

Grille d'évaluation des compétences chirurgicales en ophtalmologie du Conseil International d'Ophtalmologie (ICO-OSCAR)

Les grilles d'évaluation des compétences chirurgicales en ophtalmologie” du Conseil International d'Ophtalmologie ou “the International Council Of Ophthalmology’s “Ophthalmology Surgical Competency Assessment Rubrics” en anglais, pour ICO-OSCARs, sont conçues pour faciliter l'enseignement et l'évaluation des habiletés chirurgicales. Chaque procédure chirurgicale est décomposée en différentes étapes et chaque étape est divisée en quatre niveaux : novice, débutant, débutant confirmé et qualifié. Pour atteindre chaque niveau de chaque étape, une description des gestes à réaliser est fournie. L'enseignant* entoure simplement sur la fiche la description des performances observées à chaque étape lors de la réalisation de la procédure. L'ICO-OSCAR doit être rempli à la fin de chaque acte, et doit être immédiatement discuté avec l'interne/le résident afin de lui donner une évaluation immédiate, constructive et spécifiques de ses performances. Ces outils ont été développés par des panels d'experts internationaux et sont des évaluations valides d'habiletés chirurgicales.

Consignes pour l'enseignant* utilisant l'ICO-OSCARs

1. Observez l'interne/le résident en chirurgie.
2. Idéalement, immédiatement après l'acte, entourez chaque case étape de la grille. Certains enseignants* préfèrent laisser d'abord l'interne/le résident entourer lui-même les cases. Si l'acte est enregistré, il peut être revu et noté plus tard mais cela retarde pour un feedback plus rapide et efficace.
3. Notez tout commentaire pertinent qui n'est pas rapporté dans la grille.
4. Analysez les résultats avec l'interne/le résident.
5. Elaborez un plan de progression (par ex. entraînement en wet-lab / conseils pour l'acte suivant).

Suggestions :

- Si des actes antérieurs ont été accomplis, analysez les données de l'ICO-OSCAR pour relever les étapes / gestes à améliorer.
- Si différents enseignants* notent les mêmes internes / résidents, il leur est conseillé de noter ensemble plusieurs actes enregistrés avant d'utiliser la grille, afin de s'assurer qu'ils notent de la même manière.

* Enseignant = enseignant /instructeur/ évaluateur/formateur selon la situation d'apprentissage/d'évaluation.

Adaptez et traduisez ce document pour vos besoins non-commerciaux, mais veuillez indiquer la mention ICO. Accédez et téléchargez les ICO-OSCARs à l'adresse icoph.org/ico-oscar.

Figure 1

Rubrique de l'évaluation des compétences en chirurgie ophtalmologique ICO – Extraction extracapsulaire de la cataracte (ICO-OSCAR: ECCE)						
Date _____ Interne _____ Expert _____		Novice (note = 2)	Débutant (note = 3)	Débutant confirmé (note = 4)	Qualifié (note = 5)	Non applicable. Réalisé par l'enseignant (note = 0)
1	Drapage	Incapable de commencer le drapage sans aide. Drapage doit être refait.	Procède au drapage avec seulement quelques consignes orales. Couverture incomplète des cils.	Cils presque tous couverts, champ entravant très légèrement le champ de vision.	Cils tous couverts et site d'incision dégagé, champ n'entravant pas le champ de vision.	
2	Position et stabilité de l'oeil	Incapable de stabiliser l'œil dans la bonne position.	Parvient à avoir une position et une stabilité des yeux acceptables avec quelques difficultés.	Réussit à avoir une bonne position et stabilité des yeux.	Stabilise avec précision et constamment les yeux en bonne position.	
3	Accès scléral et cautérisation	Impossible de réussir à accéder à la sclère. Cautérisation insuffisante ou excessive en intensité et en localisation.	Accède à la sclère mais avec difficulté et hésitation. Cautérisation insuffisante ou excessive en localisation ou en intensité.	Réussit à avoir un accès scléral adéquat avec une légère difficulté. Cautérisation adéquate.	Accède avec précision et sans difficulté à la sclère. Cautérisation efficace et précise.	
4	Incision sclérale ou cornéo-sclérale	Profondeur, siège et taille de l'incision inadéquats.	Une seule des opérations suivantes est effectuée correctement: profondeur, siège ou taille de l'incision.	Seules deux des opérations suivantes sont effectuées correctement: profondeur, siège ou taille de l'incision.	Profondeur, siège et taille de l'incision appropriés.	
5	Produit viscoélastique: Utilisation appropriée et insertion sécurisée	Ne sait pas quand, quel type et quelle quantité de produit viscoélastique à utiliser. Epreuve des difficultés pour accéder à la chambre antérieure par la paracentèse ou le fait après de multiples tentatives infructueuses.	Nécessite quelques d'instructions. Sait quand utiliser le produit viscoélastique mais en applique une quantité ou un type inadéquat.	Nécessite quelques d'instructions. L'utilise au bon moment. Administre la quantité et le type adéquats. Pointe de la canule en bonne position.	Les produits viscoélastiques sont administrés en quantité appropriée et au bon moment, la pointe de la canule éloignée de la capsule, du cristallin et de l'endothélium, sans instruction.	

6	Capsulotomie antérieure	Mouvements maladroits ou brutaux du cystitome, profondeur trop importante ou trop superficielle, le mouvement du cristallin entraîne un stress zonulaire, un contrôle médiocre risque une disruption. Difficulté à initialiser et à garder le volet éversé.	Mouvements du cystitome maladroits ou difficiles, mais pas les deux; profondeur adéquate mais non optimale, quelques mouvements du cristallin, possible mauvais contrôle de la capsulotomie. Légère difficulté à éverser le volet.	Mouvements du cystitome doux mais imprécis; profondeur adéquate mais parfois non optimale OU quelques mouvements du cristallin OU possible mauvais contrôle de la capsulotomie.	Mouvements précis et doux du cystitome; profondeur, contrôle et taille appropriés de la capsulotomie.	
7	Elargissement de l'incision	La taille et / ou l'architecture de la plaie sont inappropriées. Lésion de l'iris pendant la manœuvre. Elargissement insuffisant, perte du plan tissulaire, brins résiduels au niveau de l'incision.	Ecoulement et/ou hernie de l'iris résultant d'une pression locale. Offre un accès chirurgical et une visibilité de la capsule et du sac réduits.	Un léger écoulement est possible, permet une extraction adéquate du noyau. Les bords de l'incision ne sont pas parallèles.	Les bords de l'incision sont parallèles, précis, tunnésés, sans hernie de l'iris, permettant une extraction facile du noyau.	
8	Hydrodissection du noyau	Hydrodissection maladroite et incomplète des adhérences capsulo-cristalliniennes pour obtenir la rotation ou l'extraction du cristallin, non reconnue par le chirurgien.	L'hydrodissection est maladroite ou incomplète mais peut être reconnue et corrigée après plusieurs tentatives.	L'hydrodissection et la mobilisation du cristallin sont imprécises mais peuvent être accomplies en une à plusieurs fois sans assistance.	Hydrodissection précise et contrôlée.	
9	Extraction du noyau	La tentative provoque une disruption du capsulorrhéxis ou une déchirure de la capsule postérieure. Incapable de tenir et d'extraire le noyau du cristallin.	Mouvements coordonnés mais encore incapable d'extraire le noyau.	Mouvements non coordonnés et imprécis, mais extraction réussie du noyau du cristallin.	Noyau extrait avec dextérité, gestes et technique bien contrôlés.	

10	Technique d'irrigation et aspiration Avec retrait du cortex	Beaucoup de difficultés à introduire la canule d'aspiration sous le bord de la capsule antérieure, position de l'orifice d'aspiration non contrôlée, incapable de régler le débit d'aspiration si nécessaire, incapable de retirer le cortex correctement, accroche la capsule ou l'iris avec le port d'aspiration.	Quelques difficultés à introduire la canule d'aspiration sous la capsule antérieure et à maintenir la position de l'orifice, essaie d'aspirer sans boucher la canule, ne comprend pas très bien la dynamique de l'aspiration. Le pelage du cortex est mal maîtrisé, saccadé et lent, capsule potentiellement compromise, nombreuses tentatives pour très peu de résidus corticaux.	Peu de difficultés à introduire la canule d'aspiration sous la capsule antérieure, orifice d'aspiration généralement orienté vers le haut, cortex engagé sur 360 degrés, pelage cortical lent, peu d'erreurs techniques, très peu de résidus corticaux. Quelques difficultés à retirer le cortex sous l'incision.	La canule d'aspiration est introduite sous le bord libre de la capsule antérieure en mode d'irrigation avec l'orifice d'aspiration orienté vers le haut, le débit d'aspiration est suffisant pour boucher la canule, retrait efficace de tout le cortex, la matière corticale est délicatement retirée vers le centre de la pupille, tangentiellement en cas de fragilité zonulaire. Aucune difficulté à retirer le cortex sous l'incision.	
11	Insertion de la lentille, rotation et position finale de la lentille intraoculaire	Incapable d'insérer l'implant intraoculaire.	Insertion et manipulation de la lentille intraoculaire difficiles, l'œil est manipulé de façon brutale, la chambre antérieure est instable, des tentatives répétées entraînent une incision limite pour le type d'implant. En raison de tentatives répétées et hésitantes, l'haptique inférieur est dans le sac capsulaire, l'haptique supérieur est pivoté en place.	Insertion et manipulation de la lentille intraoculaire sont réalisées avec une légère instabilité de la chambre antérieure, incision adaptée pour le type d'implant, l'haptique inférieur est placé à l'intérieur du sac capsulaire avec quelques difficultés, l'haptique supérieur est pivoté en place.	Insertion et manipulation de la lentille intraoculaire sont effectuées dans une chambre antérieure et un sac capsulaire profonds et stables, incision adaptée au type d'implant. L'haptique inférieur est placé délicatement dans le sac capsulaire, l'haptique supérieur est pivoté ou légèrement plié et inséré en place.	
12	Fermeture de la plaie : position et gestion des sutures	Incapable de réaliser une suture correctement. Des consignes sont requises et les points sont placés de façon incorrecte, lente, non radiale avec beaucoup de difficultés, toujours dans le mauvais plan tissulaire. Doit répéter le même point.	Quelques difficultés pour réaliser et placer des sutures, souvent dans un mauvais plan tissulaire, une reprise de la suture peut être requise. Sutures non radiales ou espacées incorrectement.	Capable de réaliser des sutures correctement. Les points de suture sont placés avec très peu de difficultés, généralement dans le bon plan tissulaire. Sutures souvent radiales, de longueur adéquate et correctement espacées.	Aucune difficulté à réaliser ou à placer les sutures correctement dans le bon plan tissulaire. Toutes les sutures sont radiales, d'une longueur adéquate et correctement espacées.	

13	Fermeture de la plaie: serrage des points et enfouissement des nœuds	Incapable de d'obtenir un serrage adéquat des points, présence de plusieurs plis cornéens, nombre de nœuds incorrect, nœuds souvent non enfouis.	Inégalité du serrage des points, quelques plis cornéens, nombre de nœuds souvent correct, nœuds enfouis.	Sutures suffisamment serrées pour une fermeture étanche de la plaie, léger astigmatisme possible, parfois nœud incorrectement enfoui. Pas de plis cornéens.	Sutures suffisamment serrées pour une fermeture étanche de la plaie, sans astigmatisme induit. Tous les nœuds sont enfouis.	
14	Fermeture de la plaie (élimination de la solution viscoélastique, hydrosuture et étanchéité)	Incapable d'éliminer totalement la solution viscoélastique, incapable de réaliser une incision étanche ou ne vérifie pas l'étanchéité de la plaie. Pression intraoculaire finale incorrecte.	Doute sur l'élimination complète de la solution viscoélastique, des manœuvres supplémentaires sont nécessaires pour réaliser une incision étanche au terme de l'intervention. Pression intraoculaire possiblement incorrecte.	La solution viscoélastique est correctement éliminée mais avec quelques difficultés. L'incision est vérifiée et étanche ou nécessite un petit ajustement au terme de l'intervention. Pression intraoculaire possiblement incorrecte.	La solution viscoélastique est parfaitement éliminée, l'incision est vérifiée et étanche au terme de l'intervention. Pression intraoculaire finale correcte.	

Indices généraux

15	Neutralité de la plaie, rotation oculaire et distorsion cornéenne minimales	Mouvements oculaires et distorsion cornéenne quasi constants.	L'œil n'est pas souvent en position primaire, des plis de distorsion sont fréquents.	L'œil est généralement en position primaire, de légers plis de distorsion cornéenne se produisent.	L'œil est maintenu en position primaire tout au long de l'intervention. Pas de plis de distorsion. La longueur et l'emplacement des incisions empêchent toute distorsion cornéenne.	
16	Œil centré dans le champ de vision du microscope	Rajustement constant nécessaire.	Rajustement occasionnel nécessaire.	Légère fluctuation de la position de la pupille.	La pupille est maintenue centrée tout au long de l'intervention.	
17	Manipulation des tissus conjonctival et cornéen	La manipulation des tissus est brutale et provoque des lésions.	La manipulation des tissus est limitée et provoque de petites lésions.	La manipulation des tissus est correcte mais des lésions peuvent survenir.	La manipulation n'occasionne aucune lésion et ne présente aucun risque pour les tissus.	
18	Perception spatiale intraoculaire	Instruments souvent en contact avec la capsule, l'iris et l'endothélium cornéen.	Quelques contacts accidentels avec la capsule, l'iris et l'endothélium cornéen.	Rares contacts accidentels avec la capsule, l'iris et l'endothélium cornéen.	Aucun contact accidentel avec la capsule, l'iris et l'endothélium cornéen.	

19	Protection de l'iris	Risque constant pour l'iris, manipulation brutale.	Risque occasionnel pour l'iris. A besoin d'aide pour déterminer quand et comment utiliser les crochets, l'anneau ou d'autres méthodes de protection de l'iris.	Iris généralement bien protégé. Quelques difficultés à utiliser les crochets, l'anneau ou d'autres méthodes de protection de l'iris.	Iris intact. Les crochets, l'anneau ou d'autres méthodes sont utilisés si nécessaire pour protéger l'iris.	
20	Durée globale et fluidité de la procédure	Hésitant, s'arrête puis reprend fréquemment, manque total de fluidité dans les gestes. Durée de l'intervention supérieure à 60 minutes.	S'arrête puis reprend occasionnellement, manipulations inefficaces et inutiles, durée de l'intervention d'environ 60 minutes.	Occasionnellement : manipulations inefficaces et/ou inutiles, durée de l'intervention d'environ 45 minutes.	Pas de manipulations inefficaces et/ou inutiles, durée de l'intervention adaptée compte tenu de la difficulté. En général, 30 minutes suffisent.	

Commentaires :

Golnik KC, Beaver H, Gauba V, Lee AG, Mayorga E, Palis G, Saleh GM. Cataract surgical skill assessment. *Ophthalmology*. 2011 Feb;118(2): 427.e1-5.

Copyright © Conseil International Council of Ophthalmology 2019. Adaptez et traduisez ce document pour vos besoins non commerciaux, mais veuillez inclure l'attribution ICO. Accéder à cette page et à d'autres ICO – OSCAR à l'adresse suivante: <http://icoph.org/ico-oscar.html>. Ce document a été traduit en français par **Imène Zhioua Braham, Ilhem Mili-Boussen, Mejd Boukari**.