



Année 2022

Thèse N° 194/22

ACTUALISATION DE LA NOMENCLATURE GÉNÉRALE DES ACTES PROFESSIONNELS EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11/05/2022

PAR

Mme. ZINEB BELMEJDOUB

Née le 15 Juillet 1996 à Meknès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Nomenclature- ORL- Classifications-Codes d'actes- Actualisation-Progrès

JURY

- | | |
|---|-----------------------|
| M. KHATOUF MOHAMMED | PRÉSIDENT |
| Professeur d'anesthésie réanimation | |
| M. OUDIDI ABDELLATIF | RAPPORTEUR |
| Professeur d'oto-rhino-laryngologie | |
| M. TOUIHEME NABIL | JUGES |
| Professeur agrégé d'oto-rhino-laryngologie | |
| M. MOUNIR HMIDI | MEMBRE ASSOCIÉ |
| Professeur assistant d'oto-rhino-laryngologie | |

PLAN

INTRODUCTION	4
DEFINITIONS	7
I. La nomenclature médicale	8
II. La Nomenclature générale des actes professionnels.....	8
III. Classification commune des actes médicaux.....	9
IV. Acte médical	11
HISTORIQUE ET REGLES DE LECTURE.....	12
I. Décrets du Ministère de la Santé relatifs à la codification des actes	13
II. Règles de lecture.....	15
1. Lettre clé :.....	15
2. Le coefficient.....	17
LES MODES DE REMUNERATION DU MEDECIN AU MAROC.....	18
I. Paiement à l'acte	19
1. Avantages	20
2. Inconvénients.....	20
3. Intérêt du paiement à l'acte	22
II. Le salariat	23
III. Les forfaits	24
OTO–RHINO–LARYNGOLOGIE, UNE SPECIALITE EN PLEIN ESSOR.....	25
1. Investigations.....	27
2. Oreille externe	27
3. Oreille moyenne	28
4. Nerf facial	28
5. Nez	28
6. Sinus.....	29
7. Actes portant sur la face.....	30
8. Lèvres	30
9. Langue.....	31
10. Plancher de la bouche.....	31
11. Pharynx.....	31
12. Glandes salivaires	31

13. Traitement de tumeurs diverses.....	32
DISCUSSION.....	33
I. Intérêt de la révision de la nomenclature générale des actes professionnels	34
II. Analyse des actes en Oto-Rhino-Laryngologie	36
1. La consultation Oto-rhino-laryngologique	36
2. Les investigations en Oto-Rhino-Laryngologie.....	37
a. Les actes manquants	37
b. Les actes dépassés	39
c. Les actes critiquables	40
3. Les actes portant sur l'oreille externe et l'oreille moyenne	41
a. Les actes manquants	41
b. Les actes critiquables	44
4. Actes portant sur le nez et les sinus	46
a. Les actes manquants	46
b. Les actes dépassés	49
c. Les actes critiquables	49
5. Actes portant sur l'oropharynx	51
a. Actes manquants	51
b. Les actes critiquables	52
6. Actes portant sur les glandes salivaires	57
a. Les actes manquants	57
b. Les actes critiquables	57
7. Actes portant sur la langue et les lèvres	58
a. Les actes manquants	58
b. Les actes critiquables	59
8. Actes portant sur le larynx et la glande thyroïde	59
a. Les actes manquants	59
b. Les actes critiquables	60
CONCLUSION.....	62
RESUMES	64
BIBLIOGRAPHIE.....	70

INTRODUCTION

La nomenclature médicale (1) est la liste de l'ensemble des actes médicaux que peuvent effectuer les professionnels de santé avec l'indication de leur valeur respective. Elle permet le remboursement des soins dispensés par les praticiens aux assurés sociaux.

Au Maroc, la nomenclature médicale est représentée principalement par la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

Les nomenclatures des actes professionnels constituent un pilier fondamental de régulation et de maîtrise des dépenses et demeurent essentiels pour la réalisation des tarifs et l'instauration d'un système d'information efficient. Les nomenclatures en vigueur demeurent vétustes et incomplètes et le processus d'admission et d'assimilation des actes dans le cadre de la nomenclature générale des actes professionnels et la nomenclature des actes de biologie médicale est très lent (uniquement 13 actes de soins dentaire, 22 actes chirurgicales et 134 acte de biologie médicale qui ont fait l'objet d'assimilation par la commission nationale de nomenclature en 2018), ce qui a entraîné des difficultés dans la gestion de la tarification notamment le refus de la prise en charge et le remboursement des assurés. (2)

En Oto-rhino-laryngologie (ORL), la NGAP code pour les interventions chirurgicales et les actes d'exploration réalisés par les spécialistes ainsi que les gestes ambulatoires. Cependant, l' oto-rhino-laryngologie étant une spécialité en continuel essor et développement, englobant des pathologies hétéroclites intéressant plusieurs appareils, le larynx, les oreilles, le nez, la bouche et le pharynx ect, la nomenclature en vigueur s'en trouve obsolète.

Une critique, analyse et révision des codes d'actes en ORL s'impose et ce a travers la revue des bases de codification en médecine, la mise à jour de certains actes dépassés, la suppression des actes abandonnés et le rajout des dernières technologies.

Il n'est pas à oublier non plus, que de par le monde, d'autres systèmes de classification et de tarification médicale sont en place. A ce juste titre, la Belgique (3) qui connaît une réforme en termes de nomenclature, la France avec une classification exhaustive et le Canada.

DEFINITIONS

I. La nomenclature médicale (1)

La nomenclature, dans sa définition glossaire, désigne « l'ensemble des mots en usage dans une science, un art, ou relatifs à un sujet donné, présentés selon une classification méthodique ».

La nomenclature médicale, au sens large du terme, désigne la liste des actes de l'ensemble des professions médicales englobant dentistes, médecins généralistes, médecins spécialistes, sages femmes, kinésithérapeutes (ect.), avec l'indication de leur valeur respective.

Son but est de permettre aux assurés sociaux le remboursement des soins dispensés par les praticiens.

Actuellement au Maroc, deux nomenclatures médicales sont utilisées par les professionnels de santé :

- La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP): Largement plus utilisée que la CCAM.
- La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

II. La Nomenclature générale des actes professionnels (4)

La NGAP a été créée en 1972, à la suite de la première convention médicale entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les syndicats représentant les médecins libéraux (Loi du 3 Février 1971) en France.

C'est la principale nomenclature utilisée en médecine générale et qui permet la tarification des actes de la médecine libérale.

Tout acte de la NGAP est défini par une lettre clé et un coefficient.

En France (5), la NGAP était, jusqu'à fin mars 2005, l'inventaire descriptif de tous les actes susceptibles d'être accomplis par les personnels de santé et dont le coût, fixant les honoraires des professionnels médicaux du secteur libéral, était pris en charge dans le cadre du régime de l'assurance maladie. A partir du 30 Mars 2005 la NGAP a été remplacée par la CCAM.

D'une autre part, au Maroc, la NGAP est toujours en vigueur depuis 2004 d'après un arrêté du Ministère de la Santé.

En dépit de la phase pilote (2) menée par le ministère de la santé et l'Agence nationale de l'assurance maladie relative à la mise en place de la classification commune des actes professionnels au niveau de 13 sites pilotes, et le progrès réalisé par l'Agence en ce qui concerne la déclinaison des actes de la nomenclature générale au niveau de la classification commune des actes médicaux, le passage complet de la nomenclature générale des actes professionnels à la classification commune des actes médicaux est loin de se concrétiser. (2018)

III. Classification commune des actes médicaux (6)

La CCAM est un ensemble ordonné d'articles dans lesquels figurent des formules décrivant l'activité des professionnels de santé : les libellés. L'objectif principal de cette classification est de permettre l'assemblage d'informations concernant la production de ces professionnels, dans les limites assignées actuellement à son champ de couverture. Pour faciliter le traitement de ces données, chaque libellé est repéré par un code alphanumérique, ce qui participe à la démocratisation des opérations de recueil, de stockage et d'analyse aux fins de connaissance, de comparaison ou de suivi.

La CCAM est en phase de remplacer la NGAP au Maroc, dans un futur prochain.

Le but initial est de se substituer à la NGAP afin d'élaborer une nomenclature plus cohérente.

Elle décrit des actes médico-techniques validés, (7) à l'aide de libellés codés communs aux secteurs public et privé. Chaque code, unique, est classé dans l'un des 18 chapitres, correspondant aux « grands appareils » et non pas par spécialité médicale. Les chapitres sont organisés en sous-chapitre, puis en paragraphes et sous paragraphes pour finir par les libellés.

Les chapitres 1 à 16 sont définis par le système anatomophysiologique, l'appareil anatomique ou la topographie sur lequel porte l'action. (8)

Les deux autres chapitres ne répondent pas à cette logique de classement.

Le chapitre 17 comporte les actes non répertoriés par le système ou l'appareil concerné.

Le chapitre 18 comporte les listes distinctes de gestes complémentaires et des modificateurs. Chaque acte est défini dans sa globalité avec les gestes nécessaires à sa réalisation sous le libellé.

Chaque libellé comprend l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de cet acte dans les règles de l'art (non ambiguïté des libellés).

Le libellé est codé par 7 caractères, dans l'ordre :

- 4 premières lettres correspondent à la topographie dans le système intéressé, de l'organe cible, l'action réalisée et l'accès ou la technique utilisée
- 3 derniers chiffres différencient les actes ayant le même code anatomique, même code d'action et le même code d'abord et de technique.

La CCAM est donc théoriquement conçue de sorte que le praticien puisse décrire son acte avec un seul code.

La CCAM est exhaustive : la validité des actes est précisée par les sociétés savantes et confirmée in fine par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). La CCAM est évolutive. En effet, de nouveaux actes peuvent être demandés par les professionnels de santé ou sociétés savantes à la Haute Autorité de Santé (HAS).

IV. Acte médical (9)

Un acte médical est « un acte dont la réalisation par des moyens verbaux, écrits, physiques ou instrumentaux est effectué par un membre d'une profession médicale dans le cadre de son exercice et les limites de sa compétence. »

HISTORIQUE ET REGLES DE LECTURE

I. Décrets du Ministère de la Santé relatifs à la codification des actes (10)

Arrêté du ministre de la santé n° 177-06 du 26 hija 1426 (27 janvier 2006) fixant la nomenclature générale des actes professionnels.

- Vu le dahir n° 1-59-367 du 21 chaabane 1379 (19 février 1960) portant réglementation de l'exercice des professions de pharmacien, chirurgien dentiste, herboriste et sage femme ;
- Vu le dahir n° 1-57-008 du 21 chaabane 1379 (19 février 1960) réglementant le port du titre et l'exercice de la profession d'infirmier ;
- Vu la loi n° 10-94 relative à l'exercice de la médecine promulguée par le dahir n° 1-96-123 du 5 rabii II 1417 (21 août 1996) telle qu'elle a été modifiée et complétée, notamment son article 71 ;
- Vu le décret n° 2-97-421 du 25 joumada II 1418 (28 octobre 1997) pris pour l'application de la loi n° 10-94 relative à l'exercice de la médecine, notamment son article 18 ;

Après avis du conseil national de l'Ordre national des médecins, Arrête :

Article premier :La nomenclature générale des actes professionnels prévue à l'article 71 de la loi n° 10-94 susvisée, est fixée à l'annexe jointe au présent arrêté.

Cette nomenclature établit la liste, avec leur cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les chirurgiens-dentistes, les médecins dentistes, les sages-femmes et les paramédicaux, dénommés praticiens.

Elle s'impose aux praticiens pour déterminer et calculer le prix, des actes et soins médicaux pratiqués dans le secteur privé.

Article 2 :Est abrogé, à compter de la date de publication au Bulletin officiel du présent arrêté, l'arrêté du ministre de la santé publique n° 1341-77 du 2 moharrem 1398 (13 décembre 1977) fixant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.

Rabat, le 26 hija 1426 (27 janvier 2006).

L'annexe sus cité est organisé en plusieurs parties, la partie première qui elle-même est repartie en articles traitant des sujets suivants : Lettres clés et coefficients, remboursement d'un acte, remboursement par assimilation, accord préalable, acte global et acte isolé, actes en plusieurs temps, frais de déplacement, actes de nuit ou le dimanche, contenu de la consultation et de la visite, honoraires de surveillance médicale, modalités des consultations, salle d'opération, actes utilisant les radiations, actes d'anesthésie. Les autres parties traitant des codes d'actes des différentes spécialités.

II. Règles de lecture (4)

1. Lettre clé :

Tout acte est désigné par une lettre-clé et un coefficient.

La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux.

Selon le type de l'acte, les lettres-clés à utiliser sont les suivantes :

C- Consultation au cabinet par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste, médecin dentiste ou la sage-femme.

Cs- Consultation au cabinet par le médecin spécialiste ou reconnu qualifié.

CNPSY- Consultation au cabinet par le médecin psychiatre ou neurologue.

V- Visite au domicile du malade par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste, le médecin dentiste ou la sage-femme.

Vs- Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste ou reconnu qualifié.

VNPSY- Visite au domicile du malade par le médecin neuropsychiatre, psychiatre ou neurologue.

K ou KC- Actes de chirurgie et de spécialités pratiquées par le médecin et la lettre clé la plus utilisée en Oto-rhino-laryngologie.

KE- actes d'échographie, d'échotomographie ou de doppler pratiqués par le médecin

P- Actes d'anatomie et de cytologie pathologiques pratiqués par le médecin spécialiste ou reconnu qualifié

Z- Actes utilisant les radiations ionisantes pratiqués par le médecin ou le chirurgien-dentiste.

D- Actes pratiqués par le médecin dentiste ou le chirurgien-dentiste.

M.S - Direction de la réglementation et du contentieux

SF- Actes pratiqués par la sage-femme

SFI - Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme.

AMM- Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute.

AMI- Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière,

AMP- Actes pratiqués par le pédicure. AMO- Actes pratiqués par l'orthophoniste.

AMY- Actes pratiqués par l'orthoptiste

B- Actes de biologie

2. Le coefficient

Le coefficient est ajouté à droite de la lettre clé pour en déterminer la valeur.

Par exemple, un acte coté à K25, K étant la lettre clé et 25 étant le coefficient, l'acte en question est tarifié à 30×25 donc 750dhs.

LES MODES DE REMUNERATION DU MEDECIN AU MAROC

Les modes de rémunération de médecins (11) d'un pays à l'autre sont très variables, chacun d'entre eux présentant des avantages et des inconvénients.

Trois modes de rémunération sont classiques et largement utilisés dans le monde : le paiement à l'acte, le salariat et le forfait. (12, 13, 14)

Au Maroc, le paiement à l'acte est le mode utilisé dans le secteur libéral surtout et le salariat est la norme dans le secteur public. Récemment la discussion va vers l'installation du système de paiement à l'acte dans les hôpitaux et ce dans le cadre de la privatisation du secteur public.

Nous allons donc détailler les différents modes de rémunération avec leurs inconvénients et leurs avantages.

I. Paiement à l'acte (15,16)

Il s'agit d'un mode de rémunération des professionnels de santé en fonction du nombre de consultations (ou de visites à domicile) et d'actes techniques réalisés en médecine ambulatoire ou dans un établissement privé.

Il est directement lié au nombre de consultations et actes techniques réalisés au cours de celles-ci en médecine ambulatoire ou dans un établissement privé (cliniques), plus ou moins rémunérateurs.

Les tarifs sont négociés et fixés lors des conventions médicales. Ainsi pour augmenter ses revenus, le médecin peut décider d'effectuer plus d'actes.

Pour le paiement à l'acte c'est le patient qui rémunère le médecin et qui est remboursé a posteriori par la Sécurité Sociale. Ce rapport à l'argent peut avoir des répercussions sur le lien médecin/patient ou encore sur le contenu de la consultation.

1. Avantages : (19, 20)

- **Une meilleure productivité** : Le médecin étant rémunéré en fonction du nombre d'actes effectués, il est incité à voir un maximum de patients.

Il va donc augmenter son temps de travail et ainsi mieux répondre à la demande. L'accès aux soins est alors lui aussi amélioré.

En effet, on constate que dans les régions avec une faible densité de médecins, le paiement à l'acte est le mode de rémunération qui compense le mieux la faiblesse de l'offre de soins.

- **Des soins de meilleure qualité**: Le médecin se doit de fournir des soins de qualité car il n'est pas lié par « abonnement » à ses patients qui peuvent tout à fait changer de médecin s'ils le souhaitent. D'autre part, une étude américaine de 1998 montre d'ailleurs que les soins des médecins payés à l'acte sont perçus par les patients comme de meilleure qualité.
- **Des patients satisfaits** : Ce mode de rémunération abouti à une équité entre les patients, le médecin n'ayant pas d'incitation particulière à refuser les malades ayant une pathologie lourde

2. Inconvénients : (17, 18)

La tarification à l'acte, fondement de la médecine libérale n'est pour autant pas exempte d'inconvénients avec notamment :

- **Un risque de surproduction de soins** soit un système inflationniste, en incitant les praticiens à multiplier les actes pour augmenter leurs revenus. L'étude de Delattre et Dormont montre par exemple que lorsque la densité de praticiens dans une zone d'exercice augmente, les médecins compensent la diminution de leur patientèle en augmentant le volume de leurs soins : phénomène de

demande induite. En effet on estime qu'un système de soins dans lequel prédomine le paiement à l'acte présente une majoration de 11% des dépenses de santé par rapport aux autres systèmes

- Une faible incitation aux actes de prévention. Un rapport de 1998, comparant la prise en charge de plusieurs pathologies sur le plan international souligne que le système de soins des pays optant pour le paiement à l'acte est efficace pour la médecine curative mais en retard voire défaillant pour la médecine préventive
- Impact sur la prise en charge des patients : Le paiement à l'acte peut encourager les médecins à satisfaire les demandes des patients même si parfois elles ne sont pas médicalement justifiées, ce qui engendre à nouveau une « demande induite ». Il favoriserait également le nomadisme médical : la recherche par les malades d'obtenir plusieurs avis médicaux. Dans un souci de productivité le médecin peut également réduire le temps de ses consultations. Si la durée de consultation est positivement corrélée à sa qualité, on peut craindre que la rémunération à l'acte favorise la quantité au dépend de la qualité.

3. Intérêt du paiement à l'acte: (21, 22)

En termes de santé publique, le paiement à l'acte conventionné autour des listes de la CCAM et de la NGAP est un outil statistique pertinent d'observation des pratiques pour les pouvoirs publics. Les actes sont codés comme expliqués précédemment et fournissent une information détaillée. Il permet d'orienter des actions de politiques de santé afin d'améliorer l'offre de soins d'où les nomenclatures évolutives.

Enfin, il valorise la compétence du médecin par la pléthore d'actes possibles au sein des deux nomenclatures, qui ne sont pas théoriquement figées face à l'évolution des pratiques.

II. Le salariat (23)

Il s'agit d'un paiement forfaitaire pour un temps de travail donné, indépendamment de l'intensité de l'activité au cours de ce temps de travail. Le salaire dépend en général du niveau de qualification du médecin, et du temps de travail établi au préalable. Il concerne principalement les médecins hospitaliers du secteur public dans les pays industrialisés, et on le retrouve peu en ambulatoire.

Depuis peu, l'activité salariée n'est plus exclusivement hospitalière s'étant démocratisée aux structures médicales privées (Cliniques, hôpitaux privés ect). Les médecins ont la sécurité d'une rémunération garantie, le plus souvent avec des horaires stables. Ils peuvent plus librement gérer le temps qu'ils accordent aux patients. Cette pratique plus sereine pour les médecins n'est pour autant pas toujours efficace en termes d'offre de soins. Cela n'incite pas à la productivité et a même tendance à réduire le nombre de consultations.

III. Les forfaits

Il s'agit des sommes payées aux médecins par le système d'assurance maladie du fait des contraintes ou des modalités de leur exercice mais qui ne peuvent pas être rattachées à un acte de soin proprement dit. Ils comprennent par exemple les majorations pour les gardes et astreintes. Là encore chaque pays possède sa propre liste de forfaits.

OTO-RHINO-
LARYNGOLOGIE, UNE
SPECIALITE EN PLEIN ESSOR

L'Oto-rhino-laryngologie (24) est une spécialité médico-chirurgicale s'est constituée vers la fin des années 1860, lorsque des otologues et des laryngologues constatèrent qu'ils avaient recours aux mêmes moyens d'éclairage. En 1875 apparaissait la première revue d'ORL en France, les "Annales des Maladies de l'oreille et du Larynx, (otoscopie, laryngoscopie, rhinoscopie)". (25)

Une Société Française d'Otologie et de Laryngologie fut créée en 1882, une des toutes premières sinon la première des sociétés françaises de spécialité.

Ainsi, l'Oto-Rhino-Laryngologie est probablement la seule discipline où la spécialité naquit avant les spécialistes.

Le champ d'activité du spécialiste ORL est vaste et varié, chez l'adulte comme chez l'enfant.

Les traitements qu'il propose reposent sur des médicaments, des interventions chirurgicales (tumorale, réparatrice ou reconstructrice), de la rééducation et aussi sur des dispositifs prothétiques ou implantables.

L'ORL est une spécialité qui recouvre les organes de sens, à savoir : l'audition, l'olfaction, l'équilibre, la voix, ...

Etant une spécialité vaste et englobant de nombreuses spécialités, il est important de savoir les actes réalisables en ORL au Maroc et leurs cotations.

Les actes en ORL au Maroc sont cotés selon la NGAP. (4)

Les tableaux ci-dessous regroupent la quasi-totalité des actes OrL.

La colonne de gauche réfère au code d'acte à proprement parler, celle du milieu au libellé et celle de droite à la valeur du K de l'acte.

A titre d'exemple : Le code d'acte de la myringoplastie simple est D385 et est cotée à K80.

1. Investigations

D360	Prise d'un seuil tonal liminaire et éventuellement supraliminaire quelle que soit la technique utilisée : classique, automatique ou les deux simultanément	10
D361	Examen audiométrique tonal et vocal	15
D362	Examen audiométrique spécial de l'enfant	15
D363	Audiométrie tonale liminaire avec étude de l'indépendance acoustique et supraliminaire avec étude de la sensation suivant l'axe du temps par audiométrie classique ou automatique, quel que soit le nombre de tests effectués	25
D364	Examen labyrinthique	10
D365	Examen électro-nystagmographique	30

2. Oreille externe

D366	Ablation de bouchon de cérumen ou épidermique uni ou bilatéral	5
D367	Ablation de bouchons épidermiques sous anesthésie générale	10
D368	Ablation de corps étranger non enclavé du conduit auditif externe	5
D369	Ablation de corps étranger enclavé du conduit auditif externe	10
D370	Ablation de corps étranger nécessitant une opération sanglante	30
D371	Exérèse d'une tumeur osseuse bénigne oblitérante du conduit auditif externe	60
D372	Traitement par curetage d'un othématome important	15
D373	Chirurgie corrective bilatérale des oreilles décollées	60
D374	Reconstitution du pavillon de l'oreille pour aplasie ou mutilation grave, avec greffe cartilagineuse, non compris les temps de préparation des lambeaux cutanés	120
D375	Résection simple d'une tumeur maligne de l'oreille externe	20
D376	Résection large d'une tumeur maligne de l'oreille externe	60

3. Oreille moyenne

D377	Paracentèse du tympan uni ou bilatérale	10
D378	Ablation d'un polype de l'oreille moyenne	10
D379	Injection transtympanique, avec maximum de quatre	10
D380	Drainage permanent transtympanique sous microscopie pour otite séreuse (traitement global)	30
	Traitement des otites chroniques par aspiration sous microscope	
D381	* La séance (avec maximum de 6 séances)	10
D382	Mastoidectomie	80
D383	Evidement pétro-mastoïdien	120
D384	Exploration chirurgicale de l'oreille moyenne sous microscope	80
D385	Myringoplastie simple	80
D386	Mobilisation de l'étrier	80
D387	Fénestration, trépanation labyrinthique, platinectomie totale ou partielle reconstitutive	150
D388	Tympanoplastie (y compris le temps osseux) quelle que soit la technique	150
D389	Résection du rocher pour tumeur de l'oreille moyenne	200

4. Nerf facial

D390	Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par décompression intrapétreuse	120
D391	Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par greffe intrapétreuse	150

5. Nez

D400	Traitement du rhinophyma par décortication	30
D401	Plastie narinaire réparatrice uni ou bilatérale	80
D402	Traitement chirurgical de la rhinite atrophique unilatérale	60
D403	Traitement de la rhinite atrophique uni ou bilatéral par injection de	30

	substance plastique	
D404	Réduction d'une fracture récente du nez avec appareillage	20
D405	Rhinoplastie post-traumatique, y compris le traitement de la cloison	100
D406	Chirurgie réparatrice de la pyramide nasale avec greffe osseuse ou cartilagineuse, non compris les temps de préparation de lambeaux cutanés	120
D407	Ablation d'un corps étranger non enclavé des fosses nasales	5
D408	Ablation d'un corps étranger enclavé des fosses nasales	10
D409	Hémostase nasale pour épistaxis	10
D410	Turbinectomie unilatérale	15
D411	Résection de crête de cloison	15
D412	Résection ou reposition de la cloison	60
D413	Traitement d'une synéchie nasale	10
D414	Traitement d'une oblitération choanale membraneuse unilatérale	20
D415	Traitement d'une oblitération choanale osseuse	100
D416	Traitement d'un hématome ou abcès de la cloison	10
D417	Traitement d'une polypose nasale unilatérale en une ou plusieurs séances (y compris les récurrences dans les trois mois)	15
D418	Fermeture autoplastique d'une communication bucconasale ou bucco-sinusale	70

6. Sinus

D419	Ponction isolée du sinus maxillaire	10
D420	Lavage de sinus par ponction ou par la méthode de Proetz avec maximum de dix séances	5
D421	Trépano-ponction du sinus frontal	15
D422	Traitement par drainage permanent et instillations par voie endo-nasale d'une sinusite maxillaire	
D423	Traitement d'une lésion non maligne du sinus maxillaire, quelque soit l'origine, par trépanation de la fosse canine.	
D424	Traitement chirurgical par trépanation externe d'une atteinte infectieuse ou d'une lésion non maligne ethmoïdo-frontale unilatérale	80
D425	Traitement chirurgical d'un ostéome ethmoïdo-frontal	100
D426	Traitement d'une pansinusite unilatérale, quelle que soit la voie d'abord	120
D427	Traitement chirurgical d'une tumeur maligne des sinus	180

7. Actes portant sur la face

D428	Traitement chirurgical d'une cellulite ou adénite génienne (incision ou drainage filiforme)	10
D429	Exérèse chirurgicale d'une tumeur maligne suivie de réparation quelle que soit la technique	60
D430	Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par réparation plastique musculocutanée, quelle que soit la technique	
D431	Correction de dépression traumatique ou congénitale de la face n'intéressant pas l'orbite, par greffe osseuse, cutanéomuqueuse, dermo-graisseuse ou par matériau inerte (prélèvement du greffon osseux non compris)	80
D432	Comblement bilatéral de dépressions sous-cutanées oro-faciales liées à une lipodystrophie iatrogène par autotransplantation de cellules graisseuses, y compris leur prélèvement, leur préparation et leur réinjection	120
D433	Réinjection bilatérale complémentaire par autotransplantation de cellules graisseuses, y compris leur prélèvement et leur préparation, après un premier traitement pour lipodystrophie iatrogène	30
D434	Injection intradermique de produit de comblement biodégradable dans le comblement des lipoatrophies iatrogènes, par un médecin ayant l'expérience de l'utilisation de l'acide polylactique, dans la limite, par cure, de cinq séances d'injection à intervalle d'un mois chacune, par séance	30

8. Lèvres

D500	Réfection partielle d'une lèvre détruite par tumeur ou traumatisme	80
D501	Réfection totale d'une lèvre détruite par tumeur ou traumatisme, en un ou plusieurs temps	120
D502	* 1 ^{er} temps	
D503	* Les autres	
	Traitement chirurgical de :	
D504	* Bec de lièvre unilatéral simple	60
D505	* Bec de lièvre sans division vélopalatine	80
D506	* Division vélopalatine	100
D507	* Bec de lièvre avec division vélopalatine	120
D508	Retouche de bec-de-lièvre ou de division vélopalatine, six mois au moins après l'opération principale	30

9. Langue

D509	Incision d'un abcès de la langue ou du plancher de la bouche par voie buccale	20
D510	Excision et suture d'une bride fibreuse ou du frein hypertrophié	10
D511	Glossectomie partielle correctrice	60

10. Plancher de la bouche

D512	Incision d'un abcès ou phlegmon de la base de la langue ou du plancher de la bouche par voie sushyoïdienne :	40
D513	Excision par voie buccale d'un kyste du plancher de la bouche	20

11. Pharynx

D514	Adénoïdectomie, y compris le traitement éventuel des complications	20
D515	Adénoïdectomie plus amygdalectomie chez l'enfant, y compris le traitement éventuel des complications	30
D516	Amygdalectomie totale chez l'adulte (à partir de quinze ans)	40
D517	Traitement des hémorragies amygdaliennes postopératoires chez l'adulte	20
	Electrocoagulation ou cryothérapie des amygdales :	
D518	* Chaque séance	5
D519	* Avec un plafond de	30
D520	Ablation d'un polype choanal	20
D521	Incision d'un abcès simple de l'amygdale	10
D522	Incision d'un phlegmon péri-amygdalien ou rétro-pharyngien	20
D523	Ouverture par voie cervicale d'un abcès latéro-pharyngien	50
D524	Pharyngotomie	100
D525	Réparation d'un pharyngostome sans lambeau pédiculé	50
D526	Réparation d'un pharyngostome avec lambeau pédiculé, en un ou plusieurs temps (y compris leur préparation)	180
D527	Pharyngoplastie pour séquelles de fente vélopalatine, quel que soit le procédé	150

12. Glandes salivaires

D528	Injection de substance de contraste dans les glandes salivaires (cliché non compris)	15
	Traitement chirurgical par voie buccale d'une lithiase salivaire :	

D529	* Ablation d'un calcul antérieur par incision muqueuse simple	10
D530	* Ablation d'un calcul postérieur par dissection complète du canal excréteur	30
D531	Traitement opératoire d'une fistule salivaire cutanée	50
D532	Traitement chirurgical d'une lésion bénigne d'une glande salivaire autre que la parotide	50
	Ablation d'une lésion de glande parotide	
D533	* Sans dissection du nerf facial	80
D534	* Avec dissection du nerf facial	150

13. Traitement de tumeurs diverses

	Prélèvement en vue d'un examen de laboratoire :	
D535	* D'une lésion intrabuccale de l'oropharynx	5
D536	* D'une lésion intrabuccale de l'hypopharynx ou du cavum	10
D537	Exérèse d'une tumeur bénigne de la bouche	15
D538	Ablation par voie endobuccale de fistules et gros kystes congénitaux	80
D539	Diathermo-coagulation d'une leucoplasie, d'un lupus ou d'une tumeur bénigne	5
D540	Resection linguale partielle pour tumeur maligne de la partie mobile de la langue	50
D541	Diathermo-coagulation d'une tumeur maligne de la cavité buccale	50
D542	* Avec électrocoagulation du maxillaire	100
	Tumeur maligne de l'otopharynx ou du plancher de la bouche :	
D543	* Résection sans curage ganglionnaire	80
D544	* Résection avec curage ganglionnaire	150
D545	* Résection avec curage ganglionnaire jugulo-carotidien et sous-maxillaire et résection du maxillaire	180
D546	Fibrome naso-pharyngien	180
D547	Pharyngectomie avec curage ganglionnaire jugulo-carotidien et sous-maxillaire	200
D548	Ablation d'une glande salivaire autre que la parotide pour tumeur maligne	80
D549	Parotidectomie totale sans conservation du facial et curage ganglionnaire jugulo-carotidien et sous maxillaire	180

DISCUSSION

I. Intérêt de la révision de la nomenclature générale des actes professionnels

L'avènement de nouvelles techniques chirurgicales ainsi que de nouvelles technologies justifie l'importance de la révision de la codification des actes que propose ce travail.

En effet, un panel d'arguments est en faveur de la critique constructive de la nomenclature en vigueur au Maroc.

D'autant plus que la chirurgie engage la responsabilité du médecin (26) traitant que ce soit moral ou pénale. La chirurgie ORL présente un nombre de risques non négligeables, même pour les gestes qui paraissent banals et qui sont fréquemment pratiqués comme l'amygdalectomie par exemple.

Les complications qu'encourt un patient candidat à une chirurgie ORL (28) impliquent tout autant le malade que le chirurgien.

Là où certains spécialistes ont une obligation de moyens seulement, le médecin ORL dans certains cas à une obligation de résultat (27), notamment dans certaines interventions réparatrices comme la chirurgie corrective des oreilles décollées.

De ce fait, la sous-cotation des actes ORL dans le monde en général et au Maroc en particulier est loin d'encourager le recours à des interventions risquées puisque le bénéfice est moindre comparé au risque.

D'un autre côté, la rémunération non attrayante de la chirurgie ORL n'est pas sans démotiver les jeunes chirurgiens à la pratique chirurgicale. On effet, quand vient à notre connaissance qu'une chirurgie du larynx par exemple est cotée à K180 (4) seulement et malgré le risque accru de complications en per et post opératoire comme le pharyngostome d'autant plus que les malades opérés généralement pour un larynx

sont tarés, le geste chirurgical lourd (pouvant s'étendre à 5 voire 6h de temps opératoire) et les suites opératoires longues, rares sont ceux qui s'aventureront à opérer.

N'oublions toutefois pas, que la NGAP marocaine date de 2004 et qu'elle répertorie nombre d'actes qui ne sont plus pratiqués ou qui sont pratiqués de façons différentes utilisant par exemple du matériel nouveau et coûteux comme le laser ou la vidéo-endoscopie.

Une nouvelle nomenclature qui serait le reflet du développement des matériaux chirurgicaux, des avancées scientifiques et des nouveaux appareils de haute technologie, apporterait beaucoup à la chirurgie ORL et servirait au bénéfice du patient puisque le chirurgien motivé et ayant une codification englobant un panel d'acte réalisable avec les moyens les plus pointus se verra prodiguer les meilleurs soins possibles au malade.

Une révision ou un établissement d'une nouvelle nomenclature permettrait donc une cotation exhaustive du grand nombre d'intervention que propose la spécialité de l'oto-rhino-laryngologie ainsi qu'une source de motivation pour les jeunes chirurgiens qui verront leurs efforts et leur prise de risque évalués à leur juste valeur. Nous pourrions aussi mettre de côté les actes dépassés et critiquer la formulation des libellés.

II. Analyse des actes en Oto-Rhino-Laryngologie

1. La consultation Oto-rhino-laryngologique

Au Maroc, le prix de la consultation ORL est fixé à 250dhs (29) comme toutes les consultations de spécialistes sauf les psychiatres qui perçoivent 290dhs et les cardiologues qui touchent 350dhs.

Cette différence d'honoraires est expliquée d'une part par le temps et la disponibilité que requiert une consultation psychiatrique pouvant aller jusqu'à une heure d'entretien avec le patient et d'autre part par l'utilisation de test et examens faisant partie de l'examen clinique en cardiologie comme l'électrocardiogramme ou encore l'écho-cœur.

Ceci pousse à réflexion, car la consultation ORL (30) peut être tout aussi longue que la consultation psychiatrique vu la multitude d'appareil à explorer comme l'oreille, le pharynx, la bouche, l'équilibre et le cou et aussi l'utilisation de matériaux à visée diagnostic ou thérapeutique.

En effet, une consultation ORL requiert le recours à l'utilisation d'un microscope, d'un otoscope, de matériel d'endoscopie.

Si durant l'examen de l'oreille un corps étranger ou un bouchon de cérumen est objectivé, il doit être ôté pour optimiser l'examen. Lors d'une consultation pour vertiges, de nombreux examens sont réalisés demandant du temps au praticien et un effort d'interprétation.

De toutes ces situations, résulte la prolongation de la durée de la consultation ORL qui de ce fait, nécessite une expertise et une concentration rigoureuse du médecin.

En France, le prix conventionnel de la consultation en ORL est fixé à 30euros (31), en Belgique à 25euros (32).

Pour tout ce qui a été cité plus haut, la consultation ORL devrait être sujette à une révision et actualisation d'honoraires.

2. Les investigations en Oto-Rhino-Laryngologie

Concernant les investigations ORL, il est à prendre en considération la hausse des prix du matériel notamment due à la précision croissante du nouveau matériel sur le marché et aux matériaux précieux utilisés pour la conception; ainsi que le temps considérable et la disponibilité que demandent certains test pouvant aller jusqu'à plusieurs heures de temps de réalisation. N'oublions toutefois pas, l'effort d'interprétation que fournit le chirurgien, par exemple l'interprétation d'une audiométrie, de PEA ou encore de VNG.

a. Les actes manquants :

Nous pouvons répertorier nombre d'actes d'investigation non mentionnés par la NGAP marocaine à commencer par les potentiels évoqués auditifs.

Les potentiels évoqués auditifs (33) sont un enregistrement de l'influx nerveux des voies auditives conduisant le son de l'oreille interne vers les aires auditives primaires du lobe temporal. Ils sont réalisés grâce à la pose d'électrodes. L'objectif étant d'analyser l'intégrité des voies auditives, et de dépister une surdité de perception surtout chez le nouveau-né.

Selon la NGAP marocaine, la mesure des PEA est apparentée à l'électro-encéphalogramme et est cotée à K30 (4).

En Algérie (34), la NGAP prévoit un libellé pour les PEA et est côté à K30 aussi.

En Belgique (35), les libellés réservés aux PEA font la part des choses entre si l'examen est réalisé chez l'adulte et l'enfant ou chez le nouveau-né. En effet, nous trouvons « Potentiels cérébraux évoqués par stimulation auditive et/ou examen électrocochléographique, avec protocole et extraits des tracés » et « Potentiels cérébraux évoqués par stimulation auditive et/ou examen électrocochléographique, avec protocole et extraits des tracés, réalisés chez le nouveau-né » tous deux côtés à K75.

En France, la CCAM (36) offre la possibilité de préciser si l'examen est réalisé sous anesthésie générale ou pas. On retrouve donc « Enregistrement des **potentiels évoqués auditifs** précoces pour recherche de seuil, étude des temps de conduction et mesure des amplitudes, **sous anesthésie générale** » et « Enregistrement des **potentiels évoqués auditifs** précoces pour recherche de seuil, étude des temps de conduction et mesure des amplitudes, **sans anesthésie générale** », prix de l'acte étant 140euros (37) soit à peu près K60, sans prise en considération des honoraires de l'anesthésiste qui ne sont pas déductibles de ces honoraires.

D'autres actes manquent au chapitre des investigations, nous citerons, les otoémissions acoustiques côtés en Algérie et en Belgique à K30, l'impédancemétrie côté en Belgique à K12 et en Algérie en couplage avec l'audiométrie à K25.

Nous pouvons aussi proposer d'intégrer d'autres investigations dans la pratique de l'ORL à savoir l'électromyogramme du nerf facial réalisé jusqu'alors par les neurologues ou encore le Prick test réalisé par les pneumologues et ce vu la fréquence des pathologies allergiques en ORL (38). Nous proposons aussi de coder l'exploration de l'olfaction.

b. Les actes dépassés :

Le libellé « Examen électronystagmographique » au Maroc est coté à K30 soit 300dhs.

Seulement, l'électronystagmographie a été surplombée par l'apparition de la vidéonystagmographie.

La vidéonystagmographie (VNG) (39) est un outil de développement récent qui a révolutionné les explorations fonctionnelles vestibulaires. En effet, elle permet au clinicien non seulement de détecter des nystagmus de faible amplitude mais aussi de

quantifier avec une grande résolution l'amplitude des mouvements oculaires spontanés et induits qui peuvent résulter d'un dysfonctionnement vestibulaire uni- ou bilatéral.

La VNG surplombe l'électronystagmographie par la possibilité d'analyser en 3D les mouvements de l'œil (Composantes horizontales, verticales et torsionnelles).

En Algérie, la VNG est mentionnée dans les investigations et explorations ORL et est cotée à K30 tandis qu'en France, la CCAM a prévu de nombreux codes pour l'utilisation de la VNG comme les épreuves vestibulaires bi caloriques calibrés pendulaires ou rotatoires avec ou sans enregistrement avec des honoraires s'élevant à 90euros (40) soit K40 en moyenne.

Nous en venons à la conclusion qu'apparenter l'électronystagmographie à la VNG comme c'est le cas en Algérie est non envisageable. Et ce, car la VNG utilise des matériaux plus coûteux (41) notamment des lunettes, pour mettre le patient dans l'obscurité, qui sont directement connectées à un ordinateur permettant d'établir le tracé alors que pour l'électronystagmographie, des électrodes sont utilisés. Sans oublier l'expertise médicale pointue que nécessite l'interprétation d'une VNG.

c. Les actes critiquables :

Nous pouvons citer à titre d'exemple, un libellé « Examen audiométrique spécial de l'enfant » coté à 15.

Ceci justifie la critique puisque le libellé n'est pas assez spécifique vu que les examens audiométriques de l'enfant comprennent une multitude de test (42) à savoir les potentiels évoqués auditifs ou encore l'audiométrie comportementale ainsi que d'autres tests comme l'impédancemétrie.

Les indications diffèrent selon l'âge et la coopération du petit patient. Notons aussi, qu'évaluer la fonction auditive d'un enfant requiert un espace dédié à cette

pratique et adapté à l'enfant.

Au Maroc, l'examen audiométrique de l'enfant coûte 150dhs tandis qu'en France et sous le libellé « Audimétrie en champs libre et en cabine chez l'enfant » il coûte 80euros (43), et ceci englobe un examen au microscope de l'oreille avant l'audiométrie ainsi qu'une ablation d'un éventuel bouchon de cérumen.

3. Les actes portant sur l'oreille externe et l'oreille moyenne :

a. Les actes manquants :

Le principal acte manquant à la NGAP marocaine en Oto-rhino-laryngologie sont les actes chirurgicaux entrant dans le cadre de la prise en charge de la surdité notamment l'implant cochléaire ou encore le système BAHA (Bone Anchored Hearing Aid ou prothèse auditive à ancrage osseux.)

Les implants cochléaires (44) sont des prothèses électriques qui ont pour ambition de pallier une déficience bilatérale de l'oreille interne, qu'elle soit profonde ou sévère, acquise ou congénitale. Contrairement aux prothèses auditives acoustiques, qui agissent par l'intermédiaire de l'organe de Corti, les implants cochléaires stimulent directement les neurones auditifs. Rarement une technique innovante aura connu un tel impact dans le domaine de l'audition.

Le principe de l'implant cochléaire (45) repose sur la stimulation directe des fibres du nerf auditif par grâce à des électrodes insérées dans la rampe tympanique de la cochlée.

Un système informatique complète le dispositif. Il dispose de logiciels de programmation du processeur de son. Celui-ci est utilisé à la mise en service de l'implant, puis à chaque modification de la stratégie de codage des sons.

Quelques jours après la chirurgie, commencent les premiers réglages de

l'implant. Il faut en général 2 mois avant d'obtenir des seuils d'audition efficaces. Une évaluation régulière de la progression orthophonique du patient est réalisée parallèlement au suivi technique de l'appareil.

Par ailleurs, en France et en 2021, une nouvelle approche vit le jour. A savoir l'activation et le réglage de l'implant cochléaire le même jour de l'intervention. (46)

Concernant les nouveautés, en Belgique, eut lieu la première pose d'implant cochléaire invisible ; « **TICI** » (**Totally Implantable Cochlear Implant**), (47) un implant entièrement invisible mis au point par la société autrichienne Med-El. L'audio processeur, le microphone et l'alimentation sont placés sous la peau en un seul dispositif.

Il est important de savoir que la première implantation cochléaire (48) fût réalisée en France à Paris en 1957 et le programme d'implantation cochléaire n'a pris place au Maroc qu'en 2004.

En France, pays pionnier en matière d'implants auditifs et dont les codes médicaux sont régis par la CCAM, l'implant cochléaire est représenté par la dénomination d'implant auditif à électrodes intra cochléaires. Ce code d'acte permet au chirurgien de percevoir des honoraires de 750euros.

En Belgique, la mise en place chirurgicale d'un implant cochléaire est cotée à K500, un code qui rend justice à la pratique de cette intervention qui coûterait en prenant en considérations tous les éléments impliqués près de 30 000 euros avec des honoraires du chirurgien s'élevant à près de 2450euros. (49)

Au Canada, l'implantation d'un appareil interne de la cochlée coûterait 832DC soit 6453dhs. (50)

Il est donc regrettable de réaliser qu'au Maroc, et malgré les progrès que connaît la chirurgie de la surdité de par monde, aucun code d'acte n'a été prévu par la NGAP pour désigner cette intervention qui est de plus en plus réalisée. De plus, pour

l'utilisation courante, l'implant cochléaire est apparenté à l'implantation stéréotaxique d'électrodes ou de tissu vivant coté à K300 qui est un code d'acte de neurochirurgie fonctionnelle et stéréotaxique.

Le matériel onéreux utilisé, le coût de l'appareil à implanter, les honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste, la pharmacie, le séjour d'hospitalisation et le suivi sont des caractéristiques qui devraient être pris en considération dans une élaboration d'un code référant à l'implant cochléaire au Maroc.

N'oublions pas toutefois, que dans tous les pays sus-cités, la couverture sociale du patient couvre la grande majorité des frais engendrés par la prise en charge chirurgicale de la surdité. Notamment au Maroc où la CNSS s'engage à rembourser l'appareil implanté à hauteur de 118000dhs (51). Ceci facilite donc le recours à cette chirurgie, dont les résultats sont prouvés et ce depuis plusieurs années.

Voici un tableau regroupant les honoraires et les K de l'implant cochléaire à travers les pays étudiés.

PAYS	Nomenclature	Code d'acte	K	Honoraires
Belgique	NSS	Mise en place chirurgicale d'un implant cochléaire	K500	
France	CCAM	Pose d'un implant auditif à électrodes intra cochléaires		750euros
Canada	CCI	Implantation d'un appareil interne de la cochlée	—	832DC soit 6453dhs
Algérie	NGAP	Non codifié	-	-
Maroc	NGAP	Non codifié	-	-

b. Les actes critiquables :

Au Maroc, l'ablation de corps étranger de l'oreille externe ou d'un bouchon épidermique chez l'enfant est d'emblée supposé être réalisée sans anesthésie générale et est cotée à K5. Cependant, comme cité précédemment, au vu de l'agitation d'un enfant souffrant et de la douleur suscitée par les tentatives d'extraction d'un corps étranger, l'acte en question est souvent réalisé sous anesthésie générale impliquant la présence d'un anesthésiste, l'utilisation de consommables médicaux, la disponibilité d'un bloc opératoire et d'un chirurgien ainsi qu'une hospitalisation.

Par ailleurs, nous noterons aussi la présence de la mention « enclavé » ou « non enclavée » qui a notre sens devrait être abolie de par la subjectivité de cette détermination.

En France, l'ablation de corps étranger de l'oreille externe est classée parmi les actes médicaux techniques et non comme acte chirurgical potentiel.

En effet, dans certains cas, l'ablation de corps étranger est réalisée sous anesthésie générale. Comme chez un enfant agité, une extraction douloureuse ou un corps étranger volumineux et enclavé.

En Algérie, la mise sous anesthésie générale est uniquement mentionnée pour l'ablation d'un bouchon de cérumen et est cotée à K10, pour l'ablation d'un corps étranger de l'oreille externe, les codes à cet effet rejoignent la nomenclature marocaine.

Par contre en Belgique, existent deux libellés impliquant la mise sous anesthésie générale.

Le premier « Extraction de corps étrangers du conduit auditif externe chez un enfant, nécessitant une anesthésie » coté à K20 et le deuxième « Extraction de corps étrangers du conduit auditif par voie chirurgicale » coté à K75.

Les actes sus cités, et dont la critique est essentiellement basée sur le fait qu'ils peuvent être réalisés sous anesthésie générale, ne sont pas exhaustifs.

En effet, on peut aussi citer, les injections Trans tympaniques cotés à K10, qui dans un souci d'asepsie sont le plus souvent réalisées dans un bloc opératoire, ou encore les incisions d'abcès que ce soit de la langue ou du plancher et qui sont cotés à seulement K20.

Nous concluons que la révision des actes pouvant être faits au bloc opératoire ou sous anesthésie générale s'avère nécessaire et ce parce qu'entrent en considération les frais d'hospitalisation; Les frais du bloc opératoire ; les honoraires de

l'anesthésiste-réanimateur ; Pharmacie et consommables médicaux et la surveillance post-opératoire.

Tous ces frais sont déductibles de la valeur du geste codée laissant au chirurgien un montant d'honoraires dérisoire.

En augmentant le K des actes engendrant une anesthésie générale, nous encourageront les jeunes chirurgiens ORL à la pratique chirurgicale d'actes qui sont délaissés car présentant trop de risques et la rémunération faible et dérisoire.

Certains actes sont sous cotés par rapport à ce que la chirurgie implique comme précision, matériel, suivi et expertise chirurgicale.

Nous citerons le libellé « Fenestration, trépanation labyrinthique, platinectomie totale ou partielle reconstitutive » coté à K150 et qui constitue le traitement chirurgical de l'otospongiose.

En Belgique, le libellé réservé à cette chirurgie est « Chirurgie fonctionnelle de la chaîne auriculaire ou intervention chirurgicale pour fenestration » et est coté K400.

4. Actes portant sur le nez et les sinus :

a. Les actes manquants :

Dans la NGAP marocaine, n'est pas mentionnée la réimplantation d'un fragment du nez avec ou sans anastomose vasculaire. En France, cette intervention coûte 750euros. (52)

Mais le principal manquement en matière de codification au Maroc est la chirurgie endonasale et la mention de l'endoscopie qui est quasiment absente.

En effet, la chirurgie endonasale et de neuro-navigation (53) est une chirurgie récente, difficile, confinée, parfois dangereuse mais elle fait partie du quotidien de l'ORL nécessitant un grand savoir-faire.

La chirurgie endoscopique endonasale est un ensemble de techniques permettant d'opérer les cavités nasosinusiennes à l'aide d'une vidéo assistance en utilisant la fosse nasale comme voie d'abord. L'intérêt de cette technique est de préserver au maximum la muqueuse afin de permettre une ventilation nasale et sinusienne correcte ainsi qu'une régénération mucociliaire.

Elle reste généralement peu pratiquée dans notre contexte, en raison du manque d'équipement et de formation.

Récemment l'avènement de la vidéo-assistance a rendu cette pratique d'autant plus pointue et presque exempte de complications.

Les indications de la chirurgie endonasale (54) vidéo endoscopique n'ont cessé de croître en remplacement de voies externes plus invasives. Sinusites chroniques, bactériennes et fongiques, polypose naso-sinusienne, mucocèles, papillomes inversés, sténoses des voies lacrymales en ont grandement bénéficié.

Il apparaît que concernant la chirurgie nasale et des sinus, que tous les pays pris en guise de comparaison ne mentionnent pas dans leurs libellés l'utilisation ou non d'un endoscope mis à part en France où le choix d'utiliser ou non un endoscope est donné lors du choix du code d'acte.

En France par exemple, la mention « par endoscopie » est utilisée dans le libellé de la méatotomie nasale moyenne et la méatotomie nasale inférieure bilatérale, l'éthmoïdectomie antérieure, Polypectomie intranasale, Turbinoplastie ou turbinectomie inférieure et/ou moyenne unilatérale ou bilatérale, Plastie unilatérale ou bilatérale de la cavité nasale pour rhinite atrophique, Ablation de corps étranger de la cavité nasale, Ethmoïdectomie antérieure ou totale, unilatérale ou bilatérale, avec ou sans septoplastie nasale, Evacuation de collection ou exérèse de lésions du sinus sphénoïdale et d'autres actes encore.

Au Canada, le nombre d'actes classé dans la rubrique des actes thérapeutiques sur le nez et les sinus est tellement grand qu'il ne nous permet pas d'en faire une liste exhaustive.

Nous noterons néanmoins, qu'au Canada, tous les actes réalisables sont répertoriés sans mention d'utilisation d'un endoscope.

En Belgique, la nomenclature en vigueur prévoit la répartition des actes sur le nez et les sinus, en traitement chirurgical de pathologies inflammatoires et traitement chirurgical de pathologies tumorales et ce pour tous les sinus.

La nomenclature ne mentionne pas l'utilisation ou non d'un endoscope.

Pour ce qui est du Maroc et de l'Algérie, la NGAP est relativement pauvre en termes de libellés codant pour les actes sur les sinus et le nez.

En effet, la nomenclature en Algérie répertorie la turbinectomie, la méatotomie moyenne, la septoplastie, le traitement chirurgical de la pansinusite et le traitement des tumeurs sinusiennes, alors qu'au Maroc seuls la turbinectomie et le traitement chirurgical de la pansinusite sont cotés.

Concernant les honoraires, le traitement chirurgical de la pathologie inflammatoire unilatéral des sinus en Belgique est coté à K180 et le Traitement chirurgical complet de la pathologie tumorale des sinus coté à K 400 contrairement à en Algérie où le traitement chirurgical des pathologies tumorales des sinus est coté à K180 seulement, et au Maroc où ce n'est pas codifié.

La turbinectomie unilatérale est cotée au Maroc et en Algérie à K15 alors qu'en France elle coûterait 120euros soit K60.

La méatotomie nasale moyenne, qui est l'une des chirurgies endoscopiques la plus réalisée au Maroc, n'a pas de mention dans la NGAP alors qu'en France sont mentionnées la méatotomie nasale moyenne avec un coût de 250 euros soit K120 et la méatotomie nasale inférieure bilatérale avec un coût à 380 euros soit K180.

A travers notre comparaison, il apparait que la NGAP utilisée au Maroc est pauvre concernant les actes codant pour la chirurgie endonasale. Peu d'actes seulement sont codés, ce qui n'est ni le reflet de la réalité du terrain puisque l'endoscopie endonasale thérapeutique est de plus en plus utilisée, et ne rends pas justice au médecin ORL qui aspire à faire évoluer la qualité des interventions en terme de matériel utilisé.

b. Les actes dépassés :

Pour ce qui est des actes dépassés, on peut citer la ponction isolée du sinus maxillaire ou le traitement par drainage permanent et instillations par voie endo-nasale d'une sinusite maxillaire qui ne sont presque plus réalisés au dépend de la méatotomie.

c. Les actes critiquables

Sont appréciables les mentions « maligne » ou « bénigne » dans certains actes.

Les libellés suivants sont présents dans la NGAP marocaine, « Traitement d'une lésion non maligne du sinus maxillaire » ou « exérèse d'une tumeur maligne suivie de réparation quelle que soit la technique utilisée », or la nature maligne ou bénigne d'une lésion n'est déterminable ni par radiologie ni par la clinique, elle est seulement et uniquement attestée par un résultat anatomo-pathologique qui nécessite une biopsie ou une étude de la pièce opératoire.

A savoir que parfois, la biopsie est non concluante, impossible à réaliser voire même contre-indiquée (Dans les tumeurs vasculaires par exemple).

Nous retrouvons le même inconvénient en Algérie avec les actes « Exérèse d'une tumeur bénigne de la bouche » ou « Traitement des tumeurs sinusiennes malignes ».

Par contre en Belgique, les lésions qu'elles soient malignes ou bénignes sont regroupées sous une seule dénomination « Tumeur » laissant la marge d'action au diagnostic histologique. Nous pouvons citer comme illustration « Traitement chirurgical complet de la pathologie tumorale des sinus ».

En France, sans déterminer la malignité ou la bénignité, les libellés utilisent uniquement le terme « lésion » par exemple « Destruction d'une lésion des sinus ».

Ceci dit, et comme il est impossible de prédire la nature d'une tumeur avant de l'avoir étudiée histologiquement et bien que certaines orientations soient possibles radiologiquement ou cliniquement, il serait plus judicieux d'ôter la mention maligne ou bénigne de nos actes chirurgicaux.

On pourrait citer en guise d'exemple, la mention « Ablation de corps étranger enclavé dans les fosses nasales » est cotée dans la NGAP marocaine à K10. Au Maroc, le choix est donné au chirurgien de choisir entre le libellé « enclavé » et « non enclavé », le premier coté à K10 comme mentionné précédemment et le deuxième est coté à K5. Cependant, déterminer si le corps étranger est enclavé ou non est purement subjectif et rends donc cette mention désuète.

Est critiquable aussi le traitement du Rhinophyma. En effet, au Maroc, le libellé réservé à cet acte est « Traitement du rhinophyma par décortication » et est coté à K30. En Belgique, cet acte est dénommé « Traitement chirurgical du Rhinophyma » et est coté à K50. Par contre, en Algérie, aucun code de réfère à cette intervention.

Cet acte est critiquable car l'utilisation du laser pour le traitement est une nouveauté à considérer. Seule la CCAM en France prend en considération ce nouvel appareil de haute technologie dans sa codification pour le traitement du rhinophyma.

En effet, elle lui réserve le libellé « Excision ou décortication d'un rhinophyma avec ou sans laser » avec un coût de 150euros soit K70.

Nous pouvons aussi pointer l'hémostase nasale pour épistaxis cotée à K10 au Maroc et en Algérie et n'est pas codée en Belgique et en France.

Quitte à codifier cet acte autant lui donner sa juste valeur. En réalité, cet acte est sous-coté car l'hémostase d'une épistaxis peut nécessiter une hospitalisation pour surveillance du saignement et des actes d'hémostase au bloc opératoire, des bilans et l'intervention d'autres spécialistes à savoir un cardiologue, un anesthésiste-réanimateur en cas de choc hémorragique.

5. Actes portant sur l'oropharynx :

a. Actes manquants :

N'est pas mentionné dans la NGAP marocaine, le traitement d'un diverticule pharyngo-œsophagien et la résection ou dilatation d'une sténose du pharynx par laser.

Ces actes sus cités ne sont pas mentionnés non plus dans la nomenclature algérienne et belge. Cependant, ils sont largement représentés en France par les libellés suivants « Résection de récurrence de diverticule pharyngoœsophagien, par cervicotomie », « Résection de diverticule pharyngoœsophagien avec myotomie extramuqueuse, par cervicotomie » et « Résection et/ou dilatation de sténose du pharynx, par endoscopie avec laser ou sans laser ».

N'est pas mentionné non plus la possibilité d'utilisation de l'endoscopie par exemple dans la pharyngectomie endoscopique transorale comme en Belgique ou elle est cotée à K300.

b. Les actes critiquables :

Le principal acte que nous allons critiquer est l'amygdalectomie.

L'amygdalectomie (55) est un geste chirurgical qui consiste en l'ablation ou l'exérèse des amygdales (appelées aussi tonsilles palatines). Elle est souvent associée chez l'enfant à l'adénoïdectomie (ou ablation des amygdales pharyngiennes, appelées végétations adénoïdes).

Cette intervention est très courante et commune à l'échelle internationale se pratique depuis des siècles. Elle est pratiquée depuis plus de 2000 ans. Les techniques chirurgicales utilisées ont beaucoup évolué au fil du temps, les progrès les plus importants ont eu lieu lors de l'apparition règlementée de l'anesthésie générale.

Depuis une vingtaine d'années, de nouvelles techniques ont émergé, notamment en terme d'instruments chirurgicaux utilisés.

L'amygdalectomie à l'amygdalotome de Sluder® (56), présentée pour la première fois en 1910, consiste à saisir les amygdales par une pince en forme de guillotine, à les extirper au doigt, et à laisser l'hémostase se faire spontanément.

Elle était, et resterait encore, pratiquée sous anesthésie générale courte et légère, sans protection des voies aériennes.

Ainsi réalisée, elle présente l'avantage d'être rapide mais aussi le risque majeur d'inhalation de sang avec obstruction réflexe des voies aériennes pouvant conduire au décès.

Cependant, l'amygdalectomie au Sluter est de moins en moins pratiquée et rarement enseignée de par les complications auxquelles elle expose. D'ailleurs, l'HAS (57) a répondu défavorablement à la demande de maintenir (L amygdalectomie a l amygdalotome) comme acte chirurgical codifié.

L'amygdalectomie par dissection (58) devient donc la technique de référence. Cette appellation concerne indifféremment l'utilisation d'instruments froids (amygdalotome, dissecteur, scalpels...) ou chauds (électrochirurgie monopolaire ou bipolaire, COBLATION, bistouri ultrasonique, laser, soudure thermique...).

L'amygdalectomie par coblation (59, 60) ou intracapsulaire est la technique la plus utilisée au Québec, en Suède et aux Etats Unis.

Il s'agit d'une nouvelle technique innovante démocratisée en 2016 et repose sur la création et l'application d'un champ haute énergie appelé plasma de charge luminescente. Elle fonctionne à des températures plus basses que d'autres technologies basées sur la radiofréquence. Elle est précise et inclut un système d'hémostase intégré. Elle diminue les douleurs et le risque de saignement post opératoire. (61)

Le souci auquel cette technique expose est d'ordre économique, son cout en freine l'adoption. En effet, on estimerait que le budget à attribuer au matériel pour réaliser une amygdalectomie par coblation serait 10 fois supérieur à celui d'une amygdalectomie classique.

Le système de santé algérien est classé quatrième en Afrique derrière le Nigéria, la Tunisie et l'Afrique du Sud par Bloomberg healthiest country index en 2019, tandis que le Maroc occupe la 7ème place (62). C'est ce qui rend cette comparaison intéressante au vu de la similitude sociétale et environnementale ainsi qu'économique qui unit les deux pays.

Il apparait donc que le Maroc et l'Algérie ont presque la même nomenclature, puisque la codification de leurs actes repose sur la NGAP.

En effet, la seule différence apparente est que l'Algérie propose l'adénoïdectomie seule avec une cotation à K20 ainsi que l'absence de codification de l'électrocoagulation des amygdales dans le référentiel algérien.

Pour l'amygdalectomie en soit, la cotation est la même pour les deux pays, sa valeur est de K30 pour l'enfant et K40 pour l'adulte. A savoir que l'âge adulte est défini par un âge supérieur à 15ans.

En France, et comme la CCAM adoptée par ce pays n'utilise pas de K opératoire, la comparaison s'est fait sur une base d'honoraires du médecin chirurgien. En effet, les honoraires pour une amygdalectomie s'élèvent à 130 euros soit à peu près K60 en convertissant.

Pour ce qui est des libellés réservés à l'amygdalectomie, la CCAM en propose deux uniquement, à savoir l'amygdalectomie par dissection et l'amygdalectomie par dissection associée à une adénoïdectomie sans prendre en considération l'âge du patient comme au Maroc ou l'amygdalectomie chez l'enfant et l'adulte diffère de code.

Au Canada, la CCI n'utilise pas de K opératoire non plus. Cependant, les honoraires du chirurgien s'élèvent à 206 Dollars canadiens soit à peu près 1615 Dirhams marocains soit 1,7 fois les honoraires au Maroc.

Au Canada, les libellés de l'amygdalectomie sont l'amygdalectomie de réduction et l'amygdalectomie avec adénoïdectomie. Ce choix de faire des libellés courts et non précis n'est pas anodin.

En effet, il s'agirait de laisser le choix de la technique et du matériel utilisé à l'opérateur le tout sous une seule dénomination.

En Belgique, dont le système de santé est classé 5ème de par le monde, la NSS qui régit la nomenclature détermine plusieurs libellés. En effet, l'amygdalectomie chez l'adulte est proposée seule, laissant libre choix au chirurgien de la technique utilisée, et est cotée à K100.

Un autre libellé, l'amygdalectomie par dissection pose d'ores et déjà la technique, est coté à K100, soit plus qu'au Maroc ou l'amygdalectomie est cotée à K30 seulement. Notons aussi que l'électrocoagulation des amygdales à K75 par rapport à K5 au Maroc

avec un maximum atteignable de K30, ce qui est une différence considérable.

De plus, dans tous les pays sus cités, la nouvelle technique d'amygdalectomie par coblation peine à trouver sa place, que ce soit de par le matériel de haute pointe utilisée ou de par la difficulté d'utiliser une technique chère sous une seule dénomination d'acte. Il est à savoir qu'une sonde de coblation coûte 250 \$, c'est une sonde par patient alors que pour l'électrocuter, on parle de 25 \$, donc c'est dix fois le coût. (63)

Il devient alors inconcevable qu'une intervention coûtant 10x plus chère qu'une autre soit rémunérée de la même façon.

Pourtant, l'amygdalectomie par coblation serait une alternative très intéressante aux techniques utilisées en pratique, notamment car elle expose à un moindre risque hémorragique, à de faibles douleurs post-opératoires et à des suites simples.

Le tableau ci-dessous résume la comparaison entre le Maroc et les autres pays concernant les actes d'amygdalectomie.

Pays	Nomenclature	Code d'acte	K	Honoraires
Belgique	NSS	-Electrocoagulation ou traitement au laser des amygdales, en plusieurs séances, traitement complet.	75	
		-Amygdalectomie avec adénoïdectomie chez l'enfant	50	
		-Adénoïdectomie	50	
		-Amygdalectomie, avec ou sans adénoïdectomie, chez l'adulte	100	
		-Amygdalectomie à la dissection	100	
France	CCAM	-Amygdalectomie par dissection		130euros
		-Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie		
Canada	CCI	- Amygdalectomie de réduction		206 DC
		- Amygdalectomie avec adénoïdectomie		1615 Dirhams
Algérie	NGAP	-Adénoïdectomie	K20	
		-Adénoïdectomie + amygdalectomie de l'enfant	K30	
		-Amygdalectomie de l'enfant	K30	
		-Amygdalectomie de l'adulte (> 15 ans)	K40	

Maroc	NGAP	-Amygdalectomie et adénoïdectomie chez l'enfant y compris le traitement d'éventuelles complications	K30
		-Amygdalectomie totale chez l'adulte à partir de 15ans	K40
		-Electrocoagulation ou cryothérapie des amygdales.	K5 par séance et maximum K30

6. Actes portant sur les glandes salivaires :

a. Les actes manquants :

Ne figure pas dans la NGAP marocaine, la dilatation endoscopique du conduit d'une ou plusieurs glandes salivaires, ce qui induit la réalisation concomitante d'une papillotomie et/ou marsupialisation de la papille.

Ne figure pas la dérivation du conduit parotidien pour suppléance lacrymale.

Ne figure pas la marsupialisation d'un kyste salivaire.

Ne figure pas l'évacuation d'une collection salivaire par abord direct.

Ne figure pas la scialendoscopie.

b. Les actes critiquables :

Est critiquable l'acte « Ablation d'une lésion de la glande parotide avec dissection du nerf facial » cotée à K150 et « sans dissection du nerf facial » cotée à K80.

L'énoncé du libellé n'englobe pas la parotidectomie totale ou partielle qui pourtant à ses indications.

En Belgique, on parle d'« Ablation de la parotide avec dissection du nerf facial » et cet acte est coté à K400.

En France, la parotidectomie est proposée sous tous ses aspects. Partielle ou totale, avec ou sans dissection du nerf facial, en précisant l'abord direct ou cervico-facial. Concernant le libellé « **Parotidectomie totale avec dissection et conservation du nerf facial** », le prix de l'intervention est fixé à 880euros soit K400.

Il est important de majorer le prix de cet acte au Maroc, d'abord pour s'aligner avec ce que proposent les autres pays et puis pour rendre justice aux risques de l'intervention. Cette intervention expose au risque de paralysie faciale transitoire ou définitive, à un risque infectieux et hémorragique, et au long terme au syndrome de Frey.

Il est à savoir aussi que l'extraction de calculs/lithiase salivaire peut désormais être réalisée par endoscopie, or la NGAP ne prévoit que le traitement chirurgical par voie buccale soit par incision muqueuse simple ou par dissection complète du canal excréteur.

7. Actes portant sur la langue et les lèvres :

a. Les actes manquants :

Sont manquants la glossectomie totale de la langue mobile ou de la base, la pelvi-glossectomie, l'uvulectomie, fermeture d'une communication bucco-sinusienne ou bucco-nasale, ...

En Belgique, Buccopharyngectomie transmandibulaire ou glossopelvimandibulectomie est cotée à K400.

b. Les actes critiquables :

Le traitement chirurgical d'une division vélopalatine est côté selon la NGAP marocaine à K100.

Cet acte est critiquable car n'est pas exhaustif concernant le nombre et le types de divisions ou fentes qui existent et qui peuvent être codifiés. Notons l'existence de la fente labio-maxillaire, labio-alvéolaire, labiale, palatine, palato-vélaire et vélaire. Tout autant d'interventions chirurgicales sont à coder.

En Algérie subsiste le même souci, tandis qu'en Belgique sont présents les libellés

suyvants « Intervention chirurgicale pour fente labiale simple » à K120, « Intervention chirurgicale pour fente labiale double » à K180 et « Intervention chirurgicale pour fente labio-maxillo-palatine complète » à K220.

En France, l'intervention chirurgicale sur les fentes est déclinée sous tous les types et toutes les techniques chirurgicales avec des honoraires allant de 240euros à 380euros.

8. Actes portant sur le larynx et la glande thyroïde :

a. Les actes manquants :

Sont manquants l'évacuation d'une collection de la loge thyroïdienne par cervicotomie ou par voie transcutanée, les termes « Isthmectomie » et « lobectomie », énucléation de nodules de la glande thyroïde, coagulation d'un œdème du larynx par laryngoscopie directe sans laser, laryngoplastie, réparation de fracas du larynx, fermeture d'un diastème laryngé congénital, fermeture d'une fente laryngo-trachéo-pharyngo-oesophagienne congénitale, par cervicotomie ou thoracotomie ou les deux,

cordotomie postérieure avec ou sans laser.

En Algérie est mentionnée la cordectomie, et en Belgique elle est représentée par le libellé « Cordectomie ou laryngectomie de type fronto-latérale » coté à K240.

b. Les actes critiquables :

Nous pouvons critiquer le libellé « Laryngectomie totale ou sus glottique » coté au Maroc à K180 et « Laryngectomie partielle » cotée à K100.

La laryngectomie partielle n'est pas assez spécifique compte tenu de l'anatomie complexe du larynx. En effet, en France sont proposés plusieurs libellés à savoir, hyothyro-épiglottectomie, laryngectomie partielle verticale, laryngectomie supra-cricoidienne, hémilaryngopharyngectomie, laryngectomie supraglottique étendue ou non à la base, ...

Ce large choix permet au chirurgien une précision de l'acte réalisé étant donné que la principale indication de la laryngectomie est la pathologie tumorale et que la prise en charge est pluridisciplinaire impliquant les radiothérapeutes et les radiologues, ce choix de détermination précise de l'acte réalisé permet une meilleure communication inter-disciplinaire.

Concernant la laryngectomie totale au Maroc, elle est largement sous côtée. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une chirurgie lourde, qui requiert un temps de réalisation long et qui n'est pas exempte de complications surtout post opératoires et qui demandent une prolongation d'hospitalisation et donc de surveillance, le code K180 n'est pas suffisant. En Belgique, les codes « Laryngectomie totale ou partielle horizontale ou hémilaryngectomie » et « Laryngectomie subtotale reconstructive en vue de conserver les fonctions laryngées » ont une valeur de K400.

Nous pouvons aussi noter la différence de rémunération concernant la thyroïdectomie.

Au Maroc par exemple, la thyroïdectomie totale est côtée à K120 et si elle est réalisée avec évidement ganglionnaire elle est côtée à K150.

En France, la thyroïdectomie totale est rémunérée à 690euros soit K320 tandis qu'en Belgique deux libellés sont prévus pour la thyroïdectomie, à savoir « Thyroïdectomie totale simple ou thyroïdectomie partielle » et « Thyroïdectomie totale ou subtotale bilatérale avec dissection des nerfs récurrents et des glandes parathyroïdes ». Le premier acte est côté à K180 et le deuxième à K300.

Or la thyroïdectomie totale en pratique, est quasiment toujours réalisée en épargnant les nerfs récurrents et les glandes parathyroïdes et ce pour éviter bon nombre de complications post-opératoires comme la dysphonie ou encore l'hyperparathyroïdie.

Il est aussi à mentionner que dans certains cas, la chirurgie de la thyroïde notamment d'un goitre plongeant, implique l'intervention d'autres spécialistes, à savoir un chirurgien thoracique.

A la lumière de ces éléments, il serait donc judicieux de réviser la cotation de la chirurgie thyroïdienne.

CONCLUSION

En conclusion, le présent travail de thèse a soulevé l'importance majeure de la révision et l'actualisation de la nomenclature générale des actes professionnels en Oto-rhino-laryngologie dans un double objectif, le premier étant de permettre une meilleure exhaustivité des actes réalisés au Maroc, et le deuxième étant de rendre justice aux chirurgiens en majorant les honoraires à la hauteur des normes mondiales.

Ce travail a permis, par une comparaison des différentes nomenclatures de différents pays, de faire état d'un fossé entre le Maroc et les autres pays étudiés en termes de libellés et d'actualisations liées à l'apparition de nouvelles techniques chirurgicales.

Il serait intéressant à la lumière de cette étude, qui est non exhaustive, de réaliser une actualisation de toute la nomenclature médicale des actes professionnels en ORL afin de s'adapter aux nouvelles interventions.

RESUMES

Résumé

Introduction : La nomenclature médicale est la liste de l'ensemble des actes médicaux que peuvent effectuer les professionnels de santé avec l'indication de leur valeur respective. Elle permet le remboursement des soins dispensés par les praticiens aux assurés sociaux. Au Maroc, la nomenclature médicale en vigueur est la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

La NGAP code donc pour les actes chirurgicaux ainsi que les explorations et les gestes ambulatoires réalisés en oto-rhino-laryngologie. Cependant, l'avènement de nouvelles techniques chirurgicales, de nouveaux matériaux comme le laser ou la vidéo-assistance au bloc opératoire ainsi que la sous-cotation de nombreux actes répertoriés et la présence d'actes dépassés puis l'absence de nouveaux actes rend cette nomenclature désuète.

Objectif : L'objectif de notre travail est de démontrer à travers une révision de la nomenclature et une comparaison avec d'autres pays la nécessité de faire une actualisation de la NGAP oto-rhino-laryngologique. Ceci afin d'encourager les jeunes chirurgiens à la pratique chirurgicale en modifiant les rémunérations et en établissant une liste exhaustive des actes réalisables avec les nouvelles technologies.

Discussion : Il nous est apparu après relecture de la nomenclature générale des actes professionnels que nombreux sont les actes à revisiter. Notons à titre d'exemple l'absence de mention d'utilisation d'un endoscope dans la chirurgie du nez et des sinus, l'absence de codes référant à l'implantation cochléaire puisqu'elle est toujours codée par assimilation à un acte de neurochirurgie fonctionnelle et stéréotaxique.

Certains actes devront aussi être sujets à une majoration de rémunération car ne rendant pas justice à l'effort du chirurgien et au risque encouru de survenue de complications. Citons à ce juste titre, l'hémostase d'une épistaxis cotée à K10.

D'autres actes doivent faire l'objet d'une modification de libellé qui n'est plus au goût du jour, certaines mentions devront être supprimées et d'autres rajoutées.

Conclusion : Au vu des différentes évolutions dont fait l'objet la spécialité de l'oto-rhino-laryngologie en terme de techniques chirurgicales et d'avancée scientifiques, les actes chirurgicaux s'en trouvent difficilement éligibles à la nomenclature générale des actes professionnels.

Au final, nous espérons que ce travail aura permis de lever le voile sur l'obligation de faire une actualisation complète de la nomenclature générale des actes professionnels.

ABSTRACT

Introduction: The medical nomenclature is the list of all the medical acts that health professionals can perform with the indication of their respective value. It allows the reimbursement of care dispensed by practitioners to those insured by social security. In Morocco, the medical nomenclature in force is the general nomenclature of professional acts (NGAP).

The NGAP therefore codes for surgical procedures as well as explorations and ambulatory procedures performed in otolaryngology.

However, the advent of new surgical techniques, new materials such as lasers or video assistance in the operating room, as well as the under-pricing of many listed procedures and the presence of outdated procedures and then the absence of new procedures makes this obsolete nomenclature.

Objective: The objective of our work is to demonstrate through a revision of the nomenclature and a comparison with other countries the need to update the otolaryngological NGAP. This is to encourage young surgeons to practice surgery by modifying remuneration and establishing an exhaustive list of procedures that can be carried out with new technologies.

Discussion: It appeared to us after re-reading the general nomenclature of professional acts that there are many acts to revisit. Note, for example, the absence of mention of the use of an endoscope in surgery of the nose and sinuses, the absence of codes referring to cochlear implantation since it is always coded by assimilation to an act of functional and stereotaxic neurosurgery.

Certain acts will also be subject to a higher remuneration because they do not do justice to the surgeon's effort and the risk of complications occurring. Let us cite for this reason, the hemostasis of an epistaxis listed at K10.

Other acts must be the subject of a modification of wording which is no longer up to date, certain mentions will have to be deleted and others added.

Conclusion: In view of the various developments in the specialty of otolaryngology in terms of surgical techniques and scientific advances, surgical procedures are difficult to qualify for the general nomenclature of professional procedures.

In the end, we hope that this work will have made it possible to lift the veil on the obligation to carry out a complete update of the general nomenclature of professional acts.

ملخص

مقدمة: التسمية الطبية هي قائمة بجميع الأعمال الطبية التي يمكن للمهنيين الصحيين القيام بها مع الإشارة إلى قيمتها الخاصة. فهي تسمح بتسديد الرعاية المقدمة من طرف الممارسون إلى المؤمن عليهم بالضمان الاجتماعي في المغرب، التسمية الطبية المعمول بها هي التسمية العامة للأفعال المهنية (NGAP). لذلك، التسمية العامة للأفعال المهنية (NGAP) للإجراءات الجراحية وكذلك الاستكشافات والإجراءات المتقدمة التي يتم إجراؤها في طب الأنف والأذن والحنجرة. ومع ذلك، فإن ظهور تقنيات جراحية جديدة، ومواد جديدة مثل الليزر أو المساعدة بالفيديو في غرفة العمليات، فضلاً عن انخفاض أسعار العديد من الإجراءات المدرجة ووجود إجراءات قديمة ومن ثم عدم وجود إجراءات جديدة تجعل هذه التسمية قديمة.

الهدف: الهدف من عملنا هو إثبات من خلال مراجعة التسمية وأيضاً من خلال المقارنة مع البلدان الأخرى، الحاجة إلى تحديثاً لتسمية العامة للأفعال المهنية (NGAP) لاختصاص الأنف والأذن والحنجرة. هذا لتشجيع الجراحين الشباب على ممارسة الجراحة من خلال تعديل الأجر وإنشاء قائمة شاملة بالإجراءات التي يمكن إجراؤها باستخدام التقنيات الجديدة.

مناقشة: اتضح لنا بعد إعادة قراءة التسمية العامة للأعمال المهنية أن هناك العديد من الأعمال التي يجب إعادة النظر فيها. لنلاحظ، على سبيل المثال، عدم وجود إشارة لاستخدام المنظار في جراحة الأنف والجيوب الأنفية، وغياب الرموز التي تشير إلى زراعة القوقعة حيث يتم ترميزها دائماً عن طريق الاستيعاب في عملية جراحة الأعصاب الوظيفية والجسمية.

ستخضع بعض الأفعال أيضاً لمكافأة أعلى لأنها لا تُنصّف جهد الجراح وخطر حدوث مضاعفات. دعونا نستشهد لهذا السبب، الأرقاء للرعاف المدرجة في K10.

يجب أن تخضع الأفعال الأخرى لتعديل في الصياغة، ويجب حذف بعض الإشارات وإضافة أخرى.

الخلاصة: في ضوء التطورات المختلفة في تخصص طب الأنف والأذن والحنجرة من حيث التقنيات الجراحية والتقدم العلمي، يصعب تأهيل العمليات الجراحية للتسمية العامة للإجراءات المهنية. في النهاية، نأمل أن يكون هذا العمل قد مكن من رفع الحجاب عن الالتزام بإجراء تحديث كامل للتسمية العامة للأعمال المهنية.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Larousse. Le Grand Larousse illustré 2019. Paris. 2018. 2106p.
- [2]. ANAM, Rapport annuel de la Cour des comptes au titre de l'année 2018.
- [3]. Réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé INAMI- Présentation aux partenaires le 25-9-2019.
- [4]. Nomenclature générale des actes professionnels par l'AMO- 2006.
- [5]. PACA-Corse D. Les conventions avec les professionnels libéraux. : 77.
- [6]. CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX : GUIDE DE LECTURE ET DE CODAGE.
- [7]. Guide de lecture et d'utilisation de la CCAM (V0bis), ATIH.
- [8]. CCAM en ligne Manuel utilisateur de la nouvelle version- Ameli.fr
- [9]. Dictionnaire des termes de médecine, Garnier-Delamare, Paris, Maloine Ed., 1998 25ème édition
- [10]. Arrêté du ministre de la santé n° 177-06 du 26 hij 1426 (27 janvier 2006) fixant la nomenclature générale des actes professionnels.
- [11]. Paris V, Devaux M. Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE. Trib Santé. 2013;40(3):45
- [12]. Saint-Lary O, Franc C, Raginel T, et al. Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ? Exercer. 2015;(119):52-61.
- [13]. Polton Bousquet. Les modèles de rémunération : un regard international https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/01_Polton_Bousquet.pdf
- [14]. Albouy V, Deprez M. Mode de rémunération des médecins. Econ Prévision. 2009;(188(2)):131-9.
- [15]. Messein N. Modes et niveaux de rémunération des médecins généralistes: opinions des omnipraticiens et des patients lorrains. Une double approche qualitative et quantitative. Sci Vivant. 2012;[q-bio]:400.

- [16]. Samson A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins? Regards Croisés Sur Econ. 24 avr 2009;n° 5(1):144-58
- [17]. Delattre E, Dormont B. Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Étude micro-économétrique sur données de panel. Economie & prévision. 2000 ; 142 : 137-161.
- [18]. Majnoni d'Intignano B. Complément A : La performance qualitative du système de santé français. Rapport du Conseil d'Analyse Économique. 1998 ; 13 : 105-113.
- [19]. Cutler D, Reber S. Paying for health insurance : the trade-off between competition and adverse selection. Quarterly Journal of Economics. 1998 ; 113 : 433-466.
- [20]. Samson AL. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards croisés sur l'économie. 2009 ; 1(5) : 144-158.
- [21]. Pierre-Louis Bras, Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée, Dans Les Tribunes de la santé 2017/4 (n° 57), pages 71 à 89
- [22]. Jean-Paul Domin, Paiement à l'acte et régulation du système de soins : une analyse de longue période (1803-2013), Dans Revue Française de Socio-Économie 2016/1 (n° 16), pages 215 à 234
- [23]. ADRIEN RENAUD - PUBLIÉ LE 18/04/2019- Le salariat peut-il un jour supplanter la médecine libérale ?
- [24]. François LEGENT, La naissance de l'Oto-rhino-laryngologie en France, Aout 200
- [25]. « Présentation de l'ORL », sur Campus ORL.
- [26]. Pr G.Cornu. (2008). *La responsabilité du médecin*. Ordre des médecins de Bruxelles. Consulté le 15.03.2022.

- [27]. Masson, Elsevier. « Chirurgie esthétique, la responsabilité ». EM-Consulte. Consulté le 25 avril 2022.
- [28]. MACSF.fr. « Le risque médico-juridique en oto-rhino-laryngologie ». MACSF.fr. Consulté le 10 avril 2022.
- [29]. « Santé Maghreb – Le guide de la médecine et de la santé au Maghreb ». Publié le 17.1.2020 et Consulté le 14 avril 2022.
http://www.santemaghreb.com/sites_pays/actus.asp?id=27537&rep=maroc.
- [30]. Revue Medicale Suisse. « L'ORL, une discipline plurivalente ». Consulté le 25 avril 2022. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2020/revue-medicale-suisse-709/l-ort-une-discipline-plurivalente>.
- [31]. « Tarifs des consultations ». Publié le 02 janvier 2021. Consulté le 25 avril 2022.
<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations-telemedecine/modifications-tarifs-consultations-mai-2017>.
- [32]. Tarifs ; médecins – consultations et visites ; 01-04-2022.Circulaire OA n° 2022/110 du 29 mars 2022 En vigueur à partir du 1 avril 2022. INAMI 3910/1933.
- [33]. Haddar, Asma, Ines Kammoun, Rim Kammoun, Olfa Jallouli, Fida Allaya, Donies Masmoudi, Leila Triki, Hela G. Zouari, et Kaouthar Masmoudi. « Lorsque le potentiel évoqué auditif précoce devient un examen primordial dans le retard du langage ». *Neurophysiologie Clinique* 48, n° 4 (1 septembre 2018): 231.
- [34]. « Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux. » En Algérie. Consulté le 26 avril 2022. <http://crasc.dz/fondoc/index.php/document/10658-8179>.

- [35]. « Nomenclature – Textes – INAMI ». Consulté le 5 février 2022.
<https://www.inami.fgov.be/fr/nomenclature/nomenclature/Pages/default.aspx>.
- [36]. « CCAM v69 ». Consulté le 26 avril 2022.
<https://www.medshake.net/outils/ccam/>.
- [37]. « CDQP006 Enregistrement des potentiels évoqués auditifs... – Code CCAM ». Consulté le 26 avril 2022. <https://www.aideaucodage.fr/ccam-cdqp006>.
- [38]. Masson, Elsevier. « Pathologies ORL associées à la rhinite allergique : revue de la littérature » publié en 2008. EM-Consulte. Consulté le 6 mars 2022.
- [39]. Ahmed Idoukitar, 2008, Thèse de médecine, « Intérêt de la vidéo nystagmographie dans les vertiges »
- [40]. « CERP004 Épreuve vestibulaire pendulaire ou rotatoire... – Code CCAM ». Consulté le 1 avril 2022. <https://www.aideaucodage.fr/ccam-cerp004>.
- [41]. « Système de vidéonystagmographie – Tous les fabricants de matériel médical ». Consulté le 26 avril 2022. <https://www.medicalexpo.fr/fabricant-medical/systeme-videonystagmographie-2094.html>.
- [42]. R. Dauman, M.-M. Eliot, I. Gavilan-Cellié, F. Sterkers-Artières, 2015, « Audiométrie de l'enfant »
- [43]. « CDQP007 Audiométrie en champ libre et en cabine chez... – Code CCAM ». Consulté le 26 avril 2022. <https://www.aideaucodage.fr/ccam-cdqp007>.
- [44]. HAS : Haute autorité de santé, TRAITEMENT DE LA SURDITÉ PAR POSE D'IMPLANTS COCHLÉAIRES OU D'IMPLANTS DU TRONC CÉRÉBRAL, Mai 2007.
- [45]. D. Bouccara, I. Mosnier, D. Bernardeschi, E. Ferrary, O. Sterkers, Implants cochléaires chez l'adulte – 22/02/12, 10.1016/j.revmed.2011.11.019

- [46]. Samantha ROUX-VAILLARD*, Anna PINEAU, Laurent LACCOURREYE, Sophie BOUCHER ACTIVATION IMMEDIATE DES IMPLANTS COCHLEAIRES: ETUDE PRELIMINAIRE Service ORL du CHU Angers, 49933 Angers Cedex 09, France.
- [47]. Cohen, Noel. « The Totally Implantable Cochlear Implant ». *Ear and Hearing* 28, n° 2 Suppl (avril 2007): 100S-101S.
- [48]. « Implant cochléaire : une histoire... française? – – Destination Santé ». Consulté le 28 avril 2022. <https://destinationsante.com/implant-cochleaire-une-histoire-francaise.html>.
- [49]. « Implant cochléaire ». Vers une Belgique en bonne santé, 8 juin 2018.
- [50]. « Coût de l'implant cochléaire ». Consulté le 28 avril 2022. <https://www.cisic.fr/implant/cout-de-limplant-cochleaire>.
- [51]. Tarifs nationaux de référence pour le remboursement ou la prise en charge des appareillages et dispositifs médicaux – ANAM/ CNSS– 2008
- [52]. « GAEA002 Réimplantation de fragment de nez, avec... – Code CCAM ». Consulté le 23 avril 2022. <https://www.aideaucodage.fr/ccam-gaea002>.
- [53]. Berhouma, M., M. Messerer, et E. Jouanneau. « Chirurgie endoscopique endonasale des tumeurs de la base du crane : historique, état de l'art et perspectives d'avenir ». *Revue Neurologique* 168, n° 2 (1 février 2012): 121-34.
- [54]. KEMCHI R., BENCHAOUI M. APPORT DE L'ENDOSCOPIE MODERNE DANS LA CHIRURGIE RHINOLOGIQUE – 2017.
- [55]. E. Lescanne *, B. Chiron, I. Constant, V. Couloigner, B. Fauroux, Y. Hassani, L. Jouffroy, V. Lesage, M. Mondain, C. Nowak, G. Orliaguet, A. Viot ; 2012. « Amygdalectomie de l'enfant : recommandation pour la pratique clinique ». EM-Consulte.

- [56]. Martine François ; Revue Orthop Dento Faciale, Volume 45, Numéro 4, Décembre 2011 « Indications et techniques actuelles de l'amygdalectomie chez l'enfant »
- [57]. Haute Autorité de Santé. 2007. « Avis défavorable de la HAS concernant le maintien de l'inscription des actes d'amygdalectomie à l'amygdalotome ».
- [58]. François Legent, Communication scientifique de 2009, « **Évolution des modalités opératoires de l'amygdalectomie** »
- [59]. « La coblation: Une nouvelle technique pour l'amygdalectomie | SERVICE ORL DU CHU DE CAEN ».
- [60]. Chang K.W. — Intracapsular versus subcapsular coblation tonsillectomy. Otolaryngol. Head Neck Surg . 2008, 138 , 153-7.
- [61]. Lowe D, et al. Lancet 2004;364(9435):697-702.
- [62]. « Afrique: Indice des soins de santé par Pays 2022 ». Consulté le 1 mai 2022. <https://fr.numbeo.com/soins-de-sant%C3%A9/classements-par-pays?region=002&title=2022>.
- [63]. M. Richebracque 1*; D. Schmitt 1; M. Idir 1; A.Coffre 2 ; S.Chanoine 3 ; P.Bedouch 3; « ETUDE DE MINIMISATION DES COUTS : TECHNIQUES DE COBLATION ET DE RADIOFREQUENCE DANS L'AMYGDALECTOMIE PARTIELLE PEDIATRIQUE »



أطروحة رقم 22/194

سنة 2022

تحديث التسميات العامة للأعمال المهنية في جراحة الأنف والأذن والحنجرة

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2022/05/11

من طرف

السيدة زينب بلمجذوب

المزداة في 15 يوليوز 1996 بمكناس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

التسمية - ORL - تصنيف - كود الفعل - تحديث - تقدم

اللجنة

الرئيس	السيد محمد ختوف..... أستاذ في علم الإنعاش والتخدير
المشرف	السيد عبد اللطيف أوديدي..... أستاذ في جراحة الأنف والأذن والحنجرة
أعضاء	السيد نبيل تويهم..... أستاذ مبرز في جراحة الأنف والأذن والحنجرة
عضو مساعد	السيد منير احميدي..... أستاذ مساعد في جراحة الأنف والأذن والحنجرة