment des voies aériennes, par endoscopie inclut l'exploration diagnostique par endoscopie du segment d'amont.*
- R04.004** *Un acte d'intubation trachéale ne peut être associé à un geste d'anesthésie.*

- R04.005** Un **acte avec guidage par technique d'imagerie** inclut l'exploration diagnostique par la même technique d'imagerie de l'organe ou de la région concernée.
- R04.006** Un **acte d'allongement d'un os** inclut l'ostéotomie de cet os.
- R04.007** Un **acte de raccourcissement d'un os** inclut l'ostéotomie de cet os.
- R04.008** Un **acte de réparation avec autogreffe** inclut la prise de la greffe.
- R04.009** Un **acte de réparation avec lambeau** inclut la prise du lambeau.
- R04.010** Un **acte de pose ou de changement de dispositif** inclut le réglage initial et la programmation de ce dispositif.
- R04.011** Un **acte thérapeutique sur un organe** inclut la suture de cet organe.
- R04.012** Un **acte thérapeutique sur un organe** inclut la section initiale de cet organe.
- R04.013** Un **acte de réparation de plaie de nerf** inclut le parage et/ou la suture de la peau et des tissus mous susjacents.
- R04.014** Un **acte de réparation de plaie d'artère** inclut le parage et/ou la suture de la peau et des tissus mous susjacents.
- R04.015** Un **acte de réparation de plaie de muscle ou de tendon** inclut le parage et/ou la suture de la peau et des tissus mous susjacents.
- R04.016** Un **acte sur un organe ou une région, par abord ouvert** inclut la toilette et/ou le drainage de la zone opératoire.
- R04.017** Un **acte de suppléance d'une fonction vitale** inclut la surveillance de cette fonction.
- R04.018** Un **acte de suppléance d'une fonction vitale** inclut la suppléance nutritionnelle du patient.
- R04.019** Un **acte diagnostique ou thérapeutique de complexité donnée** inclut tout acte diagnostique ou thérapeutique sur la même localisation, par le même accès, de complexité inférieure.
- R04.020** La **pose d'une prothèse dans un organe** inclut la dilatation du segment de l'organe concerné.
- R04.021** Un **acte d'échoendoscopie d'un organe** inclut l'exploration endoscopique de l'organe concerné et du segment d'amont.
- R04.022** Un **acte d'échographie-doppler [échodoppler] d'un organe** inclut l'échographie de l'organe concerné.
- R04.023** Un **acte diagnostique ou thérapeutique sur une articulation** inclut le bilan fonctionnel de l'articulation.
- R04.024** Un **acte thérapeutique sur une articulation** inclut la mobilisation thérapeutique de l'articulation.
- R04.025** Un **acte thérapeutique sur une articulation** inclut le nettoyage de l'articulation.
- R04.026** Un **acte de laryngectomie** inclut la trachéotomie.
- R04.027** Un **acte de pharyngectomie** inclut la trachéotomie.
- R04.028** Un **acte sur les voies urinaires supérieures, par voie transcutanée** inclut la néphrostomie.
- R04.029** Un **acte d'adénomectomie prostatique ou de prostatectomie** inclut la cystostomie.

R05 – Un code d'acte décrit comme une procédure ne peut pas être associé à l'un des codes d'actes qui la composent.

R06 – Un code d'acte n'est pas associable à un autre code d'acte lorsque leur combinaison est décrite par un libellé de procédure.

- R06.001** Un **acte d'ablation de dispositif** n'est pas associable à un acte de **pose de ce dispositif** sur la même topographie selon le même accès, si existe un libellé de **changement de ce dispositif**.
- R06.002** Un **acte sans guidage** n'est pas associable à un **acte d'imagerie médicale**, si existe un libellé d'acte **avec guidage par technique d'imagerie**.

R07 – Le code d'un acte ne peut jamais être répété pour signaler la réalisation d'un acte multiple, à l'exclusion du code des actes par rayon sur la main et le pied, et de certains actes sur les dents.

- R07.001** Un **acte bilatéral** ne peut jamais être signalé par répétition du code de l'**acte unilatéral**.
R07.002 Un **acte multiple** ne peut jamais être signalé par répétition du code de l'**acte unique**, à l'exclusion des codes d'une liste d'actes limitative.

R08 – Le code d'un acte « sans » emploi d'une variante de technique ou de méthode n'est pas associable avec le code du même acte « avec » emploi de la même variante de technique ou de méthode

- R08.001** Un **acte sans enregistrement vidéo** n'est pas associable avec l'acte identique **avec enregistrement vidéo**.
R08.002 Un **acte sans injection de produit de contraste** n'est pas associable avec l'acte identique **avec injection de produit de contraste**.
R08.003 Un **acte sans stimulodétection** n'est pas associable avec l'acte identique **avec stimulodétection**.
R08.004 Un **acte sans anesthésie générale** n'est pas associable avec l'acte identique **avec anesthésie générale**.
R08.005 Un **acte sans guidage** n'est pas associable avec l'acte identique **avec guidage**.
R08.006 Un **acte sans CEC** n'est pas associable avec l'acte identique **avec CEC**.
R08.007 Un **acte sans enregistrement** n'est pas associable avec l'acte identique **avec enregistrement**.

R09 – Divers

- R09.001** Un **geste complémentaire** ne peut pas être codé simultanément avec l'acte isolé de même nature, réalisé selon le même accès.
R09.002 Un acte décrit « **au lit du malade** » ne peut pas être codé simultanément avec l'acte de même nature, réalisé selon le même accès, décrit en dehors de cette condition.
R09.003 Un acte décrit pour **une classe d'âge donnée** ne peut pas être codé avec l'acte de même nature, réalisé selon le même accès, décrit pour une classe d'âge différente.
R09.004 Un acte décrit pour **un sexe donné** ne peut pas être codé avec l'acte de même nature, réalisé selon le même accès, décrit pour l'autre sexe.
R09.005 Un acte décrit comme **postérieur** à un autre acte ne peut pas être codé avec ce second acte.

A.7 - Notes d'utilisation de portée générale

Par **thoracotomie**, on entend : tout abord de la cavité thoracique - sternotomie, thoracotomie latérale, thoracotomie postérieure -.

Par **dispositif médical**, on entend : « tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.

Les dispositifs médicaux qui sont conçus pour être implantés en totalité ou en partie dans le corps humain ou placés dans un orifice naturel, et qui dépendent pour leur bon fonctionnement d'une source d'énergie électrique ou de toute source d'énergie autre que celle qui est générée directement par le corps humain ou la pesanteur, sont dénommés dispositifs médicaux implantables actifs. » (Code de la santé publique, Art. L.5611-1)

Par **bloc médicotechnique**, on entend : local d'un établissement de santé distinct d'un lieu d'hébergement ou d'accueil, spécialement équipé pour réaliser des actes techniques dans le domaine de la santé en présence du patient, dans des conditions optimales de sécurité, en particulier pour la surveillance et la suppléance des fonctions vitales. Sont considérés comme tels les services ou unités suivants : bloc opératoire de chirurgie, bloc obstétrical, locaux d'explorations fonctionnelles, d'endoscopie, d'imagerie, de réanimation, de déchocage.

Par **acte, au lit du malade**, on entend : acte réalisé par un professionnel de santé, nécessitant le déplacement de celui-ci et du matériel nécessaire, auprès d'un patient non déplacé du lit qu'il occupe dans les locaux d'hébergement d'un établissement de santé.

Par **acte, à domicile**, on entend : acte réalisé par un professionnel de santé, nécessitant le déplacement de celui-ci et du matériel nécessaire, auprès d'un patient établi dans un lieu ordinaire de résidence.

Par **incidence radiologique**, on entend : position du patient par rapport à la source d'émission des rayons X. Une modification des positions respectives du patient et de la source d'émission constitue une nouvelle incidence.

Les actes sur le thorax, par **thoracoscopie** incluent l'évacuation de collection intrathoracique associée, la pose de drain pleural et/ou péricardique.

Les actes sur le thorax, par **thoracotomie** incluent l'évacuation de collection intrathoracique associée, la pose de drain pleural et/ou péricardique.

Les actes sur la cavité de l'abdomen, par **cœlioscopie** ou par **rétropéritonéoscopie** incluent l'évacuation de collection intraabdominale associée, la toilette péritonéale et/ou la pose de drain.

Les actes sur la cavité de l'abdomen, par **abord direct** incluent l'évacuation de collection intraabdominale associée, la toilette péritonéale et/ou la pose de drain.

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.

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 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)

