

		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)
	<b>OPHTHALMOLOGIE</b>				
Degré d'urgence 1	Immédiat, aigu, risque vital ou menace sur un organe, un membre	<u>PATHOLOGIE*</u>  Glaucome aigu réfractaire au traitement laser  Plaie perforante, éventuellement avec présence d'un corps étranger en intra-oculaire  Endophtalmite  <u>INTERVENTIONS **</u>  Glaucome aigu réfractaire au traitement laser : Iridectomie ou opération de la cataracte ou trabéculéctomie  Plaie perforante, éventuellement avec un corps étranger en intra-oculaire :			En hôpital : hospitalisation de jour En extra-hospitalier : 1h  En hôpital : hospitalisation de jour

		Réparation de la perforation – opération de la cataracte  Endophtalmie : vitrectomie			En extra-hospitalier : 1h30  En hôpital : hospitalisation de jour En extra-hospitalier : 1h30
Degré d'urgence 2	Aigu, état qui se détériore, potentiellement risque vital ou menace sur un organe ou un membre          Intervention dans un délai se chiffrant en heures	<u>PATHOLOGIE</u> Détachement de la rétine épargnant la macula  Lacération palpébrale ou affection oculaire de type inflammatoire  Forme aiguë de rétinopathie du prématuré  <u>INTERVENTIONS</u>  Détachement de la rétine épargnant la macula : vitrectomie ou chirurgie ab externo  Lacération palpébrale ou affection oculaire de type inflammatoire : chirurgie de la paupière			En hôpital : hospitalisation de jour En extra-hospitalier : 1h30  En hôpital : hospitalisation de jour

		Forme aiguë de rétinopathie du prématuré : traitement			En extra-hospitalier : 1h30  En hôpital : hospitalisation de jour
Degré d'urgence 3	Accélééré  Intervention dans un délai se chiffrant en jours	<u>PATHOLOGIE/problématique</u>  Détachement de la rétine n'épargnant pas la macula  Pathologie maculaire avec indication de vitrectomie  Dacryocystite/adénite-abcès du sac lacrymal Tension oculaire > 35 et ne baissant pas avec des gouttes ou un traitement laser  Risque de perforation d'un ulcère cornéen  Hémorragie du vitré chez un patient monoptalme ou à risque de détachement de la rétine  Rétinopathie diabétique proliférante réfractaire au laser ou aux IVT  Œdème maculaire			

		<p>Glaucome de stade terminal instable</p> <p>Intervention de la cataracte assortie de conditions médicales supplémentaires comme une diplopie monoculaire – perte de la vision stéréoscopique – risque de chute, cataracte avec vision &lt;0.50</p> <p>Strabisme concomitant d'apparition récente</p> <p><u>INTERVENTIONS</u></p> <p>Décollement de la rétine n'épargnant pas la macula : Vitrectomie ou chirurgie ab externo</p> <p>Pathologie maculaire avec indication de vitrectomie : Vitrectomie</p> <p>Dacryocystite/adénite-abcès du sac lacrymal : Dacryocystorhinostomie</p>			<p>En hôpital : hospitalisation de jour En extra-hospitalier : 1h30</p> <p>En hôpital : hospitalisation de jour En extra-hospitalier : 1h30</p> <p>Uniquement en hôpital :</p>
--	--	---	--	--	--

		<p>Tension oculaire &gt; 35 et ne baissant pas avec des gouttes ou un traitement laser : Trabéculéctomie</p> <p>Hémorragie du vitré chez un patient monophthalme ou à risque de décollement de la rétine : vitrectomie</p> <p>Rétinopathie diabétique proliférante réfractaire au laser ou aux IVT : Vitrectomie</p> <p>Œdème maculaire : injection intravitréenne</p> <p>Glaucome de stade terminal instable : Phaco-trabéculéctomie, chirurgie du glaucome micro-</p>			<p>hospitalisation de jour</p> <p>En hôpital : hospitalisation de jour En extra-hospitalier : 1h</p> <p>En hôpital : hospitalisation de jour En extra-hospitalier : 1h30</p> <p>En hôpital : hospitalisation de jour En extra-hospitalier : 1h30</p> <p>En extra-hospitalier : 20 min En hôpital : 1h</p> <p>En hôpital : hospitalisation de jour</p>
--	--	---	--	--	---

		<p>invasive, chirurgie filtrante du glaucome</p> <p>Cataracte assortie de conditions supplémentaires : chirurgie</p> <p>Strabisme concomitant d'apparition récente : chirurgie du strabisme</p>			<p>En extra-hospitalier : 1h30</p> <p>En hôpital : hospitalisation de jour En extra-hospitalier : 1h</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 &lt; 3 mois</p> <p>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>Cataracte non assortie de conditions médicales supplémentaires</p> <p>Entropion/ectropion</p> <p>Tumeurs palpébrales et ptose</p> <p>Strabisme</p> <p>Hémorragie du vitré</p> <p>Pathologie maculaire avec diminution de la vision depuis plus de 1 mois et indication de vitrectomie</p> <p><u>INTERVENTIONS</u></p> <p>Cataracte :</p>			<p>En extra-hospitalier : 1h</p>

		<p>Chirurgie de la cataracte non assortie de conditions supplémentaires</p> <p>Entropion/ectropion/ptose Tumeurs palpébrales : Chirurgie palpébrale</p> <p>Strabisme : Chirurgie du strabisme</p> <p>Hémorragie du vitré et pathologie maculaire avec diminution de la vision depuis plus de 1 mois et indication de vitrectomie : vitrectomie</p>			<p>En hôpital : hospitalisation de jour</p> <p>En extra-hospitalier : 1h En hôpital : hospitalisation de jour</p> <p>En hôpital : hospitalisation de jour En extra-hospitalier : 1h30</p> <p>En hôpital : hospitalisation de jour En extra-hospitalier : 1h30</p>
Électif B++	<p>Crise COVID-19 Vu le faible impact sur la santé, les soins peuvent être reportés sans planification immédiate. &gt;3 mois</p>	Blépharochalasis			<p>En extra-hospitalier : 1h</p>

		Chirurgie palpébrale			<p>En hôpital : hospitalisation de jour</p> <p>En extra-hospitalier : 1h</p> <p>En hôpital : hospitalisation de jour</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.***

***C'est en toute hâte qu'il nous a fallu établir cette liste « importante ».***

***En tant que bureau du Syndicat des ophtalmologues conjointement au bureau de l'Association professionnelle des ophtalmologues, nous avons établi la présente liste en honneur et conscience dans un délai de 48h, mais nous avons conscience de la possibilité qu'elle présente certaines lacunes.***

***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.***

***En cas de nécessité ou de réactivation de la pandémie Covid-19, il est toujours possible de recourir à la capacité extra-hospitalière des centres oculaires agréés par l'INAMI et, en l'occurrence également, il ne saurait être question de charge pesant sur les USI, le personnel ou les produits.***

- 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).
- 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.**

Dans ce contexte, il faut, comme dans l'exemple, disposer d'une petite note explicative pour chaque colonne.

9

**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.

10

°°° 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.