CONGRÈS TEL AVIV · ISRAËL

Programme **centre de santé et ORL**

DESTINATION	Tel Aviv, Israël
DATES	Du 19 au 31 décembre 2026

PROGRAMME COMPLET ET DÉTAILLÉ SUR 9 JOURS

63 heures

Public visé

- Médecins spécialistes en ORL et CCF, chirurgiens de la face et du cou
- Directeurs médicaux de centres de santé pluridisciplinaires
- Phoniatres
- Assistants médicaux spécialisés en ORL

Durée totale

9 jours consécutifs ou fractionnés en cycles (**63 heures d'enseignements théoriques, ateliers pratiques et EPP**).

Prérequis

Titulaire du Diplôme d'État de Docteur en médecine et du DES ou équivalent européen en Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale.

JOUR 1

Explorations audiométriques, prise en charge de la surdité et panier 100 % Santé

Objectifs pédagogiques

- Structurer un plateau technique d'explorations audiométriques conforme aux normes de cabine insonorisée.
- Réaliser et interpréter l'audiométrie haute résolution (tonale, vocale dans le silence et dans le bruit) et les impédancemétries.
- Maîtriser le cadre médico-légal et économique du reste à charge zéro (100 % Santé) en audioprothèse.

Contenu détaillé des enseignements

1. Le plateau d'audiologie ambulatoire moderne

Normes environnementales et matérielles :

- Critères d'insonorisation des cabines (norme ISO 8253-1).
- Calibrage périodique annuel des audiomètres et casques transducteurs.

Audiométrie tonale et vocale :

- Audiométrie tonale liminaire par conduction aérienne et osseuse : gestion du masquage (règle du plateau, méthode de Hood).
- Audiométrie vocale : détermination du seuil d'intelligibilité, seuil de discrimination maximale et seuil d'inconfort.
- Audiométrie dans le bruit (tests type VRB, Matrix) pour évaluer la gêne fonctionnelle réelle en milieu bruyant.

2. Impédancemétrie et explorations objectives

Tympanométrie et réflexométrie stapédienne :

- Typologie des tympanogrammes (courbes A, B, C de Jerger) et diagnostic des dysfonctions tubaires.
- Analyse des réflexes stapédiens : atteinte neurosensorielle versus transmission, phénomène de recrutement (Metz), fatigue du réflexe stapédien (signe d'atteinte rétrocochléaire).

Explorations électrophysiologiques en centre de santé :

- Potentiels évoqués auditifs précoces (PEAP) : seuils électrophysiologiques, recherche de neurinome de l'acoustique (latence des ondes I à V).

- Otoémissions acoustiques provoquées (OEAP) : dépistage pédiatrique et surveillance des médicaments ototoxiques.

3. Cadre réglementaire de la prescription d'audioprothèses

La réforme 100 % Santé en audiologie :

- Cahier des charges de la prescription médicale initiale par l'ORL (bilan audiométrique complet obligatoire).
- Distinctions de cotation et de remboursement : appareils de classe I (panier sans reste à charge, plafonnement tarifaire) versus appareils de classe II (honoraires libres).

Coordination pluriprofessionnelle médecin ORL / audioprothésiste :

- Transmission des données audiométriques et prescription des adaptations techniques.
- Visites de suivi, contrôle à 3 et 6 mois de l'efficacité prothétique et vérification du gain prothétique (audiométrie vocale prothésée).
- Indications d'orientation vers les centres d'implantation cochléaire : échec d'un appareillage conventionnel bien conduit.

Ateliers et cas pratiques

- **Cas pratique n° 1 :** Interprétation comparative de 10 tracés audiométriques complexes (otospongiose débutante, presbyacousie asymétrique, surdité professionnelle indemnisable selon le tableau n° 42 du Régime général).
- **Atelier pratique :** Rédaction d'un compte-rendu audiométrique normalisé et ordonnance type 100 % Santé sécurisée contre les rejets de prise en charge par les caisses.

JOUR 2

Otologie clinique, otites chroniques et urgences otologiques

Objectifs pédagogiques

- Maîtriser l'examen sous microscope optique et oto-endoscopie rigide au fauteuil.
- Standardiser les protocoles de prise en charge des otites moyennes aiguës (OMA) et otites séromuqueuses (OSM) chez l'enfant et l'adulte.
- Sécuriser la prise en charge diagnostique et thérapeutique des urgences otologiques (surdité brusque, otite externe nécrosante).

Contenu détaillé des enseignements

1. Examen otologique avancé et sémiologie endoscopique

Instrumentation moderne au fauteuil :

- Oto-endoscopie optique 0° et 30° haute définition versus microscope opératoire de consultation : intérêts respectifs pour la cartographie des lésions tympaniques.
- Technique de micro-aspiration du conduit auditif externe sous contrôle visuel : matériel, réglages des débits d'aspiration, précautions chez l'enfant et le patient agité.

Sémiologie de la membrane tympanique :

- Perforations tympaniques simples : localisation, taille, statut de la chaîne ossiculaire sous-jacente.
- Poches de rétraction : classification de Charachon / Sadé, critères de stabilité versus poches non contrôlables non autonettoyantes.
- Cholestéatome : diagnostic précoce au stade de poche de rétraction atticale avec desquamation kératinique.

2. Pathologie infectieuse et inflammatoire de l'oreille moyenne

Otites chroniques non cholestéatomateuses :

- Otite séromuqueuse de l'enfant : indications formelles de pose d'aérateurs transtympaniques (yoyos, T-tubes) selon les recommandations HAS.
- Otite atélectasique : surveillance endoscopique, tubomanométrie et kinésithérapie tubaire.

Otites externes complexes et sévères :

- Otite externe aiguë banale : abus des antibiotiques par voie générale versus traitement local exclusif.
- Otite externe maligne ou nécrosante chez le diabétique ou le patient immunodéprimé : diagnostic microbiologique (Pseudomonas aeruginosa), imagerie par scanner des rochers et scintigraphie au Gallium 67 / TEP, antibiothérapie prolongée ciblée.

3. Urgences otologiques en pratique de consultation

La surdité brusque neurosensorielle :

- Définition audiométrique : perte >= 30 dB sur au moins 3 fréquences consécutives en moins de 72 heures.
- Prise en charge urgente : corticothérapie générale à forte dose précoce, place des injections intratympaniques de corticoïdes en rattrapage, réalisation d'une IRM de l'angle ponto-cérébelleux à visée étiologique.

Traumatismes de l'oreille :

- Barotraumatisme en plongée ou aviation : classification de Teed, prise en charge médicale.
- Perforation tympanique traumatique (coton-tige, gifle) : conduite à tenir, contre-indication absolue des gouttes auriculaires ototoxiques.

Ateliers et cas pratiques

- **Revue iconographique d'oto-endoscopie :** Diagnostic différentiel sur 30 vidéos courtes tympaniques (myringite bulleuse, glomus tympanique, perforation marginale, cholestéatome congénital).
- **Mise en situation d'urgence :** Protocole pas à pas pour la réalisation d'une paracentèse d'urgence et pose d'un drain transtympanique en consultation ambulatoire sous anesthésie locale.

JOUR 3

Rhinologie médicale, endoscopie nasale et exploration des sinusites chroniques

Objectifs pédagogiques

- Réaliser une nasofibroscopie et un examen par optiques rigides selon les recommandations de la Société Française d'ORL (SFORL).
- Conduire la démarche diagnostique et thérapeutique des rhinosinusites chroniques avec ou sans polypes selon les critères EPOS (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps).
- Maîtriser l'interprétation du scanner du massif facial et repérer les variantes anatomiques à risque chirurgical.

Contenu détaillé des enseignements

1. Examen endoscopique des fosses nasales

Protocoles d'endoscopie nasale :

- Choix de l'instrumentation : nasofibroscopes souples pédiatriques/adultes avec canal opérateur, optiques rigides 0°, 30°, 45°.
- Préparation du patient : utilisation des topiques anesthésiants et décongestionnants (indications, contre-indications cardiovasculaires).
- Examen méthodique des trois méats : méat inférieur, méat moyen (complexe ostio-méatal), fente olfactive et récessus sphéno-ethmoïdal.

Hygiène et désinfection des endoscopes sans canal :

- Respect de la réglementation DGS pour les dispositifs médicaux semi-critiques : méthode des lingettes à trois étapes versus systèmes de désinfection automatisée par UV-C ou immersion chimique. Traçabilité informatique obligatoire par patient.

2. Rhinosinusites chroniques et polypose naso-sinusienne (PNS)

Classification et phénotypage selon EPOS :

- Rhinosinusites chroniques primitives bilatérales : type 2 (éosinophilique, PNS, maladie de Widal) versus non-type 2.
- Rhinosinusites chroniques unilatérales : recherche impérative d'une aspergillome, d'un papillome inversé ou d'une cause dentaire (sinusite maxillaire d'origine dentaire, sur-obturation canalaire).

Bilan radiologique : le scanner des cavités naso-sinusiennes :

- Lecture systématique en fenêtres osseuses et parenchymateuses dans les 3 plans de l'espace.
- Score scanographique de Lund-Mackay.
- Identification des repères anatomiques à risque : déhiscence de la lame papyracée, hauteur de la lame criblée (classification de Keros), proximité des artères éthmoïdales antérieures et des nerfs optiques (cellules d'Onodi).

3. Thérapeutique médicale de la rhinosinusite chronique

Lavage des fosses nasales à grand volume :

- Modalités, formulation des solutés salins (isotoniques/hypertoniques), volume et pression d'instillation.

Corticothérapie locale et systémique :

- Choix des molécules à faible biodisponibilité systémique pour administration prolongée.
- Limitation des cures courtes de corticoïdes par voie orale : prévention des effets délétères métaboliques et osseux.

Ateliers et cas pratiques

- **Atelier d'imagerie sinusienne :** Analyse de scanners pré-thérapeutiques : détection des pièges anatomiques, diagnostic étiologique d'opacités sinusiennes unilatérales suspectes.
- **Cas pratique :** Conduite à tenir devant une perte brutale de l'odorat : arbre diagnostique entre cause virale, sinusienne et neurologique centrale, démarche de rééducation olfactive.

JOUR 4

Biothérapies en rhinologie, allergologie respiratoire et épistaxis

Objectifs pédagogiques

- Prescrire, initier et surveiller les biothérapies ciblées dans la polypose naso-sinusienne sévère réfractaire.
- Intégrer le bilan allergologique ORL de première ligne et la désensibilisation (immunothérapie allergénique).
- Prendre en charge les épistaxis antérieures et postérieures de façon graduée en ambulatoire.

Contenu détaillé des enseignements

1. Biothérapies et molécules ciblées dans la polypose sévère

Les anticorps monoclonaux validés dans la PNS (Dupilumab, Omalizumab, Mépolizumab) :

- Mécanismes d'action : inhibition de la voie de signalisation IL-4/IL-13, anti-IgE, anti-IL-5.
- Critères d'éligibilité selon l'HAS et les consensus internationaux : persistance de symptômes invalidants (score SNOT-22, score endoscopique de polypose NPS, anosmie) malgré une corticothérapie bien conduite et au moins une chirurgie d'ethmoïdectomie, ou contre-indication chirurgicale.

Parcours de prescription et suivi en centre de santé :

- Règles de primo-prescription hospitalière et renouvellement en consultation de ville/centre de santé.
- Évaluation de la réponse thérapeutique à 6 mois et 1 an (recommandations EUFOREA) : critères de poursuite, de switch ou d'arrêt.
- Gestion du risque médicamenteux et éducation thérapeutique du patient à l'auto-injection sous-cutanée.

2. Allergologie respiratoire pratique pour l'ORL

Rhinite allergique perannuelle et saisonnière :

- Démarche diagnostique : interrogatoire environnemental minutieux, place des prick-tests cutanés et des dosages des IgE spécifiques sériques.
- Diagnostic différentiel avec les rhinites non allergiques (rhinite vasomotrice, rhinite médicamenteuse, rhinite sénile).

Immunothérapie spécifique (ITA) :

- Voie sublinguale (gouttes ou comprimés) : indications, calendrier d'initiation et de maintien sur 3 ans, gestion des effets indésirables locaux et de l'anaphylaxie.

3. Prise en charge graduée des épistaxis

Diagnostic étiologique et bilan d'hémostase :

- Facteurs locaux (tache vasculaire de Kiesselbach, traumatisme) versus généraux (crise hypertensive, surdosage en AVK/AOD, maladie de Rendu-Osler).

Gestes techniques d'hémostase en consultation :

- Cautérisation chimique (nitrate d'argent) et électrique (pince bipolaire sous contrôle endoscopique) de la tache vasculaire.
- Tamponnement antérieur : mèches résorbables (hémostatiques) versus non résorbables (éponges PVA type Merocel, mèches grasses).
- Tamponnement antéro-postérieur en urgence : sondes à double ballonnet hémostatique gonflable. Critères d'hospitalisation immédiate et de recours à la radiologie interventionnelle (embolisation artérielle) ou chirurgicale (ligature sous endoscopie de l'artère sphénopalatine).

Ateliers et cas pratiques

- **Atelier pratique de simulation :** Pose de différents types de mèches hémostatiques et de ballonnets gonflables sur mannequin d'apprentissage ORL.
- **Étude de cas complexe :** Montage d'un dossier de demande d'accès précoce ou d'initiation de biothérapie pour un patient atteint de triade de Widal avec récidive polypoïde précoce.

JOUR 5

Laryngologie, bilan stroboscopique de la voix et dysphonies

Objectifs pédagogiques

- Conduire un examen complet de l'appareil phonatoire par nasofibroscopie et vidéostroboscopie laryngée.
- Différencier les lésions bénignes des lésions suspectes ou dysplasiques des cordes vocales.
- Établir un projet thérapeutique combinant rééducation orthophonique, phonochirurgie et hygiène vocale.

Contenu détaillé des enseignements

1. Examen stroboscopique du larynx

Principes physiques de la stroboscopie :

- Illumination par flashs synchronisés sur la fréquence fondamentale (F0) : reconstruction optique du cycle vibratoire ralenti.
- Analyse de l'onde muqueuse, de l'amplitude vibratoire, de la fermeture glottique (incomplète, en fuseau, en sablier) et de la régularité du cycle.

Protocole d'examen fonctionnel de la voix :

- Mesure du temps maximal de phonation (TMP), du rapport voisé/non voisé, et détermination du score Voice Handicap Index (VHI-30 ou VHI-10).
- Enregistrement acoustique : jitter, shimmer et analyse spectrographique de base.

2. Sémiologie des dysphonies et lésions des cordes vocales

Lésions bénignes acquises liées au forçage vocal :

- Nodules des cordes vocales (lésions bilatérales au tiers antérieur/deux tiers postérieurs) : primauté absolue de la rééducation vocale.
- Polypes des cordes vocales : indication de microchirurgie laryngée en suspension sous microscope.
- Œdème de Reinke : corrélation étroite avec le tabagisme et l'abus vocal, stratégie d'arrêt du tabac avant tout geste chirurgical.

- Kystes épidermiques et sulcus glottidis : pièges diagnostiques et difficultés thérapeutiques.

Reflux laryngo-pharyngé (RLP) :

- Manifestations cliniques non spécifiques : raclement de gorge chronique (throat clearing), sensation de corps étranger (globe pharyngé), toux sèche post-prandiale.
- Signes laryngoscopiques (score RFS de Belafsky) : érythème et œdème des aryténoïdes, pachydermie inter-aryténoïdienne.
- Traitement d'épreuve : mesures hygiéno-diététiques associées aux inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) à double dose et alginates.

3. Paralysies laryngées et immobilités laryngées

Diagnostic étiologique d'une paralysie unilatérale en adduction ou abduction :

- Bilan d'extension systématique le long du trajet du nerf vague et du nerf récurrent (du trou déchiré postérieur au médiastin) : TDM cervico-thoracique et IRM cérébrale/base du crâne.
- Étiologies principales : chirurgie thyroïdienne ou thoracique, tumeurs œsophagiennes, pulmonaires ou médiastinales, formes idiopathiques/virales.

Prise en charge de la compétence sphinctérienne :

- Rééducation phoniatrique précoce pour prévenir les fausses routes.
- Indications d'injection de comblement de la corde vocale (graisse autologue, acide hyaluronique) en cabinet ou sous anesthésie générale.

Ateliers et cas pratiques

- **Session vidéo-phoniatrie :** Analyse interactive de 20 enregistrements stroboscopiques laryngés : repérage des zones rigides évocatrices de carcinome micro-invasif.
- **Cas pratique de prescription :** Rédaction d'un bilan orthophonique phoniatrique détaillé avec transmission des critères quantitatifs d'évaluation fonctionnelle.

JOUR 6

Dégénérescences muqueuses, oncologie des VADS et adénopathies cervicales

Objectifs pédagogiques

- Identifier les lésions précancéreuses des muqueuses aérodigestives supérieures (leucoplasies, érythroplasies).
- Maîtriser le bilan d'extension clinique et paraclinique des carcinomes épidermoïdes des voies aérodigestives supérieures (VADS).

- Conduire la démarche diagnostique face à une tuméfaction ou adénopathie cervicale de l'adulte.

Contenu détaillé des enseignements

1. Lésions pré-néoplasiques et dépistage des cancers des VADS

Lésions muqueuses à risque :

- Leucoplasies, érythroplasies et kératoses des cordes vocales et de la cavité buccale : classification de l'OMS des dysplasies (légère, modérée, sévère, carcinome in situ).
- Facteurs de risque synergiques majeurs : intoxication alcoolo-tabagique chronique.

L'entité des cancers oropharyngés viro-induits (HPV-induits) :

- Profil épidémiologique particulier : patients plus jeunes, sans intoxication alcoolo-tabagique majeure.
- Localisation préférentielle : amygdales palatines et base de langue.
- Recherche systématique du statut p16 par immunohistochimie et de l'ADN-HPV sur les biopsies : pronostic plus favorable et désescalade thérapeutique à l'étude.

2. Bilan diagnostique initial et parcours de soins du cancer ORL

Examen clinique complet et cartographie tumorale :

- Inspection et palpation endobuccale méticuleuse (plancher de bouche, base de langue, amygdales).
- Examen sous optique rigide et nasofibroscope du pharyngo-larynx.
- Schéma daté et orienté de l'extension tumorale selon la classification TNM (dernière édition en vigueur).

Prescription rationnelle de l'imagerie d'extension :

- TDM cervico-thoracique injecté : appréciation de l'envahissement cartilagineux, osseux et adénomégalique, recherche de localisations pulmonaires synchrones.
- IRM cervico-faciale : gold standard pour l'évaluation de la base de la langue, de la cavité buccale et de l'espace parapharyngé.
- TEP-scanner au 18F-FDG : bilan initial dans les stades avancés et recherche de primitif occulte face à une adénopathie cervicale métastatique isolée.

3. Démarche diagnostique devant une adénopathie cervicale

Stratégie non invasive d'abord :

- Règle absolue : toute adénopathie cervicale persistante de plus de 3 semaines chez un adulte de plus de 40 ans est un cancer jusqu'à preuve du contraire.
- Échographie cervicale haute résolution : critères de malignité (forme arrondie, perte du hile graisseux, néovascularisation anarchique, nécrose centrale).
- Cytoponction à l'aiguille fine (FNA) sous guidage échographique : spécificité diagnostique, examen cyto-pathologique et recherche d'HPV.

Contre-indication formelle de l'adénectomie première non planifiée :

- Risque de rupture capsulaire, de récidive locale et de perturbation du curage ganglionnaire carcinologique ultérieur.

Ateliers et cas pratiques

- **Staff oncologique simulé :** Présentation de 3 dossiers cliniques réels et proposition d'une stratégie thérapeutique conforme aux référentiels pour passage en RCP.
- **Cas médico-légal :** Retard de diagnostic d'une tumeur de la base de langue masquée par une otalgie réflexe unilatérale : analyse des points d'alerte manqués.

JOUR 7

Équilibrométrie clinique, explorations vestibulaires et vertiges

Objectifs pédagogiques

- Réaliser l'examen cochléo-vestibulaire complet au fauteuil en s'appuyant sur la méthode HINTS (Head-Impulse, Nystagmus, Test of Skew).
- Diagnostiquer et traiter immédiatement le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) des différents canaux semicirculaires.
- Maîtriser l'indication et l'interprétation de la vidéonystagmographie (VNG) et du Video Head Impulse Test (vHIT).

Contenu détaillé des enseignements

1. L'examen vestibulaire clinique au fauteuil

Analyse sémiologique du nystagmus spontané :

- Caractéristiques d'un nystagmus périphérique : unidirectionnel, horizontal ou rotatoire, battant vers l'oreille saine, inhibé par la fixation oculaire.
- Caractéristiques d'un nystagmus central : multidirectionnel, vertical pur (up-beat ou down-beat), torsionnel pur, non inhibé par la fixation.
- Utilisation systématique des lunettes de Frenzel ou du masque de vidéonystagmoscopie pour supprimer la fixation visuelle.

Le protocole HINTS dans les syndromes vestibulaires aigus :

- Différenciation en urgence d'une névrite vestibulaire et d'un accident vasculaire cérébelleux (AVC fosse postérieure / syndrome de Wallenberg) :
  - **Head Impulse Test (test de Halmagyi) :** anormal dans les atteintes périphériques (saccade de rattrapage), normal dans les atteintes centrales.

- **Nystagmus :** unidirectionnel (périphérique) versus changeant de direction selon le regard (central).
- **Test of Skew :** déviation verticale oblique des yeux par dissociation oculaire au cover-test (central).

2. Vertiges positionnels paroxystiques bénins (VPPB)

Physiopathologie de la lithiase canalaire (canalolithiase versus cupulolithiase) :

- Déplacement des otoconies décollées des macules utriculaires dans l'endolymphe des canaux semi-circulaires.

Manœuvres diagnostiques et libératrices spécifiques :

- Atteinte du canal postérieur (90 % des cas) : manœuvre de Dix-Hallpike déclenchant un nystagmus vertical supérieur et torsionnel géotropique épuisable avec vertige rotatoire intense. Traitement immédiat par manœuvre de libération de Sémont ou d'Epley.
- Atteinte du canal latéral (horizontal) : test de rotation de la tête en décubitus dorsal (roll test), distinction entre forme géotropique et agéotropique. Manœuvre de Lempert (manœuvre du barbecue) ou de Gufoni.
- Recommandations post-manœuvres actualisées : inutilité des restrictions posturales strictes prolongées.

3. Grands syndromes vestibulaires chroniques ou récurrents

Maladie de Menière :

- Définition diagnostique internationale (critères Barany Society) : crises vertigineuses récurrentes de 20 minutes à 12 heures, surdité fluctuante documentée en basse et moyenne fréquences, acouphènes et plénitude d'oreille homolatérale.
- Stratégie médicale : mesures diététiques (restriction sodée modérée), bétahistine, diurétiques. Injections intratympaniques de corticoïdes ou de gentamicine en cas de formes réfractaires invalidantes.

Migraine vestibulaire :

- Première cause de vertige récurrent de l'adulte jeune : critères diagnostiques, terrain migraineux personnel ou familial, absence de dégradation auditive irréversible, traitement par antimigraineux de fond.

Ateliers et cas pratiques

- **Atelier pratique sur table d'examen :** Réalisation chronométrée et guidée des manœuvres de Dix-Hallpike bilatérales et exécution correcte des manœuvres libératrices d'Epley et Sémont.
- **Interprétation de tracés instrumentaux :** Analyse de résultats de VHIT (déficits canalaires sélectifs avec saccades ouvertes ou couvertes) et d'épreuves caloriques VNG (hyporéflectivité vestibulaire unilatérale chiffrée selon la formule de Jongkees).

JOUR 8

Sommeil obstructif (SAHOS), ronflement et dysphagie de l'adulte

Objectifs pédagogiques

- Évaluer l'obstruction des voies aériennes supérieures dans le cadre du SAHOS et réaliser le bilan anatomique pré-thérapeutique.
- Intégrer les indications des orthèses d'avancée mandibulaire (OAM) et des chirurgies vélo-pharyngées et linguales.
- Réaliser l'évaluation endoscopique standardisée de la déglutition (FEES) au fauteuil.

Contenu détaillé des enseignements

1. L'ORL face au SAHOS et au ronflement chronique

Bilan fonctionnel et questionnaire standardisé :

- Calcul de l'échelle de somnolence d'Epworth, évaluation du risque cardiovasculaire et métabolique.
- Prescription et interprétation d'une polygraphie ventilatoire nocturne ambulatoire (critères de l'indice d'apnées-hypopnées - IAH, désaturations transitoires en oxygène).

Examen anatomique statique et dynamique des VAS :

- Score de Friedman (position du voile du palais, taille amygdalienne, IMC) et score de Mallampati modifié.
- Endoscopie avec manœuvre de Müller : repérage du niveau de collapsus pharyngé (rétro-vélaire, rétro-lingual, circonférentiel ou antéro-postérieur).
- Principes et indications de la DISE (Drug-Induced Sleep Endoscopy ou somno-endoscopie) en milieu hospitalier de jour avant chirurgie ou pose d'OAM.

2. Thérapeutiques médico-chirurgicales du SAHOS

Pression positive continue (PPC) :

- Place du traitement de référence dans les SAHOS sévères (IAH <= 30). Rôle de l'ORL dans le traitement des effets secondaires locaux (rhinite sèche, congestion nasale réactive, fuites d'air).

Orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) :

- Cahier des charges de la prescription de l'OAM sur mesure validée par l'assurance maladie dans le SAHOS modéré ou en alternative à la PPC.
- Examen préalable de l'articulé dentaire et de l'état parodontal, coordination avec le chirurgien-dentiste qualifié.

Chirurgies d'élargissement et de stabilisation des VAS :

- Septoplastie et turbinoplastie inférieure sous guidage endoscopique pour lever l'obstacle nasal.
- Pharyngoplasties d'expansion latérale et amygdalectomie chez l'adulte à pharynx étroit.

3. Bilan endoscopique des troubles de la déglutition (FEES)

Protocole FEES (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing) :

- Matériel nécessaire, installation sécurisée du patient assis droit.
- Évaluation de la motricité vélopalatine, pharyngée et laryngée au repos et à la toux réflexe/volontaire.

Épreuves de déglutition colorée :

- Administration graduée de différentes textures : liquide épaissi, solide, liquide clair teinté au bleu de méthylène.
- Recherche méthodique des stases alimentaires dans les sinus piriformes ou les vallécules, pénétrations laryngées transitoires et aspirations trachéales silencieuses (sans réflexe de toux).
- Définition d'adaptations posturales thérapeutiques (flexion antérieure de la tête, rotation de tête du côté lésé).

Ateliers et cas pratiques

- **Revue critique de vidéos FEES :** Évaluation du score de pénétration/aspiration de Rosenbek sur 10 enregistrements d'endoscopies de déglutition.
- **Cas clinique d'optimisation d'adhésion à la PPC :** Prise en charge d'un échec de PPC par déviation septale majeure et hypertrophie turbinale : chronologie des gestes chirurgicaux et surveillance.

JOUR 9

Organisation du plateau technique ORL en centre de santé, cotation CCAM et synthèse

Objectifs pédagogiques

- Sécuriser la gestion de l'instrumentation ORL et la conformité aux guides de stérilisation et de matériovigilance.
- Maîtriser la cotation des actes techniques et associations de modificateurs CCAM spécifiques à l'exercice d'ORL salarié.
- Valider l'acquisition des compétences sur l'ensemble du cycle de 9 jours par une évaluation terminale.

Contenu détaillé des enseignements

1. Organisation du plateau technique, hygiène et matériovigilance

Circuit des endoscopes ORL en structure pluridisciplinaire :

- Traçabilité informatisée obligatoire de la désinfection des nasofibroscopes : association de la fiche de désinfection nominative au dossier patient.
- Stockage vertical en armoire ventilée ou utilisation de gaines stériles de protection à usage unique : contraintes économiques et réglementaires.

Maintenance des instruments rotatifs et d'aspiration :

- Contrôle des générateurs de radiofréquence, des moteurs de micro-débridation et des générateurs à ultrasons.
- Élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) et traçabilité des bordereaux d'enlèvement.

2. Nomenclature et cotation des actes ORL (CCAM)

Règles d'association des actes de consultation et d'endoscopie :

- Facturation d'une endoscopie des voies aérodigestives supérieures (GLAP001) et conditions de cumul avec l'examen clinique de consultation.
- Cotation des bilans audiométriques complets (CDQP002, CDQP008) et impédancemétrie (CDQP012).
- Gestes de microchirurgie cutanée cervico-faciale : biopsies cutanées, exérèse de lésions de la face avec lambeau local de fermeture (plasties locales).

Prévention des rejets de télétransmission CPAM et mutuelles :

- Respect des règles d'incompatibilité d'actes le même jour sur le même site anatomique.
- Justification médicale requise dans le dossier informatisé en cas de contrôle d'activité par le service médical des caisses.

3. Synthèse opérationnelle et plan d'action d'exercice

Structuration du réseau territorial du centre de santé :

- Mise en place de protocoles de délégation de tâches avec les infirmiers d'exercice avancé (IPA) ou assistants médicaux (réalisation des audiométries de dépistage, lavage d'oreilles simples).
- Référencement auprès de la CPTS pour la prise en charge des soins non programmés (urgences ORL du territoire régulées par le SAS).

RÉCAPITULATIF PÉDAGOGIQUE DES 9 JOURS DE FORMATION ORL

Jour — Thématique clinique et technique — Modalité pédagogique dominante — Outil pratique remis

Jour 1 — Audiométrie, surdité & Panier 100 % Santé — Travaux pratiques sur audiomètre — Trame type de prescription d'audioprothèse

Jour 2 — Otologie, microscopie & Urgences otologiques — Analyse vidéo-endoscopique — Arbre décisionnel de la surdité brusque

Jour 3 — Rhinologie, endoscopie nasale & Sinusites EPOS — Analyse de scanners des sinus — Grille de

lecture tomodensitométrique des sinus

Jour 4 — Biothérapies PNS, allergologie & Épistaxis — Simulation sur mannequin — Protocole d'hémostase par méchage/ballonnet

Jour 5 — Stroboscopie laryngée, voix & Dysphonies — Ateliers d'analyse de stroboscopies — Score VHI informatisé et trame de bilan

Jour 6 — Cancérologie VADS & Adénopathies cervicales — Étude de cas / dossiers oncologiques — Fiche RCP ORL standardisée et classification TNM

Jour 7 — Vestibule, vertiges, VPPB & HINTS — Mise en situation clinique — Logigramme HINTS et manœuvres d'Epley/Sémont

Jour 8 — SAHOS, orthèses, chirurgie & FEES — Lecture de polygraphies ventilatoires — Échelle FEES et protocole de déglutition colorée

Jour 9 — Hygiène endoscopes, cotation CCAM & Bilan — Exercices de cotation et synthèse — Guide de cotation CCAM ORL en centre de santé

Une question sur ce programme ?

Contactez l'équipe AFRPL au 01 87 66 02 80 ou à contact@afrpl.com. Programme susceptible d'ajustements ; la version à jour est disponible dans votre espace.