



SCO – Priorisation des cas en chirurgie ophtalmique

Comité directeur :

Yvonne Buys, Phil Hooper, Colin Mann, Salina Teja, Vivian Yin

Le Groupe de travail comprend les membres du Comité des grands enjeux de la profession de la SCO (Annexe 2) et d'autres représentants provenant de diverses régions du Canada :

- Ontario : Yvonne Buys, Phil Hooper, Raj Rathee, Basser Khan, Sherif El-Defrawy
- Nouvelle-Écosse : Colin Mann, Marcelo Nicolela
-  le-du-Prince-Édouard : Guy Boswall
- Nouveau-Brunswick : Ken Roberts
- Québec : Salim Lahoud
- Manitoba : Guillermo Rocha, Jennifer Rahman
- Alberta : Karim Damji, Amin Kherani, Stephanie Dotchin
- Saskatchewan : Todd Buglass, Ryan Eidsness
- Terre-Neuve-et-Labrador : Chris Jackmann
- Colombie-Britannique : Salina Teja, Vivian Yin

La SCO tient à remercier la D e Marie-Josée Aubin de son aide pour la traduction des exemples de cas ci-dessous.

Les hôpitaux et les centres chirurgicaux ambulatoires font face à un important arriéré d'interventions chirurgicales «  lectives » en raison d'annulations pendant la pandémie de COVID-19. Le maintien des soins chirurgicaux ophtalmiques est essentiel pour prévenir la perte de vision et les incapacités qui en découleraient au sein de la population canadienne. L'incidence de la déficience visuelle (DV) sur la productivité, la santé mentale, le risque de chute, le développement de l'enfance et la qualité de vie est bien  tablie¹. L'effet de la DV ne se limite pas aux individus et a souvent des répercussions plus larges sur la famille du patient et la société dans son ensemble.

¹ <https://iovs.arvojournals.org/article.aspx?articleid=2200157>

Objectifs

1. Fournir aux chirurgiens ophtalmiques un cadre de priorisation des cas individuels qui puisse s'appliquer dans l'ensemble du Canada et dans toutes les surspécialités de l'ophtalmologie pendant la pandémie de COVID.
2. Préconiser la chirurgie ophtalmique en milieu hospitalier.
3. Permettre de vérifier et de comparer la qualité entre chirurgiens ophtalmiques.

Cadre

Aujourd'hui plus que jamais, la gestion du temps au bloc opératoire exige de faire appel à un mécanisme de priorisation des cas qui fasse l'équilibre entre la nécessité médicale, le risque d'exposition des patients et de l'équipe de soins de santé à la COVID-19 et l'équité dans l'affectation des ressources. Il y a trois approches possibles pour l'élaboration d'un tel cadre, allant de l'applicabilité la moins généralisable à la plus vaste : se fonder sur les interventions chirurgicales particulières, se fonder sur les surspécialités ou créer un cadre général.

Les décisions sur la priorisation des soins chirurgicaux reposent sur un équilibre entre trois facteurs : les facteurs liés à l'intervention, les facteurs propres à la maladie et les facteurs propres aux patients.

Après avoir examiné les avantages de chaque type de cadre de priorisation, nous avons recommandé l'adoption d'une version modifiée du General Surgery Framework of Medically Necessary, Time-Sensitive Procedures (MeNTS), un cadre créé pour les interventions médicalement nécessaires et urgentes en chirurgie générale². Il s'agit d'un système de notation qui englobe les trois catégories de facteurs ayant une incidence sur les besoins chirurgicaux d'un patient et sur le risque de COVID, et qui produit un score composite destiné à permettre une comparaison aux fins de l'établissement des priorités chirurgicales. Il ne s'agit pas de remplacer les systèmes actuels utilisés pour les chirurgies urgentes, mais plutôt d'avoir un système pour les chirurgies électives.

Le cadre doit être utilisé pour la prise en charge chirurgicale. Il s'agit d'un processus dynamique prévoyant des réévaluations périodiques pendant la période d'attente du patient, un peu comme dans le cas d'un patient à l'urgence dont la priorité peut être révisée en fonction de facteurs changeants. Ce cadre peut être facilement adopté dans les régions et les hôpitaux et pour les surspécialités en ophtalmologie, et peut aussi servir aux fins de comparaison avec d'autres spécialités chirurgicales utilisant le même système.

Avantages

- Ne dicte pas d'échéancier précis de priorisation afin que chaque hôpital puisse toujours s'adapter à son calendrier particulier.
- Permet de comparer les surspécialités en ophtalmologie d'un bout à l'autre du pays.
- Permet de comparer la liste d'attente en chirurgie ophtalmique à celles d'autres spécialités chirurgicales et procurera un avantage supplémentaire (à long terme) car il pourra être utilisé aux fins de représentation

- S'harmonise avec les sept principes éthiques de prise de décision : l'utilité, la justice, l'équité, la priorité aux plus mal en point, l'autonomie, la réduction des préjudices et l'harmonie².
- Aide à alléger le fardeau moral de la prise de décisions pour les fournisseurs individuels.
- Fournit une méthode de suivi des décisions et, par conséquent, une responsabilisation.

Mise en œuvre

Les membres du Comité exécutif et du Comité des grands enjeux de la profession de la SCO ont déjà commencé à sensibiliser les chefs de service de tout le pays à l'importance de ce cadre. De même, les membres du groupe de travail susmentionné ont entrepris d'inciter les administrations hospitalières à adopter ce cadre de priorisation afin d'affecter équitablement à l'avenir les ressources des blocs opératoires.

Nous demandons à nos collègues membres de la SCO de préconiser également l'adoption de ce cadre de priorisation pour les soins chirurgicaux ophtalmiques auprès de votre ministère provincial de la Santé par le biais de lettres individuelles. Si vous souhaitez obtenir un modèle de lettre, veuillez communiquer avec Eric Johnson à la SCO à communications@cos-sco.ca.

De plus, lorsque vous les voyez au bloc opératoire, parlez à vos collègues chirurgiens de l'importance d'adopter un cadre national d'établissement des priorités et encouragez-les à passer le message.

Prière d'envoyer un courriel à Vivian Yin (viviany@me.com) : elle pourra vous aider à remplir un formulaire en ligne (Qualtrics) en fonction de vos besoins.

² V. N. Prachand, R. Milner, P. Angelos et coll. Medically Necessary, Time-Sensitive Procedures: Scoring System to Ethically and Efficiently Manage Resource Scarcity and Provider Risk During the COVID-19 Pandemic. American College of Surgeons. [https://www.journalacs.org/article/S1072-7515\(20\)30317-3/pdf](https://www.journalacs.org/article/S1072-7515(20)30317-3/pdf).

Cadre d'établissement des priorités en ophtalmologie

	Variable	1	2	3	4	5
Facteurs propres à l'intervention	Temps au BO, minutes	< 30	30-60	60-120	120-180	≥180
	Taille de l'équipe chirurgicale, n**	1	2	3	4	>4
	DS estimée	Patient externe	<23 heures	24-48 heures	≤ 3 jours	>4 jours
	Besoin d'AG	Non			Oui	
Facteurs propres à la maladie	Disponibilité et acceptabilité/efficacité de l'option de traitement non chirurgical**	Aucun disponible ou ES importants	Disponible, mais <40 % aussi efficace que la chirurgie ou ES modérés	Disponible et 40 à 60 % aussi efficace que la chirurgie	Disponible et de 60 % à 95 % aussi efficace que la chirurgie, faible risque d'ES	Disponible et tout aussi efficace
	Vision inférieure aux besoins fonctionnels**	Patient monoculaire	Difficulté avec les AVQ ou incidence importante sur le développement	Inférieur aux exigences de la conduite professionnelle ou incidence modérée sur le développement	S'approche des exigences liées à la conduite/au travail ou incidence minimale sur le développement	Aucune limitation fonctionnelle ni incidence sur le développement
	La maladie cause une perte de vision irréversible	Jamais réversible	Partiellement réversible, touchant la vision centrale	Partiellement réversible, ne touchant pas la vision centrale		Toujours réversible
	Un retard de 6 semaines entraînerait un risque de perte de vision importante ou de maladie progressive	Extrêmement élevé	Élevé	Modéré	Faible	Extrêmement faible ou aucun
	Un retard de six semaines causerait une augmentation des difficultés chirurgicales, du risque chirurgical ou du risque d'intervention supplémentaire	Significativement pire	Pire	Modérément pire	Légèrement pire	Ne sera pas pire
	Comparaison du risque d'exposition à la COVID-19 entre le traitement non chirurgical et la chirurgie**	Sans objet/ Significativement pire	Un peu pire	Équivalent	Un peu mieux	Nettement meilleur
Facteurs propres aux patients	Âge, années	<20	20-50	51-69	70-79	>80
	Risque de chute	Risque élevé	Risque modéré		Risque minimal	Aucun risque de chute
	Degré de douleur ou mauvaise QDV de vie (c.-à-d. diplopie)	Détresse ou inconfort extrême	Détresse ou inconfort modéré		Peu de détresse ou d'inconfort	Aucune détresse ou inconfort

Facteurs sociaux qui compliquent les soins**	Facteurs sociaux importants	Peu de facteurs sociaux			Aucun facteur social
Maladie pulmonaire (asthme, MPOC, FK)	Aucun	-	-	Minimale (utilisation rare de l'inhalateur)	>Minimale
Apnée obstructive du sommeil	Aucune	-	-	Légère/modérée (pas de PPC)	Utilise une PPC
Maladie CV (HT, ICG, MC)	Aucune	Minimal (sans médicament)	Léger (≤ 1 médicament)	Modéré (2 médicaments)	Grave (≥ 3 médicaments)
Diabète	Aucun	-	Léger (sans médicament)	Modéré (médicaments oraux seulement)	> Modérée (insuline)
Patient immunodéprimé	Non			Modéré	Grave
Symptômes de MSG (fièvre, toux, mal de gorge, douleurs corporelles, diarrhée)	Aucun (asymptomatique)	-	-	-	Oui
Exposition à une personne infectée par la COVID-19 au cours des 14 derniers jours (infection confirmée)	Non	Probablement pas	Peut-être	Probablement	Oui

Abréviations : AG = anesthésie générale; AVQ = activités de la vie quotidienne; BO = bloc opératoire; CV = cardiovasculaire; DS = durée du séjour; ES = effets secondaires; FK = fibrose kystique; HT = hypertension; ICG = insuffisance cardiaque congestive; MC = maladie coronarienne; MSG = maladie similaire à la grippe; PPC = pression respiratoire positive continue; QDV = qualité de vie; MPOC = maladie pulmonaire obstructive chronique.

*Les rangées de couleur grise sont tirées telles quelles du score MeNTS publié (avec traduction).

**Facteurs avec explication supplémentaire ci-dessous.

Description sélective/exemples

- Taille de l'équipe chirurgicale :
 - Équipe chirurgicale seulement (chirurgiens primaires/secondaires et stagiaires) sans personnel infirmier ou auxiliaire
- Efficacité du traitement non chirurgical :
 - « Aucun traitement non chirurgical disponible » s'applique aussi aux pénuries de médicaments. À titre d'exemple :
 - Patient dont le glaucome est contrôlé par un médicament, mais le médicament actuellement utilisé n'est pas disponible (en raison d'une pénurie)
 - Patient atteint de cataracte qui connaît un changement de vision rapide et progressif vers la myopie et qui ne peut pas se permettre plusieurs changements de lunettes
 - Patient atteint de cataracte chez qui une correction de la réfraction offre seulement une amélioration de 50 % de l'acuité visuelle
 - Le pourcentage d'efficacité est basé sur l'expertise du clinicien et sa compréhension du processus morbide du patient et de sa réactivité au traitement

- Un retard de 6 semaines entraînerait un risque de perte de vision importante :
 - La perte de vision est définie comme étant une perte d'acuité visuelle de 2 lignes ou plus ou une perte de champ visuel³ paracentral, évaluée en fonction des caractéristiques du patient connues du clinicien
- Comparaison du risque d'exposition à la COVID-19 entre le traitement non chirurgical et la chirurgie :
 - Par exemple, dans le contexte de fragments nucléaires dans le vitré postérieur, de multiples visites au bureau pour surveiller la présence d'endophtalmie, d'inflammation ou d'élévation de la PIO augmentent l'exposition potentielle du patient à la COVID-19 par rapport à la prise en charge chirurgicale.
- Facteurs sociaux qui compliquent les soins :
 - Les patients qui ont de la difficulté à se déplacer pour quelque raison que ce soit, les comorbidités liées à la santé mentale, les barrières linguistiques, les problèmes sociaux comme une situation familiale complexe ou l'itinérance, la toxicomanie, etc.
- Vision inférieure aux besoins fonctionnels :
 - Il est reconnu que lorsqu'il existe un processus de maladie de la même gravité chez un patient monoculaire par rapport à un patient binoculaire, cette catégorie donne priorité au patient monoculaire. Par conséquent, il n'existe aucun degré spécifié de déficience fonctionnelle pour le patient monoculaire.

³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18378317>

Annexe 1 : Exemples de cas

Cas 1: Cas de rétine. **SCORE TOTAL : 48.**

Homme de 83 ans, suivi pour rétinopathie diabétique proliférante OU, status post photocoagulation panrétinienne (PPR) et augmentation de la PPR dans le passé. Il accuse une baisse de la vision OD depuis 6 semaines. Parmi ses antécédents médicaux, on retrouve l'hypertension artérielle et le diabète pour lequel il prend de l'insuline et des agents hypoglycémisants oraux. Il vit seul avec du soutien familial à proximité. À l'examen oculaire, on note une hémorragie du vitré OD encore dense avec peu d'amélioration visible depuis 6 semaines. L'acuité visuelle OD est de CLD à 2 pieds. À l'OS, la macula est ischémique avec une acuité visuelle de 20/200.

	Variable	1	2	3	4	5
Facteurs propres à l'intervention	Temps au BO, minutes	< 30	30-60	60-120	120-180	≥180
	Taille de l'équipe chirurgicale, n**	1	2	3	4	>4
	DS estimée	Patient externe	<23 heures	24-48 heures	≤ 3 jours	>4 jours
	Besoin d'AG	Non			Oui	
Facteurs propres à la maladie	Disponibilité et acceptabilité/efficacité de l'option de traitement non chirurgical**	Aucun disponible ou ES importants	Disponible, mais <40 % aussi efficace que la chirurgie ou ES modérés	Disponible et 40 à 60 % aussi efficace que la chirurgie	Disponible et de 60 % à 95 % aussi efficace que la chirurgie, faible risque d'ES	Disponible et tout aussi efficace
	Vision inférieure aux besoins fonctionnels**	Patient monoculaire	Difficulté avec les AVQ ou incidence importante sur le développement	Inférieur aux exigences de la conduite professionnelle ou incidence modérée sur le développement	S'approche des exigences liées à la conduite/au travail ou incidence minimale sur le développement	Aucune limitation fonctionnelle ni incidence sur le développement
	La maladie cause une perte de vision irréversible	Jamais réversible	Partiellement réversible, touchant la vision centrale	Partiellement réversible, ne touchant pas la vision centrale		Toujours réversible
	Un retard de 6 semaines entraînerait un risque de perte de vision importante ou de maladie progressive	Extrêmement élevé	Élevé	Modéré	Faible	Extrêmement faible ou aucun
	Un retard de six semaines causerait une augmentation des difficultés chirurgicales, du risque chirurgical ou du	Significativement pire	Pire	Modérément pire	Légèrement pire	Ne sera pas pire

	risque d'intervention supplémentaire					
	Comparaison du risque d'exposition à la COVID-19 entre le traitement non chirurgical et la chirurgie**	Sans objet/ Significativement pire	Un peu pire	Équivalent	Un peu mieux	Nettement meilleur
Facteurs propres aux patients	Âge, années	<20	20-50	51-69	70-79	>80
	Risque de chute	Risque élevé	Risque modéré		Risque minimal	Aucun risque de chute
	Degré de douleur ou mauvaise QDV de vie (c.-à-d. diplopie)	Détresse ou inconfort extrême	Détresse ou inconfort modéré		Peu de détresse ou d'inconfort	Aucune détresse ou inconfort
	Facteurs sociaux qui compliquent les soins**	Facteurs sociaux importants	Peu de facteurs sociaux			Aucun facteur social
	Maladie pulmonaire (asthme, MPOC, FK)	Aucun	-	-	Minimale (utilisation rare de l'inhalateur)	>Minimale
	Apnée obstructive du sommeil	Aucune	-	-	Légère/modérée (pas de PPC)	Utilise une PPC
	Maladie CV (HT, ICG, MC)	Aucune	Minimal (sans médicament)	Léger (≤ 1 médicament)	Modéré (2 médicaments)	Grave (≥ 3 médicaments)
	Diabète	Aucun	-	Léger (sans médicament)	Modéré (médicaments oraux seulement)	> Modérée (insuline)
	Patient immunodéprimé	Non			Modéré	Grave
	Symptômes de MSG (fièvre, toux, mal de gorge, douleurs corporelles, diarrhée)	Aucun (asymptomatique)	-	-	-	Oui
	Exposition à une personne infectée par la COVID-19 au cours des 14 derniers jours (infection confirmée)	Non	Probablement pas	Peut-être	Probablement	Oui

Cas 2: Cas de strabisme adulte. **SCORE TOTAL : 51**

Un homme de 72 ans atteint d'orbitopathie dysthyroïdienne inactive souffre d'une diplopie binoculaire verticale, stable depuis 3 ans, en position primaire et dans le regard à gauche. Il a des antécédents de tabagisme et de chirurgie de cataracte. Il est incapable de conduire en raison de sa diplopie et se sent mal à l'aise avec un œil obstrué. Son examen montre un déficit de supraduction de -6 à droite, avec une hypertropie gauche de 25Δ dans le regard primaire. Évaluation : Il a une diplopie importante en position primaire qui ne se prête pas à la correction prismatique. Sa condition ne respecte pas les critères pour la conduite automobile. La conduite proposée est une chirurgie de strabisme avec une récession du droit inférieur droit.

	Variable	1	2	3	4	5
Facteurs propres à l'intervention	Temps au BO, minutes	< 30	30-60	60-120	120-180	≥180
	Taille de l'équipe chirurgicale, n**	1	2	3	4	>4
	DS estimée	Patient externe	<23 heures	24-48 heures	≤ 3 jours	>4 jours
	Besoin d'AG	Non			Oui	
Facteurs propres à la maladie	Disponibilité et acceptabilité/efficacité de l'option de traitement non chirurgical**	Aucun disponible ou ES importants	Disponible, mais <40 % aussi efficace que la chirurgie ou ES modérés	Disponible et 40 à 60 % aussi efficace que la chirurgie	Disponible et de 60 % à 95 % aussi efficace que la chirurgie, faible risque d'ES	Disponible et tout aussi efficace
	Vision inférieure aux besoins fonctionnels**	Patient monoculaire	Difficulté avec les AVQ ou incidence importante sur le développement	Inférieur aux exigences de la conduite professionnelle ou incidence modérée sur le développement	S'approche des exigences liées à la conduite/au travail ou incidence minimale sur le développement	Aucune limitation fonctionnelle ni incidence sur le développement
	La maladie cause une perte de vision irréversible	Jamais réversible	Partiellement réversible, touchant la vision centrale	Partiellement réversible, ne touchant pas la vision centrale		Toujours réversible
	Un retard de 6 semaines entraînerait un risque de perte de vision importante ou de maladie progressive	Extrêmement élevé	Élevé	Modéré	Faible	Extrêmement faible ou aucun
	Un retard de six semaines causerait une augmentation des difficultés chirurgicales, du risque chirurgical ou du risque d'intervention supplémentaire	Significativement pire	Pire	Modérément pire	Légèrement pire	Ne sera pas pire

	Comparaison du risque d'exposition à la COVID-19 entre le traitement non chirurgical et la chirurgie**	Sans objet/ Significativement pire	Un peu pire	Équivalent	Un peu mieux	Nettement meilleur
Facteurs propres aux patients	Âge, années	<20	20-50	51-69	70-79	>80
	Risque de chute	Risque élevé	Risque modéré		Risque minimal	Aucun risque de chute
	Degré de douleur ou mauvaise QDV de vie (c.-à-d. diplopie)	Détresse ou inconfort extrême	Détresse ou inconfort modéré		Peu de détresse ou d'inconfort	Aucune détresse ou inconfort
	Facteurs sociaux qui compliquent les soins**	Facteurs sociaux importants	Peu de facteurs sociaux			Aucun facteur social
	Maladie pulmonaire (asthme, MPOC, FK)	Aucun	-	-	Minimale (utilisation rare de l'inhalateur)	>Minimale
	Apnée obstructive du sommeil	Aucune	-	-	Légère/modérée (pas de PPC)	Utilise une PPC
	Maladie CV (HT, ICG, MC)	Aucune	Minimal (sans médicament)	Léger (≤ 1 médicament)	Modéré (2 médicaments)	Grave (≥ 3 médicaments)
	Diabète	Aucun	-	Léger (sans médicament)	Modéré (médicaments oraux seulement)	> Modérée (insuline)
	Patient immunodéprimé	Non			Modéré	Grave
	Symptômes de MSG (fièvre, toux, mal de gorge, douleurs corporelles, diarrhée)	Aucun (asymptomatique)	-	-	-	Oui
	Exposition à une personne infectée par la COVID-19 au cours des 14 derniers jours (infection confirmée)	Non	Probablement pas	Peut-être	Probablement	Oui

Cas 3: cas de rétine. **SCORE TOTAL : 44**

Homme de 64 ans initialement référé en mars au début de la COVID avec un déficit visuel de l'œil droit secondaire à une membrane épirétinienne (MER). L'acuité visuelle OD a été notée à 20/40 par le référent en fin février 2020. L'examen a été initialement reporté pendant le délestage mais le patient a appelé en déclarant une détérioration de sa vision. En mai, l'acuité visuelle OD a été évaluée à 20/400 avec une contraction de la MER (pucker maculaire) et une tomographie par OCT pire que l'OCT initiale. L'oeil gauche est normal avec une acuité visuelle de 20/20. Il est connu pour de l'hypertension artérielle traitée avec un antihypertenseur.

	Variable	1	2	3	4	5
Facteurs propres à l'intervention	Temps au BO, minutes	< 30	30-60	60-120	120-180	≥180
	Taille de l'équipe chirurgicale, n**	1	2	3	4	>4
	DS estimée	Patient externe	<23 heures	24-48 heures	≤ 3 jours	>4 jours
	Besoin d'AG	Non			Oui	
Facteurs propres à la maladie	Disponibilité et acceptabilité/efficacité de l'option de traitement non chirurgical**	Aucun disponible ou ES importants	Disponible, mais <40 % aussi efficace que la chirurgie ou ES modérés	Disponible et 40 à 60 % aussi efficace que la chirurgie	Disponible et de 60 % à 95 % aussi efficace que la chirurgie, faible risque d'ES	Disponible et tout aussi efficace
	Vision inférieure aux besoins fonctionnels**	Patient monoculaire	Difficulté avec les AVQ ou incidence importante sur le développement	Inférieur aux exigences de la conduite professionnelle ou incidence modérée sur le développement	S'approche des exigences liées à la conduite/au travail ou incidence minimale sur le développement	Aucune limitation fonctionnelle ni incidence sur le développement
	La maladie cause une perte de vision irréversible	Jamais réversible	Partiellement réversible, touchant la vision centrale	Partiellement réversible, ne touchant pas la vision centrale		Toujours réversible
	Un retard de 6 semaines entraînerait un risque de perte de vision importante ou de maladie progressive	Extrêmement élevé	Élevé	Modéré	Faible	Extrêmement faible ou aucun
	Un retard de six semaines causerait une augmentation des difficultés chirurgicales, du risque chirurgical ou du risque d'intervention supplémentaire	Significativement pire	Pire	Modérément pire	Légèrement pire	Ne sera pas pire
	Comparaison du risque d'exposition à la COVID-19	Sans objet/	Un peu pire	Équivalent	Un peu mieux	Nettement meilleur

	entre le traitement non chirurgical et la chirurgie**	Significativement pire				
Facteurs propres aux patients	Âge, années	<20	20-50	51-69	70-79	>80
	Risque de chute	Risque élevé	Risque modéré		Risque minimal	Aucun risque de chute
	Degré de douleur ou mauvaise QDV de vie (c.-à-d. diplopie)	Détresse ou inconfort extrême	Détresse ou inconfort modéré		Peu de détresse ou d'inconfort	Aucune détresse ou inconfort
	Facteurs sociaux qui compliquent les soins**	Facteurs sociaux importants	Peu de facteurs sociaux			Aucun facteur social
	Maladie pulmonaire (asthme, MPOC, FK)	Aucun	-	-	Minimale (utilisation rare de l'inhalateur)	>Minimale
	Apnée obstructive du sommeil	Aucune	-	-	Légère/modérée (pas de PPC)	Utilise une PPC
	Maladie CV (HT, ICG, MC)	Aucune	Minimal (sans médicament)	Léger (≤ 1 médicament)	Modéré (2 médicaments)	Grave (≥ 3 médicaments)
	Diabète	Aucun	-	Léger (sans médicament)	Modéré (médicaments oraux seulement)	> Modérée (insuline)
	Patient immunodéprimé	Non			Modéré	Grave
	Symptômes de MSG (fièvre, toux, mal de gorge, douleurs corporelles, diarrhée)	Aucun (asymptomatique)	-	-	-	Oui
	Exposition à une personne infectée par la COVID-19 au cours des 14 derniers jours (infection confirmée)	Non	Probablement pas	Peut-être	Probablement	Oui

Cas 4: Cas de glaucome. **SCORE TOTAL : 48**

Une femme d'origine chinoise, âgée de 46 ans, avec des antécédents familiaux de glaucome, est connue depuis 5 ans pour un GCFA contrôlé médicalement et avec des iridotomies. Elle présente des changements précoces aux OCT mais ses champs visuels sont stables.

Récemment, elle a développé de l'irritation à l'usage de certaines de ses gouttes de glaucome et a cessé le cosopt et l'alphagan. Elle n'utilise que du xalatan qhs OU. Elle a également des cataractes qui affecte sa vision et serait intéressée à une chirurgie.

Son examen montre des acuités visuelles corrigées de 20/40 OD et 20/25 OS. L'acuité correspond au degré de cataracte. Les TIO sont de 13 mmHg OU, ce qui respecte bien sa cible de 18 OU. L'épaisseur de la cornée centrale est de 502 um OD et 510 um OS. Elle a une excavation papillaire de 0,6 OD et de 0,65 OS avec une pente inférieure OS. Les CV sont dans les limites de la normale, mais l'OTC du nerf optique de l'œil droit montre une détérioration précoce. Sa TIO a fluctué de 11 à 21 mmHg au cours des dernières années. Il est décidé d'abaisser sa cible à 12 mmHg OD.

Évaluation: puisqu'elle est sous traitement médical maximal avec xalatan qhs OU (intolérance au cosopt et à l'alphagan) et qu'il y a une détérioration confirmée de son nerf optique droit à l'OCT, et qu'elle est insatisfaite de la vision de son œil droit en raison de la cataracte, une chirurgie combinée phaco LIO et trabéculéctomie est recommandée.

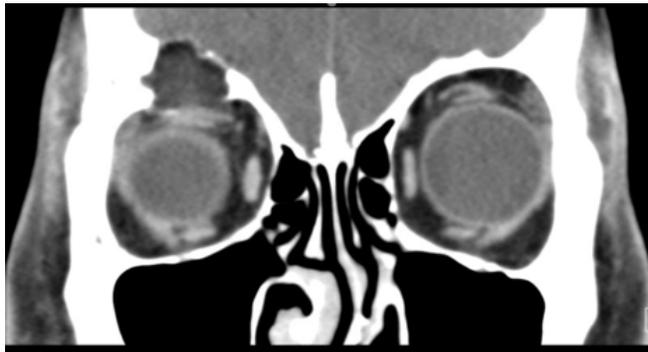
	Variable	1	2	3	4	5
Facteurs propres à l'intervention	Temps au BO, minutes	< 30	30-60	60-120	120-180	≥180
	Taille de l'équipe chirurgicale, n**	1	2	3	4	>4
	DS estimée	Patient externe	<23 heures	24-48 heures	≤ 3 jours	>4 jours
	Besoin d'AG	Non			Oui	
Facteurs propres à la maladie	Disponibilité et acceptabilité/efficacité de l'option de traitement non chirurgical**	Aucun disponible ou ES importants	Disponible, mais <40 % aussi efficace que la chirurgie ou ES modérés	Disponible et 40 à 60 % aussi efficace que la chirurgie	Disponible et de 60 % à 95 % aussi efficace que la chirurgie, faible risque d'ES	Disponible et tout aussi efficace
	Vision inférieure aux besoins fonctionnels**	Patient monoculaire	Difficulté avec les AVQ ou incidence importante sur le développement	Inférieur aux exigences de la conduite professionnelle ou incidence modérée sur le développement	S'approche des exigences liées à la conduite/au travail ou incidence minimale sur le développement	Aucune limitation fonctionnelle ni incidence sur le développement
	La maladie cause une perte de vision irréversible	Jamais réversible	Partiellement réversible, touchant la	Partiellement réversible, ne touchant pas		Toujours réversible

			vision centrale	la vision centrale		
	Un retard de 6 semaines entraînerait un risque de perte de vision importante ou de maladie progressive	Extrêmement élevé	Élevé	Modéré	Faible	Extrêmement faible ou aucun
	Un retard de six semaines causerait une augmentation des difficultés chirurgicales, du risque chirurgical ou du risque d'intervention supplémentaire	Significativement pire	Pire	Modérément pire	Légèrement pire	Ne sera pas pire
	Comparaison du risque d'exposition à la COVID-19 entre le traitement non chirurgical et la chirurgie**	Sans objet/ Significativement pire	Un peu pire	Équivalent	Un peu mieux	Nettement meilleur
Facteurs propres aux patients	Âge, années	<20	20-50	51-69	70-79	>80
	Risque de chute	Risque élevé	Risque modéré		Risque minimal	Aucun risque de chute
	Degré de douleur ou mauvaise QDV de vie (c.-à-d. diplopie)	Détresse ou inconfort extrême	Détresse ou inconfort modéré		Peu de détresse ou d'inconfort	Aucune détresse ou inconfort
	Facteurs sociaux qui compliquent les soins**	Facteurs sociaux importants	Peu de facteurs sociaux			Aucun facteur social
	Maladie pulmonaire (asthme, MPOC, FK)	Aucun	-	-	Minimale (utilisation rare de l'inhalateur)	>Minimale
	Apnée obstructive du sommeil	Aucune	-	-	Légère/modérée (pas de PPC)	Utilise une PPC
	Maladie CV (HT, ICG, MC)	Aucune	Minimal (sans médicament)	Léger (≤ 1 médicament)	Modéré (2 médicaments)	Grave (≥ 3 médicaments)
	Diabète	Aucun	-	Léger (sans médicament)	Modéré (médicaments oraux seulement)	> Modérée (insuline)
	Patient immunodéprimé	Non			Modéré	Grave
	Symptômes de MSG (fièvre, toux, mal de gorge, douleurs corporelles, diarrhée)	Aucun (asymptomatique)	-	-	-	Oui
	Exposition à une personne infectée par la COVID-19 au cours des 14 derniers jours (infection confirmée)	Non	Probablement pas	Peut-être	Probablement	Oui

Cas 5: Cas d'orbite. **SCORE TOTAL : 53**

Femme de 37 ans avec une masse au niveau de l'orbite supérieur qui évolue de façon croissante depuis 5 mois. La vision est normale de même que la fonction du nerf optique. Elle nie toute diplopie mais ressent une gêne importante en raison d'un déplacement du globe oculaire et d'une proptose de 3 mm.

Évaluation: Bien qu'il n'y ait pas de diagnostic tissulaire à partir d'une biopsie, plusieurs opinions en neuro-radiologie s'accordent sur un diagnostic probable de dermoïde intra-osseux. Le traitement nécessite une orbitotomie avec une équipe de neurochirurgie sur demande, ce qui représente 2 chirurgiens supplémentaires. Aucune admission n'est requise s'il n'y a pas d'écoulement de LCR, mais une observation postopératoire potentielle de 23 heures si une réparation de fuite de LCR était nécessaire.



	Variable	1	2	3	4	5
Facteurs propres à l'intervention	Temps au BO, minutes	< 30	30-60	60-120	120-180	≥180
	Taille de l'équipe chirurgicale, n**	1	2	3	4	>4
	DS estimée	Patient externe	<23 heures	24-48 heures	≤ 3 jours	>4 jours
	Besoin d'AG	Non			Oui	
Facteurs propres à la maladie	Disponibilité et acceptabilité/efficacité de l'option de traitement non chirurgical**	Aucun disponible ou ES importants	Disponible, mais <40 % aussi efficace que la chirurgie ou ES modérés	Disponible et 40 à 60 % aussi efficace que la chirurgie	Disponible et de 60 % à 95 % aussi efficace que la chirurgie, faible risque d'ES	Disponible et tout aussi efficace
	Vision inférieure aux besoins fonctionnels**	Patient monoculaire	Difficulté avec les AVQ ou incidence importante sur le développement	Inférieur aux exigences de la conduite professionnelle ou incidence modérée sur le développement	S'approche des exigences liées à la conduite/au travail ou incidence minimale sur le développement	Aucune limitation fonctionnelle ni incidence sur le développement

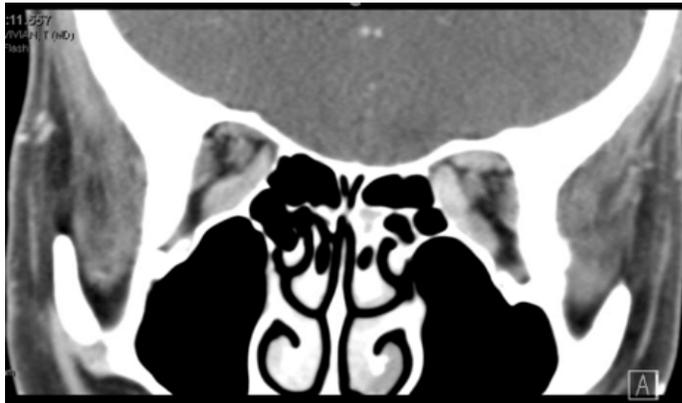
	La maladie cause une perte de vision irréversible	Jamais réversible	Partiellement réversible, touchant la vision centrale	Partiellement réversible, ne touchant pas la vision centrale		Toujours réversible
	Un retard de 6 semaines entraînerait un risque de perte de vision importante ou de maladie progressive	Extrêmement élevé	Élevé	Modéré	Faible	Extrêmement faible ou aucun
	Un retard de six semaines causerait une augmentation des difficultés chirurgicales, du risque chirurgical ou du risque d'intervention supplémentaire	Significativement pire	Pire	Modérément pire	Légèrement pire	Ne sera pas pire
	Comparaison du risque d'exposition à la COVID-19 entre le traitement non chirurgical et la chirurgie**	Sans objet/ Significativement pire	Un peu pire	Équivalent	Un peu mieux	Nettement meilleur
Facteurs propres aux patients	Âge, années	<20	20-50	51-69	70-79	>80
	Risque de chute	Risque élevé	Risque modéré		Risque minimal	Aucun risque de chute
	Degré de douleur ou mauvaise QDV de vie (c.-à-d. diplopie)	Détresse ou inconfort extrême	Détresse ou inconfort modéré		Peu de détresse ou d'inconfort	Aucune détresse ou inconfort
	Facteurs sociaux qui compliquent les soins**	Facteurs sociaux importants	Peu de facteurs sociaux			Aucun facteur social
	Maladie pulmonaire (asthme, MPOC, FK)	Aucun	-	-	Minimale (utilisation rare de l'inhalateur)	>Minimale
	Apnée obstructive du sommeil	Aucune	-	-	Légère/modérée (pas de PPC)	Utilise une PPC
	Maladie CV (HT, ICG, MC)	Aucune	Minimal (sans médicament)	Léger (≤ 1 médicament)	Modéré (2 médicaments)	Grave (≥ 3 médicaments)
	Diabète	Aucun	-	Léger (sans médicament)	Modéré (médicaments oraux seulement)	> Modérée (insuline)
	Patient immunodéprimé	Non			Modéré	Grave
	Symptômes de MSG (fièvre, toux, mal de gorge, douleurs corporelles, diarrhée)	Aucun (asymptomatique)	-	-	-	Oui
	Exposition à une personne infectée par la COVID-19 au cours des 14 derniers jours (infection confirmée)	Non	Probablement pas	Peut-être	Probablement	Oui

Cas 6: Cas d'orbite. **SCORE TOTAL : 45**

Femme de 59 ans, non anglophone, souffrant d'orbitopathie dysthyroïdienne avec des symptômes congestifs importants.

Examen: AV 20/40 OD, 20/30 OS, vision des couleurs 11/15 OU. Aucun DPAR. Restriction OU au regard en haut -1 mais aucune diplopie en position primaire et seulement subjectivement dans le regard extrême horizontal. Score d'activité clinique VISA: chémosis 1, hyperhémie conjonctivale 1, œdème palpébral 1, douleur rétrobulbaire 2, variation diurne 1. Petite papille mais pas d'œdème, excavation papillaire 0,4. Base Hertel 110, 23 mm OD 22,5 OS. Elle a eu un essai de prednisonne (1 mg / kg) x 3 jours sans amélioration significative de la douleur oculaire ou des symptômes congestifs (prédicteur de la réponse à la radiothérapie).

Évaluation: On obtiendra probablement suffisamment de décompression de l'orbite avec une chirurgie décompressive de la paroi médiale et du plancher, évitant ainsi l'utilisation d'outils électriques pour la paroi latérale. Aucun chirurgien supplémentaire n'est nécessaire, mais on souhaite la présence d'un résident ou d'un moniteur clinique. Aucune admission requise.



	Variable	1	2	3	4	5
Facteurs propres à l'intervention	Temps au BO, minutes	< 30	30-60	60-120	120-180	≥180
	Taille de l'équipe chirurgicale, n**	1	2	3	4	>4
	DS estimée	Patient externe	<23 heures	24-48 heures	≤ 3 jours	>4 jours
	Besoin d'AG	Non			Oui	
Facteurs propres à la maladie	Disponibilité et acceptabilité/efficacité de l'option de traitement non chirurgical**	Aucun disponible ou ES importants	Disponible, mais <40 % aussi efficace que la chirurgie ou ES modérés	Disponible et 40 à 60 % aussi efficace que la chirurgie	Disponible et de 60 % à 95 % aussi efficace que la chirurgie, faible risque d'ES	Disponible et tout aussi efficace
	Vision inférieure aux besoins fonctionnels**	Patient monoculaire	Difficulté avec les AVQ ou incidence importante	Inférieur aux exigences de la conduite professionnell	S'approche des exigences liées à la conduite/au	Aucune limitation fonctionnelle ni incidence

			sur le développement	e ou incidence modérée sur le développement	travail ou incidence minimale sur le développement	sur le développement
	La maladie cause une perte de vision irréversible	Jamais réversible	Partiellement réversible, touchant la vision centrale	Partiellement réversible, ne touchant pas la vision centrale		Toujours réversible
	Un retard de 6 semaines entraînerait un risque de perte de vision importante ou de maladie progressive	Extrêmement élevé	Élevé	Modéré	Faible	Extrêmement faible ou aucun
	Un retard de six semaines causerait une augmentation des difficultés chirurgicales, du risque chirurgical ou du risque d'intervention supplémentaire	Significativement pire	Pire	Modérément pire	Légèrement pire	Ne sera pas pire
	Comparaison du risque d'exposition à la COVID-19 entre le traitement non chirurgical et la chirurgie**	Sans objet/Significativement pire	Un peu pire	Équivalent	Un peu mieux	Nettement meilleur
Facteurs propres aux patients	Âge, années	<20	20-50	51-69	70-79	>80
	Risque de chute	Risque élevé	Risque modéré		Risque minimal	Aucun risque de chute
	Degré de douleur ou mauvaise QDV de vie (c.-à-d. diplopie)	Détresse ou inconfort extrême	Détresse ou inconfort modéré		Peu de détresse ou d'inconfort	Aucune détresse ou inconfort
	Facteurs sociaux qui compliquent les soins**	Facteurs sociaux importants	Peu de facteurs sociaux			Aucun facteur social
	Maladie pulmonaire (asthme, MPOC, FK)	Aucun	-	-	Minimale (utilisation rare de l'inhalateur)	>Minimale
	Apnée obstructive du sommeil	Aucune	-	-	Légère/modérée (pas de PPC)	Utilise une PPC
	Maladie CV (HT, ICG, MC)	Aucune	Minimal (sans médicament)	Léger (≤ 1 médicament)	Modéré (2 médicaments)	Grave (≥ 3 médicaments)
	Diabète	Aucun	-	Léger (sans médicament)	Modéré (médicaments oraux seulement)	> Modérée (insuline)
	Patient immunodéprimé	Non			Modéré	Grave
	Symptômes de MSG (fièvre, toux, mal de gorge, douleurs corporelles, diarrhée)	Aucun (asymptomatique)	-	-	-	Oui
	Exposition à une personne infectée par la COVID-19 au cours des 14 derniers jours (infection confirmée)	Non	Probablement pas	Peut-être	Probablement	Oui

Cas 7: Cas d'oncologie. **SCORE TOTAL : 43**

Homme de 65 ans avec cancer épidermoïde (SCC) récidivant de la paupière supérieure qui origine probablement d'un SCC conjonctival, et qui implique 90% de la paupière supérieure. Aucune extension orbitale, aucune métastase ganglionnaire lymphatique. Le patient présente une aggravation de la douleur oculaire au cours des 3 à 6 derniers mois. Aucune atteinte bulbaire notée cliniquement et l'acuité visuelle est de 20/30 OU.

Plan: Chirurgie de Mohs, avec une résection par étapes, mais la reconstruction nécessite un temps de chirurgie prolongé en raison de Cutler-Beard et d'une éventuelle cryothérapie.

Pourrait traiter avec la radiothérapie mais aura des effets secondaires importants sur la surface oculaire et nécessitera également des visites répétées à l'hôpital ce qui augmentent les risques d'exposition à la COVID. Risque élevé de perte de contrôle si la maladie progresse au niveau de l'orbite ou touche > 50% de la surface oculaire.



	Variable	1	2	3	4	5
Facteurs propres à l'intervention	Temps au BO, minutes	< 30	30-60	60-120	120-180	≥180
	Taille de l'équipe chirurgicale, n**	1	2	3	4	>4
	DS estimée	Patient externe	<23 heures	24-48 heures	≤ 3 jours	>4 jours
	Besoin d'AG	Non			Oui	
Facteurs propres à la maladie	Disponibilité et acceptabilité/efficacité de l'option de traitement non chirurgical**	Aucun disponible ou ES importants	Disponible, mais <40 % aussi efficace que la chirurgie ou ES modérés	Disponible et 40 à 60 % aussi efficace que la chirurgie	Disponible et de 60 % à 95 % aussi efficace que la chirurgie, faible risque d'ES	Disponible et tout aussi efficace
	Vision inférieure aux besoins fonctionnels**	Patient monoculaire	Difficulté avec les AVQ ou incidence importante sur le développement	Inférieur aux exigences de la conduite professionnelle ou incidence modérée sur	S'approche des exigences liées à la conduite/au travail ou incidence minimale sur	Aucune limitation fonctionnelle ni incidence sur le développement

				le développement	le développement	
	La maladie cause une perte de vision irréversible	Jamais réversible	Partiellement réversible, touchant la vision centrale	Partiellement réversible, ne touchant pas la vision centrale		Toujours réversible
	Un retard de 6 semaines entraînerait un risque de perte de vision importante ou de maladie progressive	Extrêmement élevé	Élevé	Modéré	Faible	Extrêmement faible ou aucun
	Un retard de six semaines causerait une augmentation des difficultés chirurgicales, du risque chirurgical ou du risque d'intervention supplémentaire	Significativement pire	Pire	Modérément pire	Légèrement pire	Ne sera pas pire
	Comparaison du risque d'exposition à la COVID-19 entre le traitement non chirurgical et la chirurgie**	Sans objet/ Significativement pire	Un peu pire	Équivalent	Un peu mieux	Nettement meilleur
Facteurs propres aux patients	Âge, années	<20	20-50	51-69	70-79	>80
	Risque de chute	Risque élevé	Risque modéré		Risque minimal	Aucun risque de chute
	Degré de douleur ou mauvaise QDV de vie (c.-à-d. diplopie)	Détresse ou inconfort extrême	Détresse ou inconfort modéré		Peu de détresse ou d'inconfort	Aucune détresse ou inconfort
	Facteurs sociaux qui compliquent les soins**	Facteurs sociaux importants	Peu de facteurs sociaux			Aucun facteur social
	Maladie pulmonaire (asthme, MPOC, FK)	Aucun	-	-	Minimale (utilisation rare de l'inhalateur)	>Minimale
	Apnée obstructive du sommeil	Aucune	-	-	Légère/modérée (pas de PPC)	Utilise une PPC
	Maladie CV (HT, ICG, MC)	Aucune	Minimal (sans médicament)	Léger (≤ 1 médicament)	Modéré (2 médicaments)	Grave (≥ 3 médicaments)
	Diabète	Aucun	-	Léger (sans médicament)	Modéré (médicaments oraux seulement)	> Modérée (insuline)
	Patient immunodéprimé	Non			Modéré	Grave
	Symptômes de MSG (fièvre, toux, mal de gorge, douleurs corporelles, diarrhée)	Aucun (asymptomatique)	-	-	-	Oui
	Exposition à une personne infectée par la COVID-19 au cours des 14 derniers jours (infection confirmée)	Non	Probablement pas	Peut-être	Probablement	Oui

Cas 8: Cas de voies nasolacrymales. **TOTAL SCORE: 56**

Homme de 44 ans avec canaliculite inférieure à répétition depuis 6 mois, traité à plusieurs reprises avec du vigamox depuis 3 mois avec résolution de la canaliculite. Il a partiellement réussi à vider le sac avec de la pression manuellement au quotidien. Il est symptomatique avec épiphora qui affecte sa capacité à travailler, mais décrit cela comme une nuisance. À l'examen, il y a une obstruction du canal nasolacrimal avec du mucus et du pus lors de l'irrigation. Pas encore d'épisode de dacryocystite aiguë mais le risque n'est pas faible compte tenu du pus lors de l'irrigation des voies lacrymales.

Plan: un DCR endonasal serait nécessaire et le temps chirurgical pour le chirurgien est en moyenne de 17 min. En raison du risque plus élevé d'exposition à la COVID, le chirurgien décide de ne pas demander d'être assisté par un résident

	Variable	1	2	3	4	5
Facteurs propres à l'intervention	Temps au BO, minutes	< 30	30-60	60-120	120-180	≥180
	Taille de l'équipe chirurgicale, n**	1	2	3	4	>4
	DS estimée	Patient externe	<23 heures	24-48 heures	≤ 3 jours	>4 jours
	Besoin d'AG	Non			Oui	
Facteurs propres à la maladie	Disponibilité et acceptabilité/efficacité de l'option de traitement non chirurgical**	Aucun disponible ou ES importants	Disponible, mais <40 % aussi efficace que la chirurgie ou ES modérés	Disponible et 40 à 60 % aussi efficace que la chirurgie	Disponible et de 60 % à 95 % aussi efficace que la chirurgie, faible risque d'ES	Disponible et tout aussi efficace
	Vision inférieure aux besoins fonctionnels**	Patient monoculaire	Difficulté avec les AVQ ou incidence importante sur le développement	Inférieur aux exigences de la conduite professionnelle ou incidence modérée sur le développement	S'approche des exigences liées à la conduite/au travail ou incidence minimale sur le développement	Aucune limitation fonctionnelle ni incidence sur le développement
	La maladie cause une perte de vision irréversible	Jamais réversible	Partiellement réversible, touchant la vision centrale	Partiellement réversible, ne touchant pas la vision centrale		Toujours réversible
	Un retard de 6 semaines entraînerait un risque de perte de vision importante ou de maladie progressive	Extrêmement élevé	Élevé	Modéré	Faible	Extrêmement faible ou aucun
	Un retard de six semaines causerait une augmentation des difficultés chirurgicales, du risque chirurgical ou du	Significativement pire	Pire	Modérément pire	Légèrement pire	Ne sera pas pire

	risque d'intervention supplémentaire					
	Comparaison du risque d'exposition à la COVID-19 entre le traitement non chirurgical et la chirurgie**	Sans objet/ Significativement pire	Un peu pire	Équivalent	Un peu mieux	Nettement meilleur
Facteurs propres aux patients	Âge, années	<20	20-50	51-69	70-79	>80
	Risque de chute	Risque élevé	Risque modéré		Risque minimal	Aucun risque de chute
	Degré de douleur ou mauvaise QDV de vie (c.-à-d. diplopie)	Détresse ou inconfort extrême	Détresse ou inconfort modéré		Peu de détresse ou d'inconfort	Aucune détresse ou inconfort
	Facteurs sociaux qui compliquent les soins**	Facteurs sociaux importants	Peu de facteurs sociaux			Aucun facteur social
	Maladie pulmonaire (asthme, MPOC, FK)	Aucun	-	-	Minimale (utilisation rare de l'inhalateur)	>Minimale
	Apnée obstructive du sommeil	Aucune	-	-	Légère/modérée (pas de PPC)	Utilise une PPC
	Maladie CV (HT, ICG, MC)	Aucune	Minimal (sans médicament)	Léger (≤ 1 médicament)	Modéré (2 médicaments)	Grave (≥ 3 médicaments)
	Diabète	Aucun	-	Léger (sans médicament)	Modéré (médicaments oraux seulement)	> Modérée (insuline)
	Patient immunodéprimé	Non			Modéré	Grave
	Symptômes de MSG (fièvre, toux, mal de gorge, douleurs corporelles, diarrhée)	Aucun (asymptomatique)	-	-	-	Oui
	Exposition à une personne infectée par la COVID-19 au cours des 14 derniers jours (infection confirmée)	Non	Probablement pas	Peut-être	Probablement	Oui

Cas 9: Chirurgie de cataracte. **SCORE TOTAL : 45**

Femme de 58 ans avec une histoire de 6 mois de baisse progressive de la vision de l'œil gauche. Antécédents médicaux importants pour le diabète de type 2 x 20 ans, un IMC de 36 et de l'hypertension artérielle. Elle prend de l'insuline et un antihypertenseur ARA. L'examen révèle une acuité visuelle de 20/50 OD et 20/200 OS. Cataracte sous-capsulaire postérieure 1+ OD et 3+ OS. Rétinopathie diabétique légère non proliférante. Elle est la principale conductrice de la famille en raison du handicap de son mari et a maintenant du mal à conduire dans ces conditions.

	Variable	1	2	3	4	5
Facteurs propres à l'intervention	Temps au BO, minutes	< 30	30-60	60-120	120-180	≥180
	Taille de l'équipe chirurgicale, n**	1	2	3	4	>4
	DS estimée	Patient externe	<23 heures	24-48 heures	≤ 3 jours	>4 jours
	Besoin d'AG	Non			Oui	
Facteurs propres à la maladie	Disponibilité et acceptabilité/efficacité de l'option de traitement non chirurgical**	Aucun disponible ou ES importants	Disponible, mais <40 % aussi efficace que la chirurgie ou ES modérés	Disponible et 40 à 60 % aussi efficace que la chirurgie	Disponible et de 60 % à 95 % aussi efficace que la chirurgie, faible risque d'ES	Disponible et tout aussi efficace
	Vision inférieure aux besoins fonctionnels**	Patient monoculaire	Difficulté avec les AVQ ou incidence importante sur le développement	Inférieur aux exigences de la conduite professionnelle ou incidence modérée sur le développement	S'approche des exigences liées à la conduite/au travail ou incidence minimale sur le développement	Aucune limitation fonctionnelle ni incidence sur le développement
	La maladie cause une perte de vision irréversible	Jamais réversible	Partiellement réversible, touchant la vision centrale	Partiellement réversible, ne touchant pas la vision centrale		Toujours réversible
	Un retard de 6 semaines entraînerait un risque de perte de vision importante ou de maladie progressive	Extrêmement élevé	Élevé	Modéré	Faible	Extrêmement faible ou aucun
	Un retard de six semaines causerait une augmentation des difficultés chirurgicales, du risque chirurgical ou du risque d'intervention supplémentaire	Significativement pire	Pire	Modérément pire	Légèrement pire	Ne sera pas pire
	Comparaison du risque d'exposition à la COVID-19	Sans objet/	Un peu pire	Équivalent	Un peu mieux	Nettement meilleur

	entre le traitement non chirurgical et la chirurgie**	Significativement pire				
Facteurs propres aux patients	Âge, années	<20	20-50	51-69	70-79	>80
	Risque de chute	Risque élevé	Risque modéré		Risque minimal	Aucun risque de chute
	Degré de douleur ou mauvaise QDV de vie (c.-à-d. diplopie)	Détresse ou inconfort extrême	Détresse ou inconfort modéré		Peu de détresse ou d'inconfort	Aucune détresse ou inconfort
	Facteurs sociaux qui compliquent les soins**	Facteurs sociaux importants	Peu de facteurs sociaux			Aucun facteur social
	Maladie pulmonaire (asthme, MPOC, FK)	Aucun	-	-	Minimale (utilisation rare de l'inhalateur)	>Minimale
	Apnée obstructive du sommeil	Aucune	-	-	Légère/modérée (pas de PPC)	Utilise une PPC
	Maladie CV (HT, ICG, MC)	Aucune	Minimal (sans médicament)	Léger (≤ 1 médicament)	Modéré (2 médicaments)	Grave (≥ 3 médicaments)
	Diabète	Aucun	-	Léger (sans médicament)	Modéré (médicaments oraux seulement)	> Modérée (insuline)
	Patient immunodéprimé	Non			Modéré	Grave
	Symptômes de MSG (fièvre, toux, mal de gorge, douleurs corporelles, diarrhée)	Aucun (asymptomatique)	-	-	-	Oui
	Exposition à une personne infectée par la COVID-19 au cours des 14 derniers jours (infection confirmée)	Non	Probablement pas	Peut-être	Probablement	Oui

Cas 10: Cas de cataracte pédiatrique. **SCORE TOTAL : 39**

Un enfant de 3 ans se présente pour référence d'une diminution du réflét rétinien dans un œil. À l'examen, la vision de l'enfant est de 20/200 dans l'œil droit et de 20/40 dans l'œil gauche (symboles de Léa). L'examen à la lampe à fente révèle une cataracte unilatérale visuellement significative et l'examen du fond d'œil est normal. Il y a également une exotropie intermittente. L'enfant est par ailleurs en bonne santé.

Plan: Le plan chirurgical est l'extraction du cristallin avec mise en place d'une lentille intraoculaire et vitrectomie antérieure.

	Variable	1	2	3	4	5
Facteurs propres à l'intervention	Temps au BO, minutes	< 30	30-60	60-120	120-180	≥180
	Taille de l'équipe chirurgicale, n**	1	2	3	4	>4
	DS estimée	Patient externe	<23 heures	24-48 heures	≤ 3 jours	>4 jours
	Besoin d'AG	Non			Oui	
Facteurs propres à la maladie	Disponibilité et acceptabilité/efficacité de l'option de traitement non chirurgical**	Aucun disponible ou ES importants	Disponible, mais <40 % aussi efficace que la chirurgie ou ES modérés	Disponible et 40 à 60 % aussi efficace que la chirurgie	Disponible et de 60 % à 95 % aussi efficace que la chirurgie, faible risque d'ES	Disponible et tout aussi efficace
	Vision inférieure aux besoins fonctionnels**	Patient monoculaire	Difficulté avec les AVQ ou incidence importante sur le développement	Inférieur aux exigences de la conduite professionnelle ou incidence modérée sur le développement	S'approche des exigences liées à la conduite/au travail ou incidence minimale sur le développement	Aucune limitation fonctionnelle ni incidence sur le développement
	La maladie cause une perte de vision irréversible	Jamais réversible	Partiellement réversible, touchant la vision centrale	Partiellement réversible, ne touchant pas la vision centrale		Toujours réversible
	Un retard de 6 semaines entraînerait un risque de perte de vision importante ou de maladie progressive	Extrêmement élevé	Élevé	Modéré	Faible	Extrêmement faible ou aucun
	Un retard de six semaines causerait une augmentation des difficultés chirurgicales, du risque chirurgical ou du risque d'intervention supplémentaire	Significativement pire	Pire	Modérément pire	Légèrement pire	Ne sera pas pire
	Comparaison du risque d'exposition à la COVID-19	Sans objet/	Un peu pire	Équivalent	Un peu mieux	Nettement meilleur

	entre le traitement non chirurgical et la chirurgie**	Significativement pire				
Facteurs propres aux patients	Âge, années	<20	20-50	51-69	70-79	>80
	Risque de chute	Risque élevé	Risque modéré		Risque minimal	Aucun risque de chute
	Degré de douleur ou mauvaise QDV de vie (c.-à-d. diplopie)	Détresse ou inconfort extrême	Détresse ou inconfort modéré		Peu de détresse ou d'inconfort	Aucune détresse ou inconfort
	Facteurs sociaux qui compliquent les soins**	Facteurs sociaux importants	Peu de facteurs sociaux			Aucun facteur social
	Maladie pulmonaire (asthme, MPOC, FK)	Aucun	-	-	Minimale (utilisation rare de l'inhalateur)	>Minimale
	Apnée obstructive du sommeil	Aucune	-	-	Légère/modérée (pas de PPC)	Utilise une PPC
	Maladie CV (HT, ICG, MC)	Aucune	Minimal (sans médicament)	Léger (≤ 1 médicament)	Modéré (2 médicaments)	Grave (≥ 3 médicaments)
	Diabète	Aucun	-	Léger (sans médicament)	Modéré (médicaments oraux seulement)	> Modérée (insuline)
	Patient immunodéprimé	Non			Modéré	Grave
	Symptômes de MSG (fièvre, toux, mal de gorge, douleurs corporelles, diarrhée)	Aucun (asymptomatique)	-	-	-	Oui
	Exposition à une personne infectée par la COVID-19 au cours des 14 derniers jours (infection confirmée)	Non	Probablement pas	Peut-être	Probablement	Oui

Cas 11: Examen sous anesthésie générale. **SCORE TOTAL : 41**

Un enfant de 9 ans autiste et non verbal ne peut être examiné au bureau. Avec des efforts répétés, on ne peut obtenir aucune information utile. Le rétinoscope révèle un réflexe rouge très terne. Maman déclare qu'elle est convaincue que l'enfant ne voit pas bien, se cogne aux choses et se tient très près de la télévision. Socialement, maman est une mère célibataire qui travaille à la maison. Elle a 2 autres enfants à la maison et a beaucoup de mal à se rendre aux rendez-vous, en particulier dans le contexte de la COVID car elle n'est pas autorisée à amener avec elle ses autres enfants. L'enfant souffre également d'asthme, mais qui est bien contrôlé. Plan chirurgical: examen sous anesthésie générale.

	Variable	1	2	3	4	5
Facteurs propres à l'intervention	Temps au BO, minutes	< 30	30-60	60-120	120-180	≥180
	Taille de l'équipe chirurgicale, n**	1	2	3	4	>4
	DS estimée	Patient externe	<23 heures	24-48 heures	≤ 3 jours	>4 jours
	Besoin d'AG	Non			Oui	
Facteurs propres à la maladie	Disponibilité et acceptabilité/efficacité de l'option de traitement non chirurgical**	Aucun disponible ou ES importants	Disponible, mais <40 % aussi efficace que la chirurgie ou ES modérés	Disponible et 40 à 60 % aussi efficace que la chirurgie	Disponible et de 60 % à 95 % aussi efficace que la chirurgie, faible risque d'ES	Disponible et tout aussi efficace
	Vision inférieure aux besoins fonctionnels**	Patient monoculaire	Difficulté avec les AVQ ou incidence importante sur le développement	Inférieur aux exigences de la conduite professionnelle ou incidence modérée sur le développement	S'approche des exigences liées à la conduite/au travail ou incidence minimale sur le développement	Aucune limitation fonctionnelle ni incidence sur le développement
	La maladie cause une perte de vision irréversible	Jamais réversible	Partiellement réversible, touchant la vision centrale	Partiellement réversible, ne touchant pas la vision centrale		Toujours réversible
	Un retard de 6 semaines entraînerait un risque de perte de vision importante ou de maladie progressive	Extrêmement élevé	Élevé	Modéré	Faible	Extrêmement faible ou aucun
	Un retard de six semaines causerait une augmentation des difficultés chirurgicales, du risque chirurgical ou du risque d'intervention supplémentaire	Significativement pire	Pire	Modérément pire	Légèrement pire	Ne sera pas pire

	Comparaison du risque d'exposition à la COVID-19 entre le traitement non chirurgical et la chirurgie**	Sans objet/ Significativement pire	Un peu pire	Équivalent	Un peu mieux	Nettement meilleur
Facteurs propres aux patients	Âge, années	<20	20-50	51-69	70-79	>80
	Risque de chute	Risque élevé	Risque modéré		Risque minimal	Aucun risque de chute
	Degré de douleur ou mauvaise QDV de vie (c.-à-d. diplopie)	Détresse ou inconfort extrême	Détresse ou inconfort modéré		Peu de détresse ou d'inconfort	Aucune détresse ou inconfort
	Facteurs sociaux qui compliquent les soins**	Facteurs sociaux importants	Peu de facteurs sociaux			Aucun facteur social
	Maladie pulmonaire (asthme, MPOC, FK)	Aucun	-	-	Minimale (utilisation rare de l'inhalateur)	>Minimale
	Apnée obstructive du sommeil	Aucune	-	-	Légère/modérée (pas de PPC)	Utilise une PPC
	Maladie CV (HT, ICG, MC)	Aucune	Minimal (sans médicament)	Léger (≤ 1 médicament)	Modéré (2 médicaments)	Grave (≥ 3 médicaments)
	Diabète	Aucun	-	Léger (sans médicament)	Modéré (médicaments oraux seulement)	> Modérée (insuline)
	Patient immunodéprimé	Non			Modéré	Grave
	Symptômes de MSG (fièvre, toux, mal de gorge, douleurs corporelles, diarrhée)	Aucun (asymptomatique)	-	-	-	Oui
	Exposition à une personne infectée par la COVID-19 au cours des 14 derniers jours (infection confirmée)	Non	Probablement pas	Peut-être	Probablement	Oui

Cas 12: Strabisme. **SCORE TOTAL: 42**

Un enfant de 5 ans suivi pour une ésoptropie partiellement accommodative et une amblyopie a été traité pendant 1 an au moyen d'un cache-oeil et la vision est enfin égale dans les deux yeux (20/25 OD et OS). L'enfant n'a pas de stéréoaucuité et a une ésoptropie de 25Δ.

Plan chirurgical: intervention bilatérale de correction du strabisme

	Variable	1	2	3	4	5
Facteurs propres à l'intervention	Temps au BO, minutes	< 30	30-60	60-120	120-180	≥180
	Taille de l'équipe chirurgicale, n**	1	2	3	4	>4
	DS estimée	Patient externe	<23 heures	24-48 heures	≤ 3 jours	>4 jours
	Besoin d'AG	Non			Oui	
Facteurs propres à la maladie	Disponibilité et acceptabilité/efficacité de l'option de traitement non chirurgical**	Aucun disponible ou ES importants	Disponible, mais <40 % aussi efficace que la chirurgie ou ES modérés	Disponible et 40 à 60 % aussi efficace que la chirurgie	Disponible et de 60 % à 95 % aussi efficace que la chirurgie, faible risque d'ES	Disponible et tout aussi efficace
	Vision inférieure aux besoins fonctionnels**	Patient monoculaire	Difficulté avec les AVQ ou incidence importante sur le développement	Inférieur aux exigences de la conduite professionnelle ou incidence modérée sur le développement	S'approche des exigences liées à la conduite/au travail ou incidence minimale sur le développement	Aucune limitation fonctionnelle ni incidence sur le développement
	La maladie cause une perte de vision irréversible	Jamais réversible	Partiellement réversible, touchant la vision centrale	Partiellement réversible, ne touchant pas la vision centrale		Toujours réversible
	Un retard de 6 semaines entraînerait un risque de perte de vision importante ou de maladie progressive	Extrêmement élevé	Élevé	Modéré	Faible	Extrêmement faible ou aucun
	Un retard de six semaines causerait une augmentation des difficultés chirurgicales, du risque chirurgical ou du risque d'intervention supplémentaire	Significativement pire	Pire	Modérément pire	Légèrement pire	Ne sera pas pire
	Comparaison du risque d'exposition à la COVID-19 entre le traitement non chirurgical et la chirurgie**	Sans objet/ Significativement pire	Un peu pire	Équivalent	Un peu mieux	Nettement meilleur

Facteurs propres aux patients	Âge, années	<20	20-50	51-69	70-79	>80
	Risque de chute	Risque élevé	Risque modéré		Risque minimal	Aucun risque de chute
	Degré de douleur ou mauvaise QDV de vie (c.-à-d. diplopie)	Détresse ou inconfort extrême	Détresse ou inconfort modéré		Peu de détresse ou d'inconfort	Aucune détresse ou inconfort
	Facteurs sociaux qui compliquent les soins**	Facteurs sociaux importants	Peu de facteurs sociaux			Aucun facteur social
	Maladie pulmonaire (asthme, MPOC, FK)	Aucun	-	-	Minimale (utilisation rare de l'inhalateur)	>Minimale
	Apnée obstructive du sommeil	Aucune	-	-	Légère/modérée (pas de PPC)	Utilise une PPC
	Maladie CV (HT, ICG, MC)	Aucune	Minimal (sans médicament)	Léger (≤ 1 médicament)	Modéré (2 médicaments)	Grave (≥ 3 médicaments)
	Diabète	Aucun	-	Léger (sans médicament)	Modéré (médicaments oraux seulement)	> Modérée (insuline)
	Patient immunodéprimé	Non			Modéré	Grave
	Symptômes de MSG (fièvre, toux, mal de gorge, douleurs corporelles, diarrhée)	Aucun (asymptomatique)	-	-	-	Oui
	Exposition à une personne infectée par la COVID-19 au cours des 14 derniers jours (infection confirmée)	Non	Probablement pas	Peut-être	Probablement	Oui

Annexe 2 : Membres du Conseil des grands enjeux de la profession de la SCO

Kashif Baig
Ron Baldassare
Alan Berger
Mark Bona
Andrew Boswall
Guy Boswall
Andrew Budning
Yvonne Buys
Karim Damji
Alex de Saint Sardos
Jean Deschênes
Stephanie Dotchin
James Farmer
Bryce Ford
Sylvie Gariépy
Chloe Gottlieb
Phil Hooper
Chris Jackman
Mary Lou Jackson
Bill Johnston
Amin Kherani
Femida Kherani
Marcia Kim
Salim Lahoud
Lindsay Lee
Len Levin
Ian MacLeod
Colin Mann
Ravi Nrusimhadevara
Michael O'Connor
Paul Rafuse
Jennifer Rahman
Raj Rathee
Ken Roberts
Guillermo Rocha
Amadeo Rodriguez
Briar Sexton
Alan Slomovic
James Taylor
Geoff Williams
Vivian Yin