

## 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/ expert selon la situation d'apprentissage/d'évaluation.
- \*\* Apprenant : interne ou résident en formation de la spécialité, dans ce cas « ophtalmologie »
- \*\*\* internat ou résidanat : période d'apprentissage de la spécialité, dans ce cas « ophtalmologie »

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](http://icoph.org/ico-oscar).

**Grille d'évaluation des compétences chirurgicales en ophtalmologie de l'ICO :  
Chirurgie de cataracte pédiatrique (ICO-OSCAR : Chirurgie de cataracte pédiatrique)**

Apprenant \*\* : \_\_\_\_\_ Expert\* : \_\_\_\_\_ Année d'internat /résidanat\*\*\*: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Niveau de l'apprenant**→		Novice (Note = 2)	Débutant (Note = 3)	Débutant avancé (Note = 4)	Qualifié (Note = 5)	Non classé. Réalisé par l'enseignant (Note = 0)
Etape chirurgicale** ↓						
1	Mise en place du champ opératoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapable de commencer la mise en place du champ opératoire sans aide.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procède à la mise en place du champ opératoire avec seulement quelques consignes orales.</li> <li>• Couverture incomplète des cils.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cils majoritairement couverts,</li> <li>• Champ opératoire entravant très légèrement le champ de vision.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cils complètement couverts et site d'incision dégagé,</li> <li>• Champ opératoire n'entravant pas le champ de vision.</li> </ul>	
2	Incision (cornéenne ou cornéo-sclérale) & paracentèses : formation et technique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Architecture, emplacement et longueur de l'incision inappropriés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuite et/ou hernie de l'iris suite à une pression locale, offre un accès chirurgical et une visibilité réduits de la capsule et du sac.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incision auto étanche ou de taille adéquate, mais pas les deux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incision parallèle à l'iris, auto étanche, de taille adéquate, offre un accès correct pour l'acte chirurgical.</li> </ul>	
3	Coloration de la capsule antérieure	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique d'injection de 0,1% de colorant bleu Trypan imprécise concernant la quantité à injecter, ainsi que le temps d'attente avant son élimination afin de permettre la coloration de la capsule antérieure.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaît la technique mais nécessite des instructions concernant l'injection, le temps d'attente.</li> <li>• La chambre antérieure est instable pendant l'injection du colorant.</li> <li>• N'utilise pas d'air stérile pour protéger l'endothélium cornéen.</li> <li>• Administre une quantité incorrecte ou enlève le colorant trop rapidement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne nécessite aucune instruction.</li> <li>• Utilise une bulle d'air stérile adéquate pour protéger l'endothélium cornéen.</li> <li>• Administre une quantité adéquate et attend un temps suffisant.</li> <li>• Élimine le colorant avec la solution saline un peu tôt, provoquant une coloration incorrecte et inégale de la capsule.</li> <li>• Peut provoquer une coloration de l'endothélium par excès de Trypan ou liée à une bulle d'air inadéquate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administre une quantité adéquate.</li> <li>• Utilise une bulle d'air stérile de taille adéquate afin de protéger l'endothélium cornéen.</li> <li>• Attend pendant une minute ou le temps nécessaire pour que le bleu Trypan colore la capsule antérieure de manière uniforme, puis lave le colorant avec une solution saline.</li> <li>• La chambre antérieure reste stable pendant toute la procédure.</li> <li>• Il n'y a aucune coloration de l'endothélium cornéen</li> </ul>	

4	Solution viscoélastique : utilisation appropriée et insertion sûre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne sait pas avec certitude utiliser la solution viscoélastique ni quand, ni quel type et ni quelle quantité.</li> <li>• A des difficultés à accéder à la chambre antérieure par la paracentèse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A besoin de quelques consignes.</li> <li>• Sait quand utiliser la solution viscoélastique mais applique une quantité ou un type inapproprié.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N'a besoin d'aucune consigne. Utilise la solution viscoélastique au bon moment. Applique la quantité et le type appropriés.</li> <li>• Extrémité de la canule en bonne position.</li> <li>• Ne sait pas avec certitude quelle solution viscoélastique est la plus appropriée si plusieurs types sont proposés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La solution viscoélastique est appliquée en quantité adaptée et au bon moment avec l'extrémité de la canule éloignée de la capsule et de l'endothélium.</li> <li>• Choisit la solution viscoélastique la plus appropriée si plusieurs types sont proposés.</li> </ul>	
5	Capsulorhexis : début du lambeau et progression.	<p><b>A la pince à rhexis :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consignes nécessaires.</li> <li>• Court après le rhexis, plutôt que de le contrôler,</li> <li>• Une issue de cortex est possible.</li> </ul> <p><b>Au vitréotome :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consignes nécessaires,</li> <li>• Pas sûr des réglages du vitréotome pour la capsulotomie</li> <li>• La chambre antérieure est fréquemment instable.</li> </ul>	<p><b>A la pince à rhexis :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelques consignes sont nécessaires,</li> <li>• Maîtrise le geste la plupart du temps, quelques pertes occasionnelles de contrôle du rhexis,</li> <li>• Une issue de cortex est possible.</li> </ul> <p><b>Au vitréotome :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelques consignes sont nécessaires,</li> <li>• Connait les réglages du vitréotome pour la capsulotomie, chambre antérieure stable le long de la procédure.</li> </ul>	<p><b>A la pince à rhexis :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonne maîtrise, quelques mouvements ou repositionnements maladroits, pas d'issue de cortex.</li> </ul> <p><b>Au vitréotome :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonne maîtrise, pas d'issue de cortex ni d'instabilité de la chambre antérieure, quelques mouvements maladroits notés.</li> </ul>	<p><b>A la pince à rhexis :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Approche délicate et maîtrise totale du rhexis, pas d'issue de cortex.</li> </ul> <p><b>Au vitréotome :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Possède une bonne connaissance des réglages du vitréotome pour la capsulotomie, un bon début et une exécution bien contrôlée du rhexis.</li> </ul>	

6	Capsulorhexis : formation et finition circulaire	<b>A la pince ou au vitréotome</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taille et position inadaptées pour une cataracte pédiatrique.</li> </ul>	<b>A la pince ou au vitréotome :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taille et position mal adaptées, a des difficultés pour effectuer un rhexis circulaire,</li> <li>• Une déchirure est possible.</li> </ul>	<b>A la pince ou au vitréotome :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taille et position quasi exactes,</li> <li>• Montre une bonne maîtrise, n'a besoin que de quelques consignes.</li> <li>• Presque tout le bord de l'optique de l'implant couvert par le bord du rhexis.</li> </ul>	<b>A la pince ou au vitréotome</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taille (5-6 mm) et position adaptées pour une cataracte pédiatrique, pas de déchirure.</li> <li>• Maîtrise rapide et sans aide de la forme radiale,</li> <li>• Garde le contrôle du lambeau et de la profondeur de la chambre antérieure tout au long du capsulorhexis.</li> </ul>	
7	Hydrodissection	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le liquide d'hydrodissection est injecté en quantité incorrecte et à un endroit inapproprié pour obtenir la rotation adéquate du noyau.</li> <li>• Ne connaît pas les contre-indications de l'hydrodissection comme une cataracte polaire postérieure ou une suspicion de rupture capsulaire postérieure préexistante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plusieurs tentatives sont nécessaires avant d'arriver à une rotation adéquate du noyau.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lieu d'injection approprié du liquide d'hydrodissection,</li> <li>• Possède une bonne connaissance des contre-indications de l'hydrodissection.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une hydrodissection adéquate est obtenue s'il y a une rotation libre du noyau avec résistance minimale, ou une bonne séparation entre noyau, épinoyau et cortex .</li> <li>• Conscient des contre-indications de l'hydrodissection.</li> </ul>	
8a	Sonde de phacoémulsification et deuxième instrument : insertion dans l'œil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A de grandes difficultés à insérer la sonde ou le deuxième instrument,</li> <li>• La chambre antérieure s'affaisse,</li> <li>• Peut traumatiser l'incision, la capsule ou la membrane de Descemet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insère la sonde ou le deuxième instrument après quelques tentatives infructueuses,</li> <li>• Peut traumatiser l'incision, la capsule ou la membrane de Descemet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insère la sonde et le deuxième instrument dès la première tentative avec un minimum de difficulté,</li> <li>• Aucune lésion de l'incision, de la capsule ou de la membrane de Descemet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insère doucement les instruments dans l'œil, sans lésion de l'incision ni de la membrane de Descemet.</li> </ul>	

8b	Sonde de phacoémulsification et deuxième instrument : utilisation efficace et stabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extrémité de la sonde non visible la majorité du temps,</li> <li>• A beaucoup de difficultés à maintenir l'œil en position primaire et utilise pour ce faire une force excessive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extrémité de la sonde non visible fréquemment,</li> <li>• Requiert souvent une manipulation pour maintenir l'œil en position primaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extrémité de la sonde visible la majorité du temps,</li> <li>• L'œil reste généralement en position primaire avec un léger appui ou une légère traction sur le globe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conserve à tout moment la visibilité de l'extrémité des instruments,</li> <li>• Maintient l'œil en position primaire sans appui ni traction sur le globe.</li> </ul>	
9	Gestion du noyau : technique d'aspiration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beaucoup de difficultés à aspirer le noyau, à introduire la canule d'aspiration sous le bord du capsulorhexis.</li> <li>• La position de l'orifice d'aspiration n'est pas contrôlée,</li> <li>• Incapable de régler la force d'aspiration correctement,</li> <li>• Incapable de retirer les masses corticales correctement,</li> <li>• Accroche la capsule ou l'iris avec la canule d'aspiration.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelques difficultés à introduire la canule d'aspiration sous le capsulorhexis et à maintenir l'orifice vers le haut,</li> <li>• Essaie d'aspirer sans avoir l'occlusion de la canule, ne comprend pas très bien la dynamique de l'aspiration.</li> <li>• L'aspiration corticale est mal maîtrisée, saccadée et lente, capsule potentiellement atteinte.</li> <li>• Les tentatives prolongées laissent quelques masses résiduelles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu de difficultés à introduire la canule d'aspiration sous le capsulorhexis, orifice d'aspiration souvent orienté vers le haut,</li> <li>• Cortex bien accroché sur 360 degrés, aspiration lente des masses corticales,</li> <li>• Peu d'erreurs techniques,</li> <li>• Peu de masses résiduelles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La canule d'aspiration est introduite sous le bord libre du capsulorhexis en mode d'irrigation avec l'orifice d'aspiration orienté vers le haut,</li> <li>• La force d'aspiration est suffisante pour occlure la canule et aspirer efficacement tout le cortex,</li> <li>• Les masses corticales sont délicatement retirées vers le centre de la pupille, tangentiellement en cas de fragilité zonulaire.</li> </ul>	

10	<p>Capsulorhexis postérieur primaire (CPP) : initiation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hésitant, nécessite des instructions, incapable de visualiser clairement la capsule postérieure.</li> </ul> <p><b>A la pince à rhexis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N'est pas certain d'avoir réalisé une ponction dans la capsule postérieure.</li> <li>• Incapable de tenir avec une pince le lambeau ouvert de capsule postérieure</li> </ul> <p><b>Au vitréotome :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La réalisation de la sclérotomie et l'insertion de la canule d'irrigation sont laborieuses,</li> <li>• La chambre antérieure reste instable.</li> <li>• Mauvais site pour initier la capsulotomie postérieure.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessite des instructions minimales</li> </ul> <p><b>A la pince à rhexis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capable d'apprécier clairement la capsule postérieure, la ponction réalisé avec un kystitome et l'amorce du CPP,</li> <li>• Issue de vitré modérée.</li> <li>• Capable de tenir la capsule postérieure avec un minimum de difficulté</li> </ul> <p><b>Au vitréotome :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessite peu d'instructions pour le choix du site et de la technique de la sclérotomie.</li> <li>• La chambre antérieure reste stable.</li> <li>• Le site d'amorce de la capsulotomie est correct.</li> </ul>	<p><b>A la pince à rhexis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonne maîtrise, quelques mouvements maladroits en faisant la ponction et en essayant de saisir la capsule postérieure,</li> <li>• Pas d'issue de vitré.</li> </ul> <p><b>Au vitréotome :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratique une bonne sclérotomie, insère aisément la canule d'irrigation,</li> <li>• Pas d'instabilité de la chambre antérieure,</li> <li>• Visualise la sonde du vitréotome avant de commencer la vitrectomie.</li> <li>• Nécessite peu d'instructions pour initier la capsulotomie.</li> </ul>	<p><b>A la pince à rhexis :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capable de saisir aisément et à volonté la capsule postérieure.</li> <li>• Approche délicate et maîtrise avec confiance le rhexis,</li> <li>• Pas d'issue de vitré.</li> </ul> <p><b>Au vitréotome :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprend les différences dans l'anatomie chirurgicale de la pars plana en fonction de l'âge,</li> <li>• Effectue une sclérotomie appropriée à la distance souhaitée avec un couteau pique,</li> <li>• Place correctement la cannule d'irrigation pour maintenir la chambre antérieure,</li> <li>• Commence la capsulotomie postérieure à partir du centre.</li> </ul>	
----	---	--	--	--	--	--

11	Capsulorhexis postérieur primaire (CPP) : formation et terminaison	<p><b>A la pince à rhexis :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maîtrise mal la capsulotomie.</li> <li>• Une issue de vitré se produit.</li> <li>• Taille et position inadéquates du CPP.</li> </ul> <p><b>Au vitréotome :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne connaît pas les réglages de la machine lors de la capsulotomie et de la vitrectomie.</li> <li>• Technique inappropriée et taille insuffisante de la capsulotomie.</li> <li>• Une extension vers la périphérie d'une déchirure capsulaire postérieure peut survenir.</li> </ul>	<p><b>A la pince à rhexis :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rhexis bien contrôlé la plupart du temps, mais pertes occasionnelles du contrôle.</li> <li>• Taille et position mal adaptées,</li> <li>• Difficulté à réaliser un rhexis circulaire,</li> <li>• une déchirure périphérique peut se produire.</li> </ul> <p><b>Au vitréotome :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté modérée à pratiquer la capsulotomie et la vitrectomie,</li> <li>• Incapable de décider si la taille de la capsulotomie est adéquate.</li> <li>• Les connaissances sur les réglages de la machine sont incomplètes.</li> <li>• Difficulté à réaliser un rhexis circulaire,</li> <li>• Peut provoquer des déchirures périphériques.</li> </ul>	<p><b>A la pince à rhexis :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capable de pratiquer et terminer le CPP avec le minimum d'instructions.</li> <li>• Taille et position souvent exactes.</li> <li>• Montre une bonne maîtrise.</li> <li>• A besoin de peu d'instructions si la capsulotomie commence à filer en périphérie.</li> <li>• Capable d'utiliser la solution viscoélastique appropriée et au moment opportun pour faciliter la PCC</li> </ul> <p><b>Au vitréotome</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capable de réaliser aisément une capsulotomie adéquate.</li> <li>• Possède une bonne connaissance du changement de paramètres lors de la capsulotomie.</li> <li>• A besoin de peu d'instructions si la capsulotomie commence à filer en périphérie.</li> </ul>	<p><b>A la pince à rhexis :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Position et taille adaptées pour l'âge, pas de déchirure.</li> <li>• Maîtrise rapide et sans aide de la forme radiale, garde constamment le contrôle.</li> <li>• Capable de gérer de manière autonome si la capsulotomie postérieure commence à filer en périphérie.</li> <li>• Capable d'utiliser la solution viscoélastique appropriée et au moment opportun pour faciliter la PCC</li> </ul> <p><b>Au vitréotome:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Position et taille adéquate (4-5 mm) pour l'âge, pas de déchirure.</li> <li>• Possède une bonne connaissance du changement de paramètres lors de la capsulotomie.</li> <li>• Capable de gérer de manière autonome si la capsulotomie postérieure commence à filer en périphérie.</li> </ul>	
----	--	--	---	---	--	--

12	Vitrectomie antérieure	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A besoin d'instructions,</li> <li>• Difficulté à apprécier la présence d'issue de vitré dans la chambre antérieure ou dans le sac capsulaire,</li> <li>• La technique de tenue de la canule d'irrigation bimanuelle et du vitréotome est erronée, pas sûr des réglages du vitréotome.</li> <li>• Peut couper la capsule postérieure par inadvertance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiert des instructions minimales, tient correctement le vitréotome,</li> <li>• Fluctuation minimale de la chambre antérieure pendant la vitrectomie,</li> <li>• Capable d'apprécier la présence d'issue de vitré.</li> <li>• Incapable de réaliser une vitrectomie complète, reste trop antérieur dans la cavité vitrénne.</li> <li>• Peut couper la capsule postérieure par inadvertance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalise une vitrectomie antérieure sous contrôle,</li> <li>• Capable de réaliser une vitrectomie en chambre antérieure et en chambre postérieure, mais incapable de juger si une vitrectomie adéquate a été réalisée,</li> <li>• Maintient la chambre antérieure pendant la vitrectomie.</li> <li>• Maintient les berges du capsulorhexis postérieur intactes.</li> <li>• Une élévation de la capsule postérieure due à une vitrectomie inadéquate peut être observée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaît les objectifs de la vitrectomie antérieure à l'âge pédiatrique.</li> <li>• Connaît quand s'arrêter en cas de vitrectomie antérieure complète,</li> <li>• Chambre antérieure et postérieure sont complètement dégagées du vitré,</li> <li>• Profondeur suffisante de la vitrectomie réalisée dans la cavité vitrénne autour du capsulorhexis postérieur.</li> <li>• Chambre antérieure bien formée tout au long de la procédure.</li> </ul>	
13	Insertion de l'implant intraoculaire (IOL) rotation et position finale de l'IOL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapable d'insérer l'IOL, incapable de réaliser une incision adéquate pour l'implant</li> </ul> <p><b>PLIABLE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapable de charger l'IOL dans l'injecteur ou la pince,</li> <li>• Aucune maîtrise de l'injection de l'implant,</li> <li>• Aucune maîtrise du positionnement de l'anse ,</li> <li>• l'IOL n'est pas dans le sac capsulaire ou est injecté à l'envers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insertion et manipulation difficiles de l'IOL,</li> <li>• Manipulation de l'oeil brutale, chambre antérieure instable,</li> <li>• Les tentatives répétées résultent en une incision limite pour le type d'implant,</li> </ul> <p><b>PLIABLE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté à charger l'IOL dans l'injecteur ou la pince,</li> <li>• Maîtrise faible et hésitante de l'injection de l'implant,</li> <li>• Difficulté à maîtriser le positionnement de l'anse,</li> <li>• Manipulation excessive nécessaire pour introduire les deux haptiques dans le sac capsulaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insertion et manipulation de l'IOL effectuées avec un minimum d'instabilité de la chambre antérieure,</li> <li>• Incision à peine adéquate pour l'implant</li> </ul> <p><b>PLIABLE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Très peu de difficultés à charger l'implant intraoculaire dans l'injecteur ou la pince,</li> <li>• Maîtrise hésitante mais suffisante de l'injection de l'implant,</li> <li>• Très peu de difficultés à maîtriser le positionnement de l'anse, les deux haptiques sont dans le sac capsulaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insertion et manipulation de l'implant intraoculaire effectuées avec une chambre antérieure et un sac capsulaire profonds et stables.</li> <li>• Incision appropriée au type d'implant.</li> </ul> <p><b>PLIABLE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capable de charger l'IOL dans l'injecteur ou la pince,</li> <li>• L'injection de la lentille est parfaitement maîtrisée,</li> <li>• La fixation de l'implant intraoculaire est symétrique,</li> <li>• L'optique et les deux haptiques sont dans le sac capsulaire.</li> </ul>	



14	Fermeture de l'incision (suture, hydratation et vérification de l'étanchéité)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si une suture est nécessaire, a besoin de consignes.</li> <li>• Les points de suture sont mal placés, de façon maladroite, lentement et avec beaucoup de difficultés : astigmatisme induit, aiguilles tordues, enfouissement incomplet des sutures et fuite de l'incision peuvent en résulter.</li> <li>• Incapable de laver totalement la solution viscoélastique.</li> <li>• Incapable de réaliser une incision étanche ou ne vérifie pas l'étanchéité de la plaie.</li> <li>• La profondeur de chambre antérieure et la pression intraoculaire en fin d'intervention sont incorrectes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si une suture est nécessaire, les points sont placés avec une certaine difficulté,</li> <li>• Possible reprise de la suture, doute sur la fermeture de l'incision, avec un astigmatisme induit probable,</li> <li>• Des instructions peuvent être nécessaires,</li> <li>• Doute sur le lavage avec ablation correcte de toute la solution viscoélastique</li> <li>• Des manoeuvres additionnelles sont nécessaires pour assurer l'étanchéité de l'incision à la fin de l'intervention.</li> <li>• La pression intraoculaire peut être incorrecte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si une suture est nécessaire, les points sont suffisamment serrés afin de maintenir l'incision fermée avec peu de difficultés, peuvent induire un astigmatisme minime,</li> <li>• la solution viscoélastique est correctement lavée après cette étape avec peu de difficultés.</li> <li>• L'incision est vérifiée et est étanche ou nécessite quelques ajustements à la fin de l'intervention.</li> <li>• La pression intraoculaire peut être incorrecte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si une suture est nécessaire, les points sont suffisamment serrés afin de maintenir l'incision fermée sans pour autant induire un astigmatisme,</li> <li>• La solution viscoélastique est correctement lavée</li> <li>• L'étanchéité de l'incision est vérifiée en fin d'intervention.</li> <li>• La pression intraoculaire finale est correcte.</li> </ul>	
----	---	---	---	---	--	--

### Indices globaux

15	Neutralité de l'incision, minimalisation de la rotation oculaire et de la distorsion cornéenne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mouvements oculaires et distorsion cornéenne quasi constants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'œil n'est souvent pas en position primaire, les plis de distorsion sont fréquents.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'œil est généralement en position primaire, de légers plis de distorsion cornéenne se produisent.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'œil est maintenu en position primaire durant l'intervention. Pas de plis de distorsion induits.</li> <li>• La longueur et l'emplacement des incisions empêchent toute distorsion cornéenne.</li> </ul>	
16	Utilisation d'agents et d'instruments dilatateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne connaît pas les agents et les instruments dilatateurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connait bien les agents et les instruments dilatateurs mais n'est pas sûr des doses et de la technique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connait bien les agents et les instruments dilatateurs mais a besoin de quelques consignes lors de l'utilisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connait bien les agents et les instruments dilatateurs.</li> <li>• N'a pas besoin de consignes pour les utiliser.</li> </ul>	

17	Œil centré dans le champ de vision du microscope	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un réajustement est constamment nécessaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un réajustement occasionnel est nécessaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Légère fluctuation de la position de la pupille.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La pupille est maintenue centrée tout au long de l'intervention.</li> </ul>	
18	Manipulation des tissus conjonctival et cornéen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La manipulation des tissus est brutale et provoque des dégâts.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La manipulation des tissus est limitée et provoque des dégâts minimes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La manipulation des tissus est correcte mais la possibilité de survenue de lésions existe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La manipulation n'occasionne aucun dégât et ne présente aucun risque pour les tissus.</li> </ul>	
19	Perception de l'espace intraoculaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruments souvent en contact avec la capsule, l'iris et l'endothélium cornéen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelques contacts accidentels avec la capsule, l'iris et l'endothélium cornéen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rares contacts accidentels avec la capsule, l'iris et l'endothélium cornéen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de contact accidentel avec la capsule, l'iris ni l'endothélium cornéen, si convenable.</li> </ul>	
20	Protection de l'iris	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iris constamment à risque, manipulé avec brutalité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iris occasionnellement à risque, besoin d'aide pour décider quand et comment utiliser les crochets, l'anneau, ou les autres méthodes de protection de l'iris.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iris généralement bien protégé. Peu de difficulté à l'utilisation des crochets, de l'anneau ou des autres méthodes de protection de l'iris.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iris intact.</li> <li>• Les crochets, les anneaux ou les autres méthodes sont correctement utilisés pour protéger l'iris.</li> </ul>	
21	Durée globale et fluidité de la procédure	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hésitant, s'arrête puis reprend fréquemment, manque total de fluidité dans les gestes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'arrête puis reprend occasionnellement, manipulations inefficaces et inutiles fréquentes, durée de l'intervention 60 minutes environ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les manipulations inefficaces et/ou inutiles sont occasionnelles, durée de l'intervention 45 minutes environ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les manipulations inefficaces et/ou inutiles sont évitées,</li> <li>• Durée de l'intervention adaptée compte tenu de la difficulté.</li> <li>• En général, 30 minutes pourraient suffire.</li> </ul>	

22	Communication avec l'équipe chirurgicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne connaît pas le rôle des membres de l'équipe chirurgicale.</li> <li>• N'est pas confiant ou l'est trop.</li> <li>• N'établit pas de bonnes relations avec l'équipe</li> <li>• N'est pas capable de demander à l'instrumentiste les fils ou les instruments en utilisant leurs noms corrects et/ ou instructions à l'aide opératoire vagues ou inexistantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connait le rôle de la plupart des membres de l'équipe chirurgicale.</li> <li>• Manque de confiance.</li> <li>• A une difficulté pour établir de bonnes relations avec les membres de l'équipe.</li> <li>• Est capable de demander à l'instrumentiste la plupart des fils ou des instruments en utilisant leurs noms corrects mais les instructions à l'aide opératoire ne sont pas adéquates pour effectuer la procédure en toute sécurité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connait le rôle de chaque membre de l'équipe chirurgicale.</li> <li>• Est quelque peu confiant et traite généralement l'équipe avec respect. Etablit de bonnes relations professionnelles</li> <li>• Est capable de demander à l'instrumentiste la plupart des fils ou des instruments en utilisant leurs noms corrects et dans le bon ordre.</li> <li>• Les instructions à l'aide opératoire sont adéquates pour un aide expérimenté mais pas pour un aide non expérimenté.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connait le rôle de chaque membre de l'équipe chirurgicale. Est confiant, traite l'équipe avec respect.</li> <li>• Etablit de bonnes relations professionnelles</li> <li>• Est capable de demander efficacement à l'instrumentiste en utilisant les noms corrects des instruments et dans le bon ordre.</li> <li>• Est capable de donner régulièrement des instructions claires à l'aide opératoire.</li> </ul>	
----	--	---	---	--	---	--

Commentaires:

Swaminathan M, Ramasubramanian S, Pilling R, Li J, Golnik KC. ICO-OSCAR for pediatric cataract surgical skill assessment. J AAPOS 2016; 20(4):364-5.

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](http://icoph.org/ico-oscar)

Traduit par Mejdji BOUKARI, Imen ZHIOUA-BRAHAM, Vérifié par Ilhem MILI BOUSSEN