



**CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX
CCAM VERSION 0 BIS
MODE D'EMPLOI DE LA
SOCIETE FRANCOPHONE DE MEDECINE D'URGENCE**

Attention : le présent document ne contient pas le thésaurus à télécharger séparément

Sommaire

1	INTRODUCTION	2
2	RESUME DE LA PRESENTATION OFFICIELLE DE LA CCAM	2
2.1	LES ACTES DE LA CCAM	2
2.1.1	Types d'acte.....	3
2.1.2	Convention de rédaction des libellés des actes.....	3
2.1.2.1	Qu'est-ce qu'un libellé ?	3
2.1.2.2	Syntaxe	3
2.1.2.3	Lexicographie et sémantique.....	3
2.1.3	Code de l'acte	4
2.1.4	Classement des actes dans la CCAM.....	5
2.1.4.1	Classement hiérarchique	5
2.1.4.2	Classement des actes dans un même niveau hiérarchique	5
2.1.4.3	Particularités de classement de certains actes	6
2.2	LES REGLES DE CODAGE	6
2.2.1	Importance des notes d'utilisation.....	6
2.2.1.1	Notes explicatives.....	6
2.2.1.2	Notes indicatives	7
2.2.1.3	Notes d'exclusion	7
2.2.1.4	Notes Coder éventuellement	7
2.2.1.5	Notes Avec ou Sans	7
2.2.2	Principe et règles de codage de la CCAM.....	7
2.2.2.1	Principe 1 : notion d'acte global.....	7
2.2.2.2	Principe 2 : codage de l'acte finalement réalisé	8
2.2.3	Codage complet d'un acte en CCAM	8
2.2.3.1	Code activité.....	9
2.2.3.2	Code extension documentaire	9
2.2.3.3	Code phase de traitement.....	9
3	PROBLEMES POSES PAR LA CCAM AUX URGENCES	9
3.1	URGENCES ET BLOC MEDICO-TECHNIQUE	9
3.2	LES POSSIBILITES DU SERVEUR D'ACTES	9
3.3	LE ACTES DEFINIS AVEC UNE ACTIVITE D'ANESTHESIE.....	10
3.3.1	Actes avec anesthésie obligatoire.....	10
3.3.2	Actes avec anesthésie quasi obligatoire	10
3.4	LA NOTION D'ACTE GLOBAL ET COMPLET.....	10
3.4.1	Premier exemple :	10
3.4.2	Deuxième exemple :	10
3.4.3	Troisième exemple :	10
3.5	LES ATTRIBUTS NON ENCORE DEFINIS	10
3.5.1	Les modificateurs.....	10
3.5.2	Les associations d'acte	11
3.6	LES ACTES NON PREVUS :	11
4	RECOMMANDATION DE LA SFMU POUR L'EMPLOI DE LA CCAM.....	11
5	1^{ERE} VERSION DU THESAURUS SFMU BASE SUR LA CCAM 0B	11
5.1	METHODOLOGIE DE CONSTRUCTION	11
5.2	RESULTATS DU GROUPE CCAM	12
5.2.1	Les 11 Actes de la feuille Libellé.....	12
5.2.2	Les 211 Actes de la feuille Diagnostic	12
5.2.3	Les 315 Actes de la feuille Thérapeutique.....	12
5.2.4	Récapitulatif.....	12
5.3	PRESENTATION DU THESAURUS SFMU	12
6	CONCLUSION	13

1 INTRODUCTION

Jusqu'à présent, les outils de recueil permettant de décrire l'activité médicale et d'établir leur tarification sont respectivement le catalogue des actes médicaux (CDAM) et la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). La pratique a montré leurs manques vis-à-vis des objectifs fixés, justifiant la création d'une classification commune des actes médicaux (CCAM) qui doit se substituer à la NGAP et au CDAM à partir de janvier 2004.

La genèse de la CCAM débute en 1994 par la description des actes techniques. Elle s'est appuyée dans un premier temps sur une réécriture des libellés du CDAM, puis sur une relecture par les sociétés savantes et enfin par des tests sur sites. La définition des actes cliniques est en cours de réalisation. Il faut rappeler que la Société Francophone de Médecine d'Urgences (SFMU) n'a pas participé à la définition des actes techniques mais participe actuellement à la définition des actes cliniques.

Une première version des actes techniques de la CCAM a été diffusée fin 2000 puis une version modifiée (appelée VOB) a vu le jour en 2003. Cette version qui n'est pas définitive comporte environ 7200 actes et s'accompagne d'un guide d'utilisation. La première partie de ce rapport est un résumé de la présentation officielle de la CCAM

La définition des actes techniques et les règles générales de codage font, qu'aujourd'hui, la CCAM ne reflète pas de manière satisfaisante l'activité des services d'urgences. Dans l'attente des évolutions attendues, auxquelles la SFMU entend être associée, ce document de travail se veut une aide aux médecins urgentistes tant des établissements publics que privés à la mise en place de ce nouvel outil. Aussi, la deuxième partie de ce rapport fait état des questions les plus importantes restant en suspens et établit en troisième partie des propositions pratiques de codage préconisées par la SFMU pour les médecins urgentistes.

La quatrième partie présente la première version du thésaurus SFMU qui est un extrait des actes de la CCAM version 0B.

2 RESUME DE LA PRESENTATION OFFICIELLE DE LA CCAM

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,
– dans l'objectif plus large de la mise en place d'un système d'information de santé (SIS).

La première partie de la classification commune des actes médicaux (**CCAM**), concerne la description des seuls **actes techniques** à l'usage **des médecins et des dentistes**.

on entend par **acte médical technique**, tout

«acte dont la réalisation par des moyens [...] 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 du ministère de l'emploi et de la solidarité).

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

Chaque acte est décrit par un libellé, repéré par un 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. L'ensemble de ces indications fait partie intégrante de la CCAM, **qui ne saurait être utilisé sans elles**.

Le présent guide est destiné à donner aux usagers de la CCAM toute précision :

- sur les conventions de rédaction et de présentation et le système de codification adoptés ;
 - sur l'organisation générale de cette classification,
 - sur son emploi correct, en exposant les règles de codage en vigueur
- L'ensemble de ces conventions et règles est valable quel que soit l'utilisateur et ses conditions d'exercice.

La parfaite compréhension de ces principes et leur acceptation sont donc un préalable à l'utilisation de la CCAM.

2.1 LES ACTES DE LA CCAM

Chacun des actes de la CCAM est décrit selon le principe fondamental de **l'acte global**.

Un acte décrit une **intervention diagnostique ou thérapeutique complète et achevée**, c'est-à-dire comportant tous les gestes utiles et nécessaires à sa réalisation de manière indépendante.

Dans la CCAM ne figure donc aucun **geste élémentaire** (partie d'un acte constituant un élément **obligatoire** de son accomplissement) comme, par exemple, une anesthésie locale.

Un acte n'est décrit qu'une et une seule fois dans la CCAM. Les actes sont classés dans des subdivisions (classement hiérarchique) organisées selon des principes rigoureux.

Il existe différents types d'actes. Chacun acte est décrit par un seul libellé. Il est repéré par un code que le personnel de santé porte sur le support de recueil d'informations. Il est replacé dans le classement hiérarchique héritant ainsi de toutes les descriptions liées à la hiérarchie.

2.1.1 TYPES D'ACTE

Par convention, les actes techniques de la CCAM ont été distingués en :

✓ **actes isolés** : actes réalisables de façon indépendante ; ils sont de complexité variable.

Exemples : *Amygdalectomie par dissection*
Adénoïdectomie

✓ **procédures** : ensemble d'actes isolés couramment associés dans le cadre d'interventions réglées. 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. Les procédures sont toujours classées à la suite des actes isolés comportant le même terme initial d'action et réalisés sur le même site.

Exemple : *Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie*

✓ **Gestes complémentaires** : ensemble d'actes, définis dans le 1^{er} sous-chapitre du chapitre 18. Ils sont classés en paragraphes suivant l'ordre des chapitres 01 à 17, selon l'appareil ou l'organe sur lequel s'exerce l'action. Un geste complémentaire ne peut pas être réalisé indépendamment, il est **facultatif** au cours d'un acte isolé ou d'une procédure.

– Un geste complémentaire ne peut donc **jamais être mentionné seul**.

– Les combinaisons d'un geste complémentaire avec un acte isolé ou une procédure sont précises, limitées et consignées dans des tables d'association.

Exemple : *Épisiotomie*

✓ **Modificateurs** : ensemble d'acte, définis dans le 2^{ème} sous-chapitre du chapitre 18. Les modificateurs identifient des situations particulières modifiant les conditions de réalisation de l'acte, utile pour sa description et/ou sa valorisation.

– Un modificateur ne peut donc **jamais être mentionné seul**.

– Les combinaisons d'un modificateur avec un acte isolé ou une procédure sont précises, limitées et consignées dans des tables d'association.

– Actuellement au nombre de 2, la liste définitive des modificateurs n'est pas encore arrêtée.

Sauf pour les gestes complémentaires et les modificateurs qui sont classés dans un chapitre spécifiques, il n'y a pas de présentation particulière permettant de distinguer dans la CCAM un acte isolé d'une procédure.

2.1.2 CONVENTION DE REDACTION DES LIBELLES DES ACTES

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. La construction des libellés de la CCAM est conforme aux stipulations de la prénorme prEN 1828 du Comité européen de normalisation (CEN).

2.1.2.1 Qu'est-ce qu'un libellé ?

Un libellé définit une **action** sur une **topographie** (tissu, organe, site anatomique 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.

L'objectif général poursuivi par la CCAM est bien de différencier les actes sur l'ensemble des moyens qu'ils mettent en œuvre, indépendamment des indications de leur exécution.

2.1.2.2 Syntaxe

En règle générale, l'action introduit le libellé, le mode d'accès et la méthode utilisés figurent en fin d'énoncer. Fréquemment, action et topographie sont groupées en un seul terme dont la topographie est le radical et l'action le suffixe.

Toute expression n'améliorant pas le pouvoir descriptif d'un libellé a été supprimée :

➤ L'**action** est 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 (Exemples : *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.

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 (cela signifie « *quelle que soit l'information* »).

2.1.2.3 Lexicographie et sémantique

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 de terminologie et de néologie pour le domaine de la santé. Les grands principes sont :

➤ Utilisation de la terminologie internationale quand elle a été validée en particulier pour les termes anatomiques

➤ Respect de l'orthographe figurant dans des ouvrages de référence courants : le nouveau Petit Robert; Dictionnaire des termes de médecine, Garnier-Delamare

➤ 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 ceux recommandés par la Commission de terminologie et de néologie pour le domaine de la Santé

➤ Respect du sens des termes, selon ces mêmes références

➤ Pour limiter les polysémies, 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*. Dans le même cadre des termes ayant des sens très différents ont été bannis de la CCAM et remplacés par des expressions plus précises. Par exemple, le suffixe *lyse* signifie *destruction* ou *libération*. Dans la CCAM, il est toujours utilisé dans le sens de *destruction*. Pour éviter toute ambiguïté, le terme *neurolyse* a été banni de la CCAM pour être remplacé par *destruction de nerf* et *libération de nerf*.

➤ L'emploi d'une expression éponymique (telle *intervention selon X*), même courante, a été banni des libellés : les variantes depuis la description originale sont souvent nombreuses. Il a donc, là encore, été préféré fournir une description précise de la technique mise en œuvre.

➤ Par contre, une expression éponymique 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.

➤ La mention de l'affection traitée n'a pas été autorisée comme critère distinctif entre des actes de même nature. Elle peut figurer en note d'inclusion quand il est apparu que sa mention facilitait la recherche ou la compréhension du libellé par l'utilisateur. Toutefois, la mention d'une affection médicale dans le libellé a été autorisée pour distinguer des actes techniquement spécifiques, trop difficiles à décrire sans le recours à cette indication.

➤ 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 comme *cure chirurgicale, traitement, réintervention...* Lorsque ces termes ont été maintenus, une note en explicite la signification comme par exemple *cure de hernie*

➤ **Une information donnée au singulier** a toujours le sens de « *quel qu'en le soit le nombre* », jamais celui de « *un seul* ».

Exemples : *Radiographie du thorax*

Il s'agit de Radiographie du thorax quel que soit le nombre d'incidences.

➤ **Un** est un adjectif numéral, il a toujours le sens de « *un seul* », et s'oppose à *plusieurs* ou *multiples*.

Exemples : *Réimplantation d'une dent expulsée*

Cet acte concerne la Réimplantation d'une et d'une seule dent expulsée.

➤ Les actes concernant des organes ou des régions pairs et symétriques peuvent mentionner les 3 expressions : **unilatéral, bilatéral, unilatéral ou bilatéral**. Lorsqu'il n'y a aucune de ces 3 expressions, il s'agit de la description d'un acte unilatéral. Le modificateur de bilatéralité permettra de prendre en compte un acte réalisé des deux cotés du plan sagittal. L'expression **bilatéral** a toujours, et exclusivement, le sens : *de chaque côté du plan sagittal*, c'est-à-dire *droit et gauche*.

➤ Le trait d'union a été généralement abandonné dans les mots composés. Il ne persiste que :

- lorsque le terme est composé de plus de deux radicaux (il est alors placé entre chacun des radicaux) ;
- 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* ;
- lorsque le terme est composé par l'union de plusieurs noms propres ou communs
- 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.

➤ La préposition **de** d'un terme au singulier est considéré comme un article partitif

Exemples : *Ablation de corps étranger des fosses nasales*

Cet acte concerne l'ablation d'un ou de plusieurs corps étrangers des fosses nasales.

➤ Les termes **avec**, **et** et **sans** précise l'association de mots, locutions ou proposition. 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'assimiler au libellé correspondant de la CCAM. La conjonction **et** remplace la préposition **avec**, en gardant le même sens inclusif obligatoire, quand l'emploi en semble plus élégant. Il existe alors dans la CCAM un libellé décrivant le même acte **sans** l'emploi de cette technique ou de cette méthode. Dans la présentation, l'acte **sans** précède toujours l'acte **avec** ou **et**.

Exemples : *Hypnographie de 8 à 12 heures, sans enregistrement vidéo*

Hypnographie de 8 à 12 heures, avec enregistrement vidéo

➤ La conjonction **ou** introduit une proposition alternative avec un sens exclusif (ou l'un ou l'autre mais pas les deux).

➤ L'expression **et/ou** équivaut à la conjonction **ou** employée dans un sens inclusif (ou l'un ou l'autre ou les deux).

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

➤ **Les crochets []** isolent un terme ou une locution équivalent ou synonyme du terme ou de la locution le précédant.

➤ 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.

➤ **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, administration de produit pharmacologique anticancéreux ou pour irradiation externe. **Le praticien exécutant ce type d'acte recueille cet acte décrivant une séance à chaque réalisation d'une séance.**

2.1.3 CODE DE L'ACTE

Le code d'un acte est toujours constitué de 4 lettres suivies de 3 chiffres. Si les 4 lettres ont une signification, les trois chiffres n'ont aucune signification car ils constituent le résultat d'un compteur. La signification des lettres est la suivante :

- 1^{ère} lettre : codage du système
- 2^{ème} lettre : codage de l'organe ou de la fonction dépendant du codage du système
- 3^{ème} lettre : codage de l'action principale du libellé indépendant de l'organe ou de la fonction
- 4^{ème} lettre : codage de la technique et/ou de l'accès de l'action de l'organe ou de la fonction

Les références à ce codage relativement complexe d'usage sont données en annexes du guide de lecture.

Il n'a pas été jugé utile de les retranscrire ici, afin de ne pas alourdir ce rapport (28 pages).

2.1.4 CLASSEMENT DES ACTES DANS LA CCAM

Le classement hiérarchique de la CCAM permet de retrouver rapidement un acte. Par ailleurs, les actes sont classés selon des règles particulières au sein d'un même niveau hiérarchique.

2.1.4.1 Classement hiérarchique

Le classement hiérarchique fait intervenir 4 niveaux représentés par les chapitres, sous-chapitres, paragraphes, sous-paragraphes. Un acte est toujours rattaché à un niveau hiérarchique dont il hérite de toutes les descriptions. Un niveau hiérarchique n'est pas un acte mais permet de décrire un ensemble d'actes.

➤ Chapitre : 1er niveau du classement des actes (Tableau 1)

Il existe 18 chapitres, repérés par un nombre en chiffres arabes sur deux caractères.

- ✓ Les chapitres 01 à 16 sont définis par le système (ou 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.
- ✓ Le chapitre 17 réunit les actes pour lesquels aucune précision n'est fournie quant au système concerné.
- ✓ Le chapitre 18 comporte les listes distinctes des gestes complémentaires et des modificateurs.

fréquent pour les actes thérapeutiques, classés en sous-chapitres selon un axe principal le plus souvent topographique. La présentation respecte alors un ordre anatomique : énumération des organes ou des sites dans le sens cranio-caudal ou pour les membres dans le sens proximo-distal. Pour les systèmes dans lesquels existe une circulation ou un péristaltisme, la disposition suit le sens du flux.

➤ Paragraphe : 3^{ème} niveau du classement des actes

Les paragraphes sont numérotés en chiffres arabes sur deux caractères.

✓ Les paragraphes des sous-chapitres consacrés aux actes diagnostiques regroupent les actes selon la nature de l'acte ou la technique d'investigation utilisée (explorations fonctionnelles, radiographie, scintigraphie...). L'ordre de présentation -mais non la numérotation- a été choisi identique d'un chapitre à l'autre.

✓ Les paragraphes des sous-chapitres consacrés aux actes thérapeutiques regroupent les actes selon deux axes principaux : la topographie de l'acte (quand elle existe) ou la nature de l'action.

➤ Sous-paragraphe : 4^{ème} niveau du classement des actes

Les sous-paragraphes sont numérotés en chiffres arabes sur deux caractères.

Certains paragraphes peuvent ou non être segmentés en sous-paragraphes. Ce 4^{ème} niveau n'existe pas toujours.

Nombre	Libellé
01	Système nerveux : central, périphérique et autonome
02	Oeil et ses annexes
03	Oreille
04	Système cardiaque et vasculaire
05	Système immunitaire et hématopoïétique
06	Système respiratoire
07	Système digestif
08	Système urogénital
09	Actes concernant la procréation et la grossesse
10	Système endocrine
11	Système ostéo-articulaire et musculaire de la tête
12	Système ostéo-articulaire et musculaire du cou et tronc
13	Système ostéo-articulaire et musculaire du membre supérieur
14	Système ostéo-articulaire et musculaire du membre inférieur
15	Système ostéo-articulaire et musculaire corps entier
16	Système tégumentaire
17	Actes "sans localisation"
18	Gestes complémentaires et modificateurs

Tableau 1 : Chapitres de la CCAM

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.

➤ Sous-chapitres : 2^{ème} niveau du classement des actes

Les sous-chapitres sont numérotés en chiffres arabes sur deux caractères.

Les sous-chapitres distinguent les actes diagnostiques des actes thérapeutiques d'un même chapitre. Il y a donc toujours au moins deux sous-chapitres 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 sous-chapitres. Ceci est plus

➤ Libellé : 5^{ème} niveau du classement des actes

Le libellé d'un acte est obligatoire, il représente le cinquième niveau du classement hiérarchique des actes.

2.1.4.2 Classement des actes dans un même niveau hiérarchique

- 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 contiguë selon les principes de classement suivants :

Respect d'un ordre de complexité croissante
Exemple : exérèse partielle, puis complète, puis élargie.

actes **sans** puis **avec** utilisation de méthode particulière

Respect de la progression croissante du caractère effractif et de la technicité de l'acte.

Exemple : 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.

2.1.4.3 Particularités de classement de certains actes

- Lorsqu'un acte concerne plusieurs sites anatomiques (d'un même appareil ou non), il a été décidé de le classer dans la division de la CCAM traitant du premier d'entre eux cité dans le libellé.

Exemple : drainage d'une fistule recto vaginale acquise (Tableau 2)

Chapitre	07	Système digestif
Sous-chapitre	07.03	Actes thérapeutiques sur le tube digestif
Paragraphe	07.03.07	Rectum
Sous-paragraphe	07.03.07.05	Traitement des fistules du rectum
acte	HJJA001	Drainage d'une fistule recto vaginale acquise

Tableau 2 : Exemple de particularité de classement

- Les actes concernant une fonction ont été rangés selon l'organe ou l'appareil effecteur, en fin du chapitre concerné. Ils concernent essentiellement les explorations fonctionnelles, les actes de suppléance ou de rééducation. Dans certains cas, il n'a pas paru utile de créer des subdivisions spécifiques pour quelques libellés. Il a alors été jugé préférable de les regrouper au sein d'un paragraphe ou sous-paragraphe intitulé « *Autres interventions sur...* », placé à la suite des subdivisions par action.

Exemple : Séance de rééducation de la phonation, de la parole ou du langage, avec contrôle instrumental figure en fin du chapitre 06 des actes sur l'appareil respiratoire.

Les suppléances nutritionnelles sont à la fin du chapitre 07 (Système digestif),

Les épurations extrarénales sont à la fin du chapitre 08 (Système urinaire et génital).

- Dans certains cas la répartition par appareil n'est pas respectée jusqu'au bout comme par exemple :
 - les corrections d'anomalies congénitales qui sont décrites au sein d'une même division du chapitre 04 pour le cœur et les gros vaisseaux, du chapitre 07 pour les fentes nasolabio-palatines, etc...
 - les réparations de perte de substance par lambeau libre sont réunies dans le même paragraphe, quel que soit le tissu ou l'organe utilisé.
 - les actes de curiethérapie ou d'irradiation externe, classés dans le chapitre 17

2.2 LES REGLES DE CODAGE

Pour bien coder il importe certes de respecter les règles de codage mais aussi de bien lire les notes d'utilisation qui sont très importantes dans la CCAM.

2.2.1 IMPORTANCE DES NOTES D'UTILISATION

Si le travail rédactionnel présenté ci-dessus vise à lever toute équivoque sur le contenu sémantique des termes généraux employés dans 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.

D'une façon générale, les notes d'utilisation fournissent une aide à l'usage correct de la CCAM et 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).

Ces notes d'utilisation sont :

- d'ordre particulier : ce sont des consignes et précisions inscrites sous les libellés concernés
- d'ordre plus général : elles sont placées en tête de la subdivision concernée : chapitre, souschapitre, paragraphe ou sousparagraphe selon les cas. Ces notes d'utilisation s'appliquent à tous les actes rattachés à cette subdivision.

L'utilisation correcte des libellés oblige donc à ne pas se limiter à la seule lecture de leurs énoncés: l'attention des utilisateurs est spécialement attirée sur la nécessité d'une lecture soigneuse des libellés avec l'ensemble de leurs notes d'accompagnement, même placées à distance. Leur mise en œuvre s'impose de façon identique pour tout utilisateur.

Avant de voir les différents types de notes, une remarque typographique propre aux notes et absente des libellés s'impose. Il s'agit des parenthèses () employées pour encadrer le code d'un acte ou le numéro d'une subdivision mentionné dans une note d'utilisation

2.2.1.1 Notes explicatives

Ces notes visent à faciliter la compréhension des libellés ou à en préciser les conditions d'utilisation,

➤ **Le(La)...includ** fournit des explications sur le contenu technique implicite d'une action,
*Exemple : **La réduction d'une luxation articulaire, par abord direct***

***includ** la réparation de l'appareil capsuloligamentaire par suture ou plastie, la stabilisation éventuelle de l'articulation par matériel et/ou contention par appareillage rigide externe*

➤ **Par ..., on entend** explique 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 permettant de plus une simplification de la rédaction des libellés
*Exemple : **Par endoprothèse vasculaire,***

***on entend** : prothèse vasculaire non couverte, posée par voie vasculaire transcutanée*

➤ **Voir aussi** renvoie 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

2.2.1.2 Notes indicatives

Les notes indicatives sont données comme des exemples non limitatifs d'emploi des libellés.

➤ Au niveau d'une subdivision, cette note introduite par **Comprend** doit 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

➤ Au niveau d'un libellé, cette note n'est pas introduite par le terme **Comprend**. Y figurent 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 éponymiques courantes.

Exemple : Fermeture du vagin

Colpocléisis

Cloisonnement vulvovaginal

Intervention selon Lefort, Conill-Serra

2.2.1.3 Notes d'exclusion

Une note d'exclusion 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.

Une note d'exclusion est introduite par l'expression : **À l'exclusion de**

Exemple : 08 Système urinaire et génital

À l'exclusion de : actes concernant la procréation et la grossesse (cf chapitre 09)

2.2.1.4 Notes Coder éventuellement

L'expression **Coder éventuellement** introduit une note signalant un ou des actes qui ne sont pas inclus dans la description de l'acte principal. Il s'agit d'actes associables, à coder en sus en cas de réalisation conjointe.

Exemple : Orchidectomie, par abord inguinal

Coder éventuellement : curage lymphonodal (cf 05.02.02.04)

2.2.1.5 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, s'ils sont effectués dans la même intervention.

Exemple : Rectoscopie au tube rigide

Avec ou sans anoscopie

2.2.2 PRINCIPE ET REGLES DE CODAGE DE LA CCAM

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 identiques quel que soit le 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.

2.2.2.1 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**, dans le respect des **règles de l'art**.

C'est-à-dire que le libellé d'un acte inclut implicitement tous les temps obligés qui concourent habituellement à son achèvement, et que sa réalisation suit une technique ou utilise une méthode actuellement considérée comme idéale et validée.

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 l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). 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.

Ce premier principe a pour conséquence 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 et notamment indépendamment du nombre et de la qualification des intervenants. De ce principe découle la règle suivante :

RÈGLE 1 : le respect du principe d'acte global doit conduire le plus souvent à n'utiliser qu'un libellé pour décrire l'acte réalisé.

NB : lorsque les précisions pour coder exactement un acte manquent et sont inaccessibles, le codeur doit assimiler l'acte au libellé le décrivant dans ses modalités les plus simples : acte isolé ou acte sans emploi de méthode particulière.

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 décomposer un acte en codant chacun de ses temps : les gestes nécessaires à la réalisation de l'acte global et décrits par un libellé d'acte dans la CCAM ne doivent pas être codés.

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.

COROLLAIRE 3 : lorsqu'au cours de la même intervention sont réalisés un acte diagnostique et un acte thérapeutique selon les mêmes modalités (accès, méthode) 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, par le même abord, avec la même méthode, quel que soit le nombre d'exécutants concernés. Si, au contraire, l'acte diagnostique initial utilise un mode d'accès ou une méthode, 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, pour chacune des directives énoncées plus haut et détaillées ci-dessous ; ces listes figurent dans des tables annexées à la CCAM. Sa mise en pratique vise à assurer le respect des prescriptions de codage qui sont la conséquence de ce principe. Elle ne prend effet que pour des actes réalisés au cours de la même intervention, indépendamment de l'exécutant de chacun d'eux.

Attention **intervention** n'a pas le sens d'intervention chirurgicale. Dans la CCAM, on entend par intervention, 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. Une intervention peut être constituée d'un seul acte ou de plusieurs actes. Par exemple, doivent être considérés comme une intervention 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 mammographie accompagnée d'une échographie du sein, ou l'exérèse d'une lésion précédée d'une biopsie extemporanée.

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 (coelochirurgie, 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 => Coder *exploration de la cavité abdominale, par coelioscopie* et *cholécystectomie, par laparotomie*.

□□Si cette conversion est liée à la survenue d'une complication peropératoire, il convient de 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*.

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.

2.2.3 CODAGE COMPLET D'UN ACTE EN CCAM

Pour réaliser un codage complet en CCAM, il ne suffit pas de choisir et de recueillir le code des l'acte correspondant à la description la plus adaptée dans le respect des règles de codage. Il faut aussi remplir ses 9 attributs. La structure générale de recueil d'un acte est donnée ci-dessous (Figure 1, Tableau 3) :



Figure 1 : Attributs du Codage CCAM

2.2.2.2 Principe 2 : codage de l'acte finalement réalisé

Lorsque l'acte réalisé 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. De ce principe découle la règle N°2

RÈGLE 2 : en cas d'impossibilité de réalisation d'un acte thérapeutique telle qu'initialement prévue, on

1	code descriptif de l'acte (4 lettres suivies de 3 chiffres) cf 2.1.3.
2	code activité
3	code extension documentaire
4	code phase de traitement
5 et 6	Modificateurs
7	Association non prévue
8	Remboursement exceptionnel
9	Supplément de charges en cabinet
10	Localisation dentaire

Tableau 3 : Attributs du Codage CCAM

Si les 3 premiers attributs (de 2 à 4) ont une définition relativement bien établie, les 6 autres (de 5 à 10) sont des concepts établis mais non encore totalement définis. Leur présentation officielle utilise des exemples non encore validés. C'est pourquoi, nous ne présenterons que les 3 premiers attributs. Les 6 autres seront présentés dans une future version de thésaurus SFMU, dès que ces attributs auront une définition officielle et totalement validée. Ils interviennent essentiellement dans le versant tarification. Les urgences seront particulièrement intéressées par les zones 5, 6 et 7.

2.2.3.1 Code activité (Figure 2)

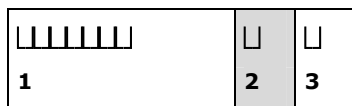


Figure 2 : Code Activité

Cet attribut

- identifie les actions des différents intervenants pour un même acte, le nombre d'intervenants nécessaire pour un acte étant défini en référence aux règles de l'art (liste pré-établie)
- constant et obligatoire
- permet tarification
- intervient dans le groupage PMSI MCO

Si, 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 sous libellés que d'équipes obligatoires ; le code *Activité* correspondant est inscrit en face de chacun d'eux.
- La valeur 4 du code activité représente toujours une activité de type Anesthésie

La valeur 5 du code activité représente toujours une activité de type CEC.

Exemple :

Exsanguinotransfusion chez le foetus, par ponction transcutanée du cordon

Cet acte a pour code descriptif (1) : **JQLF002**

Sa réalisation impose la collaboration de 4 équipes codées dans le code activité par les valeurs :

- 1** : guidage échographique
- 2** : exsanguino transfusion chez le foetus
- 3** : assistance hémobiologique
- 4** : anesthésie

2.2.3.2 Code extension documentaire (Figure 3)

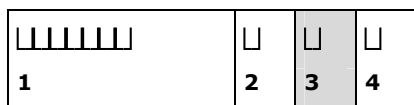


Figure 3 : Code Extension documentaire

obligatoire quand le code activité prend la valeur 4 (anesthésie), l'extension documentaire prend les valeurs :

- 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 ou avec anesthésie locorégionale dans les autres cas : le code extension documentaire :

- est facultatif
- donne un niveau de détail supplémentaire, qui ne modifie pas significativement les moyens mis en œuvre.
- Doit être validé par la structure de maintenance de la CCAM avant création et intégration aux tables officielles.

2.2.3.3 Code phase de traitement (Figure 4)

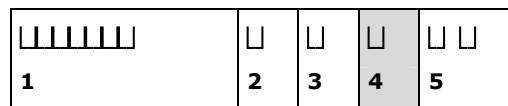


Figure 4 : Code Phase de Traitement

Ce code permet

- de repérer la phase de traitement pour les actes en plusieurs phases
- de déclencher un paiement par phase (partiel) pour la tarification
- d'orienter dans le GHM adéquat pour les phases qui se déroulent sur plusieurs hospitalisations (PMSI)

Les phases de traitements sont définies pour tous les actes. Pour un acte ne présentant pas de phase de traitement, ce code prend la valeur 0.

Exemple d'acte ayant des phases de traitements.

Reconstruction d'un tendon de la main par transplant libre, en deux temps cordon

Cet acte a pour code descriptif (1) : **MJMA006**

Il présente 2 phases de traitements codés :

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

2 transplant libre de tendon de la main

3 PROBLEMES POSES PAR LA CCAM AUX URGENCES

La CCAM a le double objectif de recueil de l'activité et de tarification. La CCAM tarifante n'étant toujours pas disponible, il va de soi que nous n'aborderons ici que les problèmes liés au recueil d'activité.

3.1 URGENCES ET BLOC MEDICO-TECHNIQUE

Le service des urgences est considéré comme un bloc médico-technique au niveau des box d'examen et des salles d'accueil des urgences vitales (SAUV). Reste le problème des unités d'orientation (UO).

3.2 LES POSSIBILITES DU SERVEUR D'ACTES

Dans la mise en place de la CCAM, il est intéressant de disposer d'un serveur d'actes. Ce serveur a pour but de collecter et de centraliser tous les actes (pour l'instant techniques) effectués par tous les services pour tous les patients de l'établissement, qu'ils soient hospitalisés ou non. En ce sens, le serveur d'actes constitue la base de données de l'activité des services. Il faut cependant garder à l'esprit que ce serveur d'actes ne sera réellement une base de données d'activité que s'il ne représente pas l'outil de facturation qui imposerait alors ses propres règles de recueil d'activité facturable et non d'activité réalisée.

Pour éviter un double codage, un bon serveur d'actes devrait aussi être capable d'envoyer à l'outil de facturation, les éléments d'activité réalisée nécessaire à la facturation.

Exemple :

Un patient arrive aux urgences où il est ventilé. Ce même patient est transféré le même jour en réanimation où la ventilation se poursuit.

En terme d'activité les deux services d'urgences et de réanimation relèveront le code de ventilation artificielle pour ce même jour.

En terme de tarification ou de recueil d'informations pour le PMSI MCO, ce code ne doit être comptabilisé qu'une seule fois.

Le problème est de savoir si le serveur d'actes autorise les deux services à coder l'activité de ventilation ce même jour. Dans le cas contraire, comme le préconise la CNAM-TS (un seul acte par jour), qui codera cette activité de ventilation : les urgences ou la réanimation ?

Le choix du serveur d'actes tout comme de l'aide au codage est propre à chaque établissement. Aussi la SFMU ne peut qu'alerter les services d'urgences sur les possibilités de leur propre serveur d'actes. En particulier certaines recommandations mentionnées ci-dessous ne seront peut-être pas possibles dans tous les établissements du fait même des fonctionnalités des serveurs d'actes et des procédures de recueil d'informations.

3.3 LE ACTES DEFINIS AVEC UNE ACTIVITE D'ANESTHESIE

Certains des actes de la CCAM sont définis avec une anesthésie, alors qu'ils sont de pratique fréquente aux urgences sans anesthésie. Deux cas de figure se présentent :

3.3.1 ACTES AVEC ANESTHESIE OBLIGATOIRE

Nous prendrons l'exemple de l'extraction de fécalome dont l'anesthésie définie dans le libellé interdit son utilisation sans anesthésie. Malheureusement, cet acte n'a pas son pendant sans anesthésie interdisant son usage aux urgences (Tableau 4).

hierarchie	code	libelle_complet	phase	type_activite
07030702	HJGD001	Extraction de corps étranger ou de fécalome intrarectal, par voie anale sous anesthésie générale ou locorégionale		1 chir/med 4 anesthésie

Tableau 4 : Extraction de fécalome sous anesthésie

3.3.2 ACTES AVEC ANESTHESIE QUASI OBLIGATOIRE

Dans la CCAM, certains actes sont définis avec deux types d'activité : 1 pour chirurgie-médecine et 4 pour anesthésie. Cela signifie que dans les règles de l'art,

- cet acte ne peut être réalisé que sous anesthésie locorégionale ou générale.

- l'activité d'anesthésie doit être réalisée par un médecin différent de celui qui fait l'activité chirurgie-médecine. Ce praticien n'est pas forcément un anesthésiste-réanimateur selon l'avis du conseil de l'ordre.

Exceptionnellement, cet acte peut être codifié sans l'activité d'anesthésie (4) à condition que l'ensemble des gestes

pratiqués dans l'activité chirurgie-médecine (1) y compris la surveillance post-opératoire soit comparable à la description de l'acte réalisé sous anesthésie.

Cette situation est relativement fréquente aux urgences et concerne 33 des 218 actes du thésaurus SFMU actuel. On citera en exemple la réduction d'une luxation d'épaule (Tableau 5)

hierarchie	code	libelle_complet	phase	type_activite
13030202	MEEP002	Réduction orthopédique d'une luxation scapulo-humérale		1 chir/med 4 anesthésie

Tableau 5 : Réduction de Luxation d'épaule

3.4 LA NOTION D'ACTE GLOBAL ET COMPLET

La règle générale de codification est qu'un acte ne peut être codé que si le geste technique réalisé est complet. Trois exemples illustrent les difficultés rencontrées par les urgentistes.

3.4.1 PREMIER EXEMPLE :

Un patient arrive avec une luxation d'épaule. L'urgentiste échoue dans sa manœuvre de réduction et fait appel à son collègue orthopédiste. L'orthopédiste réduit la luxation aux urgences sous analgésie et immobilise l'articulation.

L'orthopédiste code l'acte de réduction avec l'activité 1 et sans l'activité 4 (pas d'anesthésie). Il ne code pas la contention qui est déjà prise en compte dans la réduction (notion d'acte global). L'urgentiste ne code pas d'acte technique puisque la tentative de réduction ne constitue pas un acte complet.

3.4.2 DEUXIEME EXEMPLE :

Un patient arrive avec une luxation - fracture de la cheville. L'urgentiste réduit la luxation et fait une immobilisation plâtrée afin d'attendre la prise en charge chirurgicale secondaire. Dans ce cas, l'urgentiste ne peut coder aucun acte (ni l'alignement, ni la contention) puisque son intervention n'est qu'un temps élémentaire de l'acte chirurgical complet.

3.4.3 TROISIEME EXEMPLE :

Même cas que précédemment. L'immobilisation plâtrée étant suffisante, le patient ressort avec un contrôle radiologique dans les jours suivants. Dans ce cadre, le traitement est considéré comme définitif et l'urgentiste cote son activité. Si la radio, à la consultation, montre un déplacement justifiant d'un traitement chirurgical, il s'agit alors d'une complication et l'orthopédiste peut codifier son ostéo-synthèse puisqu'il traitera la complication.

3.5 LES ATTRIBUTS NON ENCORE DEFINIS

3.5.1 LES MODIFICATEURS

Actuellement, il n'existe que deux modificateurs concernant la bilatéralité. Il faudra être vigilant sur la liste des modificateurs et surtout sur leur condition d'emploi. Ces modificateurs renseigneront les attributs 5 et 6 non encore totalement définis.

3.5.2 LES ASSOCIATIONS D'ACTE

Aucun acte n'est associable avec lui-même sauf les actes concernant les dents et la traumatologie des doigts. Il faut cependant mentionner deux cas particulier de cumul d'actes.

Il s'agit

– des brûlures où il faut choisir l'acte après avoir cumulé les surfaces brûlées en fonction des zones sans tenir compte du degré de la brûlure, qui n'est jamais précisé dans le libellé des actes.

– des sutures où il faut il faut choisir l'acte après avoir cumulé les longueurs de plaies suturées en respectant les notions de profondeur et de localisations.

Tout en respectant les consignes de la CNAM-TS de ne pas associer des actes diagnostics et thérapeutiques lorsque le diagnostic est un préalable à la thérapeutique dans la même intervention, il faudra être vigilant sur les associations d'actes non prévues qui devraient être fréquentes aux urgences (traumatologie). Il est difficile d'en parler dès à présent puisque le codage de l'attribut 7 n'est pas encore totalement défini.

3.6 **LES ACTES NON PREVUS :**

L'exemple le plus typique aujourd'hui est celui de l'échographie. En effet, les actes d'imagerie doivent être codifiés par le praticien ayant réalisé l'acte mais les intitulés présupposent une réalisation complète avec notamment la rédaction du compte-rendu. Si le compte-rendu ne pose pas de problème, la réalisation complète de l'échographie telle qu'elle est définie dans le libellé ne reflète pas la technique réalisée à ce jour par les médecins urgentistes. Et pourtant cette activité existe aux urgences.

4 RECOMMANDATION DE LA SFMU POUR L'EMPLOI DE LA CCAM :

Dans l'attente de

- **trouver une solution avec la CNAM-TS pour les actes techniques posant problème aux urgentistes,**
- **de disposer des actes cliniques (en cours de définition).**

La SFMU recommande de relever toute l'activité réalisée dans les services d'urgences en codant tous les actes techniques complètement réalisés,

- **qu'il aient échoués ou non,**
- **qu'ils représentent ou non la première étape de prise en charge du patient dans l'établissement.**
- **Ce codage doit respecter au mieux la notion d'acte global :**

Ne pas coder les actes diagnostics dépendant directement d'un acte thérapeutique fait aux urgences,

Ne pas coder les actes élémentaires d'un acte global fait aux urgences.

Ainsi, chaque service d'urgences, public ou privé, pourra :

- **disposer de son activité réelle,**
- **évaluer l'activité «perdue» du fait des règles de codage de la CCAM.**

La remontée de ces informations aidera la SFMU :

- **à faire évoluer le thésaurus SFMU de la CCAM,**
- **à argumenter ses demandes de création ou de modification d'actes auprès de la CNAM-TS.**

5 1^{ERE} VERSION DU THESAURUS SFMU BASE SUR LA CCAM 0B

5.1 **METHODOLOGIE DE CONSTRUCTION**

Les thésaurii de Etienne Hinglais (175 libellés) de Jean Philippe Sommereisen (451 libellés) et de Véronique Ledoray (154 libellés) ont été rassemblés en un seul fichier.

On disposait donc d'un thésaurus de 527 actes, présenté dans 3 feuilles d'un fichier Excel :

Acte_Diagnostique les 211 actes correspondant à des actes de diagnostic

Acte_Therap les 315 actes correspondant à des actes thérapeutiques

Libellés les 11 actes associés aux 4 libellés de sous-paragraphe retenus dans l'un des 3 thésaurii fournis.

Dans chaque feuille du fichier Excel, la hiérarchie a été reprise avec le numéro (colonne hierarchie2), le libellé (code_lib), la note d'utilisation (note_utilisation) des chapitres, sous-chapitre, paragraphe, sous-paragraphe. Il est important de les lire car les actes héritent de ces informations.

Les actes sont repérables par la colonne Code remplie. En plus des informations précédentes, ils ont :

✓ Le libellé de la phase (Colonne Phase). En général il n'y a pas d'actes en phase aux urgences.

✓ Le type d'activités définies dans la CCAM. En général, il ne devrait pas y avoir d'activité 2, 3 et 5 aux urgences. L'activité 1 est obligatoire. Elle est décrite dans la colonne Act1. L'activité 4 est facultative. Elle représente toujours une activité d'anesthésie quasi obligatoirement associée à l'activité 1 dans la description de l'acte. Cette information est donnée dans la colonne Act4.

RECOMMANDATION DE LA SFMU POUR L'EMPLOI DE LA CCAM

Les 8 dernières colonnes (Figure 5)

/3	Garder : O oui / N non / P Pb / ?						
	nsp						
Nb	EH	JP	VL	JF	PM	OZ	YL

Figure 5 : dernières colonnes

ne concernent que les actes et sont remplies avec X pour les chapitres, sous-chapitres, paragraphes et sous-paragraphes.

La colonne **Nb** indique le nombre de thésaurii fournis ayant cités cet acte. A titre indicatif, sur les 526 actes : 360 n'ont été cités qu'une fois, 82 ont été cités 2 fois et 84 actes ont été cités dans les 3 thésaurii.

Les 7 dernières colonnes portent les initiales des 7 membres du groupe CCAM. Elles doivent être remplies pour tous les actes en respectant le codage suivant :

- O** Oui tel quel
- P** Problème à discuter ou encore acte se réalisant aux urgences selon les règles de l'art des urgences sans anesthésie loco-régionale ou générale
- N** Non
- ?** Ne sais pas

Il est important de revoir ces actes en gardant à l'esprit :
 ✓ La notion d'acte global
 ✓ La notion d'acte médical exclusivement
 ✓ La notion d'acte réalisé et non prescrit (imagerie, endos, etc...)
 ✓ La notion plus complexe d'acte avec anesthésie quasi obligatoire.

5.2 RESULTATS DU GROUPE CCAM

Les résultats de l'exploitation sont présentés ci-dessous pour chacune des feuilles. Un récapitulatif est donné à la fin.

5.2.1 LES 11 ACTES DE LA FEUILLE LIBELLE

- 4 Actes n'ont pas présenté de problème
- 1 Acte est rejeté à l'unanimité
- 3 Actes sont retenus majoritairement
- 7 Actes ont posé un problème à au moins un des relecteurs
- 5 Acte sont rejetés à l'unanimité des autres relecteurs
- 2 Actes sont retenus à l'unanimité des autres relecteurs

Au total, sur les 11 actes, 5 sont retenus dont 2 devront faire l'objet d'une discussion.

	sans problème Pb = 0%	Pb minoritaire Pb < 50%	Pb majoritaire Pb ≥ 50%	Pb unanime Pb = 100%	Total
Non unanime	139	30	1		170
Non Majoritaire	11	2			13
Egalité	2	2			4
Oui Non	6	4			10
Oui majoritaire	8	4			12
Total	166	42	1	2	211

Tableau 5 : Résultats concernant les actes de la feuille libellé

5.2.2 LES 211 ACTES DE LA FEUILLE DIAGNOSTIC

Au total, si le seuil d'entrée dans le thésaurus est au moins égal à Egalité Oui-Non, 28 Actes sont retenus dont 12 devront faire l'objet d'une discussion.

5.2.3 LES 315 ACTES DE LA FEUILLE THERAPEUTIQUE

Au total, si le seuil d'entrée dans le thésaurus est au moins égal à Egalité Oui-Non, 185 Actes sont retenus dont 41 devront faire l'objet d'une discussion.

	sans problème Pb = 0%	Pb minoritaire Pb < 50%	Pb majoritaire Pb ≥ 50%	Pb unanime Pb = 100%	Total
Non unanime	77	4	12		93
Non Majoritaire	32	5			37
Egalité	10	2	4		16
Oui Non	35	15			50
Oui majoritaire	99	18	1		118
Total	253	44	17	1	315

Tableau 6 : Résultats concernant les actes de la feuille thérapeutique

Au total, le thésaurus SFMU comprendra 218 actes dont 55 devront être discutés. Parmi les actes exclus, 217 le sont de manière unanime et sans discussion. Reste 102 Actes qui ont eu une réponse minoritaire de Oui et/ou posent un problème de discussion.

5.3 PRESENTATION DU THESAURUS SFMU

Le thésaurus SFMU des actes techniques de la CCAM est présenté dans les pages suivantes. Il s'agit d'une première version qui va vraisemblablement évoluer prochainement après discussion des actes posant un problème. Ce thésaurus rassemble les actes les plus fréquemment utilisés aux urgences. Il n'est pas exhaustif. Dans le cas où un acte pratiqué par un urgentiste ne serait pas présent dans ce thésaurus, il appartient au praticien de rechercher cet acte dans l'ensemble de la CCAM. Il est, en effet, capital que tous les services d'urgences recueillent l'intégralité de leur activité.

La présentation du thésaurus SFMU est la même que celle de la CCAM. Chaque chapitre commence à une nouvelle page. Les niveaux hiérarchiques des chapitres, sous-chapitres, paragraphes et sous-paragraphes sont présentés en gras avec leur numéro et leur libellé. La note d'utilisation, quand elle existe, est donnée sous le libellé en italique. Rappelons que tous les actes classés dans un niveau hiérarchique ayant une note d'utilisation héritent de cette dernière.

Les actes proprement dits, c'est-à-dire ce qu'il faudra coder, sont présentés dans un tableau dont l'entête est décrite ci-dessous.

hierarchie	code	libelle	note_utilisation	phase	Act1	Act4	Classant	Pb
------------	------	---------	------------------	-------	------	------	----------	----

Hierarchie rappelle le niveau hiérarchique de classement de l'acte dans la CCAM

code est le code de l'acte décrit. C'est cette valeur, composée de 4 lettres suivies de 3 chiffres, qu'il faudra reporter dans le recueil d'activité

libelle est le libellé complet de l'acte défini dans la CCAM

note_utilisation est une précision sur l'utilisation de cet acte. Cette information est facultative.

phase est la description de la phase de l'acte. Tous les actes retenus dans le thesaurus SFMU sont des actes sans phase : la valeur de phase est donc toujours égale à 0.

Act1 est la description de l'activité codée par la valeur 1. Pour tous les actes retenus dans le thesaurus SFMU, la signification de la valeur 1 est une activité médico-chirurgicale (chir/med)

Act4 Pour tous les actes de la CCAM, une activité codée par la valeur 4 signifie qu'il s'agit d'une activité d'anesthésie associée de manière quasi-obligatoire au même acte avec une activité codée 1. Seuls les actes du thesaurus SFMU ayant une activité d'anesthésie définie dans la CCAM ont cette colonne remplie. Le caractère quasi-obligatoire fera l'objet d'une discussion particulière.

Classant Cette information décrite dans la CCAM est notée Y quand elle existe. Ce la signifie que le codage de cet acte intervient dans le groupage d'un séjour en GHM dans le PMSI MCO.

Pb Cette information n'existe que dans le thesaurus SFMU. Elle indique à l'utilisateur du thesaurus que cet acte a été retenu dans cette première version mais doit faire l'objet d'une discussion pour être maintenu en l'état dans les futures versions du thesaurus SFMU. Lorsque l'acte décrit doit être discuté, on trouve la valeur Pb dans cette colonne.

6 CONCLUSION

Le relevé de l'activité d'un service et la tarification des actes, sont des données économiques essentielles dans l'attribution des moyens. Bien que ces deux aspects (activité et tarification) représentent des réalités différentes du travail des urgentistes, la CCAM est en phase de devenir l'outil unique de recueil des actes.

L'absence actuelle d'actes cliniques et les règles actuelles de codification de la CCAM ne permettent pas de refléter fidèlement l'activité des médecins urgentistes.

Malgré tout, devant la volonté des pouvoirs publics de faire évoluer la CCAM, la Société Francophone de Médecine d'Urgences s'associe à cette démarche et souhaite :

- aider les médecins urgentistes par des thésaurus ciblés pour les urgences au fur et à mesure des versions données par la CNAM.
- être à l'écoute des problèmes rencontrés dans la pratique quotidienne afin de peser sur l'évolution de la CCAM.

Nous espérons que ce premier document de travail vous aidera dans la mise en place de ce nouvel outil qui se fera de manière concomitante avec les anciens outils, que sont la NGAP et le CDAM.