

		Pathologie	Fréquence d'utilisation USI, personnel, produits (de 0 à 10)	Durée de mobilisation USI, personnel, produits (de 0 à 10)	Durée de mobilisation hospitalisation classique (de 0 à 10)
	OPHTHALMOLOGIE				
Degré d'urgence 1	Immédiat, aigu, risque vital ou menace sur un organe, un membre	<p><u>PATHOLOGIE*</u></p> <p>Glaucome aigu réfractaire au traitement laser</p> <p>Plaie perforante, éventuellement avec présence d'un corps étranger en intra-oculaire</p> <p>Endophtalmite</p> <p><u>INTERVENTIONS **</u></p> <p>Glaucome aigu réfractaire au traitement laser : Iridectomie ou opération de la cataracte ou trabéculéctomie</p> <p>Plaie perforante, éventuellement avec un corps étranger en intra-oculaire : Réparation de la perforation – opération de la cataracte</p> <p>Endophtalmie : vitrectomie ou IVT (injection intravitréale</p>	<p>0</p> <p>Si utilisation nécessaire, ceci n'est pas corrélé avec pathologie oculaire mais bien par comorbidité</p> <p>Idem pour tous les items suivants</p>	<p>0</p> <p>Si utilisation nécessaire, ceci n'est pas corrélé avec pathologie oculaire mais bien par comorbidité</p> <p>Idem pour tous les items suivants</p>	<p>0</p> <p>Tant hospitalisation intramuros qu'extramuros</p> <p>Si admission nécessaire, ceci est rarement corrélé avec pathologie oculaire mais bien par comorbidité</p> <p>Idem pour tous les items suivants</p>

<p>Degré d'urgence 2</p>	<p>Aigu, état qui se détériore, potentiellement risque vital ou menace sur un organe ou un membre</p> <p>Intervention le jour même ou le lendemain dans planing des opérations</p>	<p><u>PATHOLOGIE</u></p> <p>Formation de nouveaux vaisseaux choroïdes en cas de DMLA, forte myopie, conditions inflammatoires</p> <p>Décollement de la rétine épargnant la macula</p> <p>Lacération palpébrale ou affection oculaire de type inflammatoire, blow out enfants</p> <p>Forme aiguë de rétinopathie du prématuré</p> <p>Traumatisme contondant avec zonulolyse, cataracte intumescence</p> <p><u>INTERVENTIONS</u></p> <p>IVT</p> <p>Décollement de la rétine épargnant la macula : vitrectomie ou chirurgie ab externo</p> <p>Lacération palpébrale ou affection oculaire de type inflammatoire : chirurgie de la paupière</p> <p>Forme aiguë de rétinopathie du prématuré : traitement par IVT ou chirurgie</p>			
--------------------------	--	---	--	--	--

		Traumatisme contondant = opération de la cataracte, vitrectomie			
Degré d'urgence 3	Accélééré Intervention dans un délai se chiffrant en jours	<u>PATHOLOGIE/problématique</u> Indications vitréo-rétiniennes 1/ Décollement de la rétine n'épargnant pas la macula 2/ Traction vitréo-maculaire avec ou sans trou maculaire 3/ Hémorragie du vitré n'excluant pas pathologie rétinienne 4/ Hémorragie sous-maculaire 5/ Opération compliquée de la cataracte avec fragments persistants de cristallin, incarceration du vitré ou luxation du cristallin 6/ Tension oculaire augmentée par glaucome néovasculaire, tamponnement huile de silicone, tamponnement gaz, glaucome malin 7/ hémorragie choroïdienne Œdème maculaire Dacryocystite, abcès orbite Tension oculaire > 35 et ne baissant pas avec des gouttes ou un traitement laser, glaucome de stade terminal instable Risque de perforation d'un ulcère cornéen			

		<p>Intervention de la cataracte assortie de conditions médicales supplémentaires comme une diplopie monoculaire – perte de la vision stéréoscopique – risque de chute, monophthalmie, risques professionnels</p> <p>Cataracte congénitale</p> <p>Tumeurs oculaires (rétinoblastome, mélanome, rhabdomyosarcome)</p> <p><u>INTERVENTIONS</u></p> <p>Indications vitréo-rétiennes = 1-7 vitrectomie</p> <p>Œdème macula = IVT</p> <p>Dacryocystite, abcès orbite : chirurgie</p> <p>Tension oculaire > 35 et ne baissant pas avec des gouttes ou un traitement laser : chirurgie glaucome ou opération cataracte</p> <p>Perforation = chirurgie</p> <p>Cataracte = chirurgie</p> <p>Tumeurs = examen sous narcose ou chirurgie</p>			
--	--	---	--	--	--

<p>Électif A Mais la cataracte avec perte de vision depuis 2 mois se voit attribuer le degré d'urgence 4</p>	<p>Affection qui, si elle n'est pas traitée dans un délai de quelques mois, peut entraîner des dommages pour la santé < 3 mois Soins à planifier, en tenant compte de la capacité de l'hôpital et de la flexibilité nécessaire pour la reconversion de capacité</p>	<p><u>PATHOLOGIE</u></p> <p>Pathologie vitréo-rétinienne 1/ hémorragie du vitré 2/ pathologie maculaire 3/ tumeur choroïdienne 4/ retained lens fragments. Sans tension oculaire augmentée 5/ uvéite 6/ cristallin (sous) luxé ou implant cristallin 7/ examen sous narcose pour patients non coopératifs 8/ extrusion scleral buccle</p> <p>Cataracte non congénitale enfant < 7 ans</p> <p>Entropion/ectropion</p> <p>Tumeurs palpébrales et ptose</p> <p>Strabisme</p> <p><u>INTERVENTIONS</u></p> <p>Pathologie vitréorétienne 1-6 vitrectomie 7 examen 8 ablation buccle</p> <p>Cataracte non congénitale enfant < 7 ans = opération cataracte</p> <p>Entropion/ectropion: chirurgie</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>Tumeurs palpébrales/ptose : chirurgie</p> <p>Strabisme : chirurgie</p>			
Électif B	<p>Crise COVID-19 Vu le faible impact sur la santé, les soins peuvent être reportés sans planification immédiate. >3 mois</p>	<p>PATHOLOGIE/PROBLEMATIQUE</p> <p>Vitréorétinienne 1/ ERM non progressive 2/ trou maculaire existant depuis longtemps 3/ floaters 4/ ablation tamponnement huile sans augmentation tension 5/ implant cristallin secondaire ou échange cristallin</p> <p>Blépharochalasis Affections palpébrales Divergences réfraction</p> <p><u>INTERVENTIONS</u></p> <p>Vitréorétinienne Vitrectomie</p> <p>Blépharochalasis : chirurgie Affections palpébrales : chirurgie fonctionnelle et esthétique Divergences réfraction : chirurgie réfractive</p>			

La présente liste est indicative, mais non exhaustive pour la chirurgie oculaire d'urgence. Le clinicien est le responsable final et définit à ce titre le degré d'urgence des traitements. Nous insistons dès lors sur la nécessité de ne considérer la présente liste comme une référence uniquement pendant la crise du coronavirus. Une fois que celle-ci sera derrière nous, la présente liste perdra toute validité. Elle ne pourra donc plus être utilisée pour les problématiques médico-légales ou déontologiques, pas davantage que dans le cadre de la loi qualité.

Les patients d'ophtalmologie ne se retrouvent pas en USI pour leur pathologie ophtalmologique.

Pour ce qui est de la mobilisation du personnel et des produits, celle-ci est minimale en ophtalmologie puisque l'on utilise des Custom Packs de matériel jetable pour la plupart des interventions. L'utilisation du personnel et des produits est donc relativement standardisée conformément à un protocole connu. L'intervention la plus fréquente est la chirurgie de la cataracte sous anesthésie topique, et ne requiert pas la présence d'un anesthésiste.

Quant à la durée de l'hospitalisation classique, nous pouvons préciser ce qui suit : 95% des admissions ont lieu en hôpital de jour et en hospitalisation de jour prévisible. Les hospitalisations de longue durée ne doivent être prévues qu'en cas de traitement antiviral ou antibiotique en IV intensif, pour des investigations neuro-ophtalmologiques ou en cas de suivi post-traumatique. Ces pathologies n'entravent nullement le fonctionnement du quartier opératoire.

- Indicative et a pour but de fournir un appui.
- Il reste de la responsabilité du clinicien de tenir compte des spécificités (p. ex. comorbidités) du patient ainsi que de la capacité concrète actuelle et prévue et du contexte de sécurité de l'hôpital. La flexibilité de reconversion de capacité dans le cadre d'éventuelles nouvelles flambées de COVID-19 doit être prise en compte.
- La proposition suppose l'ouverture de consultations sous réserve de garanties pour toutes les mesures de sécurité (y compris un registre des moyens disponibles). L'ophtalmologue ne peut en effet faire le diagnostic sur la cause d'une baisse de vision et établir un traitement qu'après avoir fait un examen sur le patient. La réalisation de l'examen diagnostique des yeux fait partie des soins essentiels. La diminution visuelle est une perception du patient qui ne peut être objectivée que par un examen de l'ophtalmologue, avec parfois des symptômes associés tels que la douleur, la photophobie, les flashes par exemple.
- Les téléconsultations sont encouragées, notamment pour le tri et les renvois par les MG dans le cas de patients dont les plaintes sont vagues ; organisation de téléconsultations pour les premiers contrôles postopératoires.

Réserves : cette liste est indicative et a pour but de fournir un appui. Il reste de la responsabilité du clinicien de tenir compte des spécificités (p. ex. comorbidités) du patient ainsi que de la capacité concrète actuelle et prévue et du contexte de sécurité de l'hôpital. La

flexibilité de reconversion de capacité dans le cadre d'éventuelles nouvelles flambées de COVID-19 doit être prise en compte (voir réponse détaillée du Bureau du Conseil supérieur des médecins du 19.04.2020).

La proposition suppose l'ouverture de consultations sous réserve de garanties pour toutes les mesures de sécurité (y compris un registre des moyens disponibles).

Les téléconsultations sont encouragées, notamment pour le tri et les renvois par les MG dans le cas de patients dont les plaintes sont vagues.

Explication du tableau :

*PATHOLOGIE : il s'agit ici chaque fois, pour votre spécialité, d'une liste non limitative d'affections ou de groupes de pathologies spécifiques, classés si possible dans l'ordre de leur fréquence d'apparition.

**INTERVENTIONS : concerne toutes les interventions diagnostiques et thérapeutiques, qu'elles nécessitent ou non une narcose.

° Degré d'urgence 1 :

Implique une urgence telle que l'établissement du diagnostic et le traitement sont prioritaires sur toute autre activité qui, au besoin, est arrêtée à cet effet (immédiatement).

°° Degré d'urgence 2

Se rapporte à toute intervention diagnostique ou thérapeutique qui doit pouvoir avoir lieu dès qu'elle est possible et qu'elle s'inscrit dans le programme. Si nécessaire, le planning de la journée (du jour même) doit être adapté ou allongé.

°°° Degré d'urgence 3

Se rapporte aux actes diagnostiques ou thérapeutiques qui doivent être planifiés le plus rapidement possible à court terme (< 1 semaine).

+ Électif A

Actes diagnostiques et thérapeutiques débouchant sur un plan de prise en charge de la maladie, éventuellement graduel, mais planifié de façon telle qu'il n'entraîne aucune diminution des chances pour le patient, compte tenu de la capacité du moment (avec priorité pour les degrés d'urgence 1, 2 et 3).

Mise en œuvre finale à évaluer et impérativement < 3 mois

++ Électif B

Actes diagnostiques et thérapeutiques n'impliquant aucun risque pour la santé à court ou moyen terme.

Les patients peuvent être vus pour avis même si une planification concrète n'est pas possible dans une période de 3 mois.

Ces actes peuvent toutefois avoir lieu en cas de surcapacité dans les établissements de soins.

En ce qui concerne les colonnes "fréquence" et "durée" attendue d'utilisation de l'USI et la durée d'hospitalisation, les modalités pratiques ad hoc devront être déterminées en parallèle par le médecin en chef en concertation en fonction des possibilités.

L'enquête vise seulement à obtenir un score entre 0 et 10 afin d'avoir une image plus précise des divers éléments.