

LIGNES DIRECTRICES

GUIDE D'EXERCICE CLINIQUE

LIGNES DIRECTRICES**GUIDE D'EXERCICE CLINIQUE**

Instance responsable	Conseil d'administration
Date dernière décision	2021-10-20
Date(s) précédente(s) décision(s)	
Principales dispositions législatives et réglementaires applicables (non exhaustif)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Code des professions</i>, RLRQ, c. C-26, art. 23 • <i>Code de déontologie des optométristes</i>, RLRQ, c. O-7, r. 5.1 • <i>Règlement sur les ordonnances verbales ou écrites d'un optométriste</i>, RLRQ, c. O-7, r. 15 • <i>Règlement sur la tenue du dossier optométrique</i>, RLRQ, c. O-7, r. 20 • <i>Règlement sur les médicaments qu'un optométriste peut administrer et prescrire et sur les soins oculaires qu'il peut dispenser</i>, RLRQ, c. O-7, r. 11.1
<i>En cas d'incompatibilité entre les règles prévues dans le présent document et les dispositions d'une loi ou d'un règlement, ces dernières prévalent.</i>	

LE PRÉSENT GUIDE EST LE FRUIT DU TRAVAIL DU COMITÉ DE L'EXERCICE CLINIQUE DE L'ORDRE DES OPTOMÉTRISTES DU QUÉBEC, COMPOSÉ DES OPTOMÉTRISTES SUIVANTS :

Marie-Eve Corbeil, O.D., présidente du comité de l'exercice clinique
Jonathan Alary, O.D.
Vanessa Bachir, O.D.
Nicolas Brunet, O.D.
Amélie Ganivet O.D.
Jean-Marie Hanssens, O.D.
Dominic Laramée, O.D.
Diego Masmarti, O.D.
Vincent Moore, O.D.

LA RÉVISION A ÉTÉ EFFECTUÉE PAR LES OPTOMÉTRISTES SUIVANTS :

Anne Boissonneault, O.D., présidente du comité d'inspection professionnelle
Hélène Maisonneuve, O.D., présidente sortante du comité d'inspection professionnelle
Johanne Perreault, O.D., syndique
Benoit Tousignant, O.D., professeur, École d'optométrie de l'Université de Montréal

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	5
2. CHAMP D'EXERCICE DE L'OPTOMÉTRIE, ACTIVITÉS AUTORISÉES ET OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES LIÉES À LA QUALITÉ DE LA PRATIQUE	6
3. LES DOCUMENTS ET ÉQUIPEMENTS RELATIFS À L'EXERCICE DE L'OPTOMÉTRIE	8
3.1 L'ÉQUIPEMENT REQUIS	8
3.2 LE DOSSIER DU PATIENT.....	8
3.3 L'ORDONNANCE	9
3.3.1 L'ordonnance optique.....	9
3.3.2 L'ordonnance pharmacologique.....	10
3.3.3 Préparation et mode de communication de l'ordonnance	11
4. L'EXAMEN OCULOVISUEL.....	12
4.1 L'EXAMEN OCULOVISUEL DE L'ADULTE	12
4.1.1 Dilatation pupillaire.....	14
4.1.2 Champs visuels.....	16
4.2 L'EXAMEN OCULOVISUEL DE L'ENFANT.....	17
4.2.1 Catégories d'examen	18
4.2.2 Examen sous cycloplégie	20
4.2.3 Tableau – récapitulatif des tests	21
5. LES SERVICES OCULOVISUELS POUR BESOINS SPÉCIALISÉS	23
5.1 L'EXAMEN SPÉCIFIQUE EN VISION BINOCULAIRE (ORTHOPTIQUE).....	23
5.2 L'EXAMEN DU PATIENT AMBLYOPE	25
5.3 L'EXAMEN DE L'ENFANT AVEC TROUBLES D'APPRENTISSAGE	27
5.3.1 Cadre général d'intervention.....	27
5.4 L'EXAMEN SPÉCIFIQUE EN CONTRÔLE DE LA MYOPIE	30
5.5 L'EXAMEN SPÉCIFIQUE AU PORT DE LENTILLES CORNÉENNES	31
5.6 L'EXAMEN DU PATIENT AVEC SÉCHERESSE OCULAIRE	33
5.7 L'EXAMEN SPÉCIFIQUE EN BASSE VISION.....	36
5.7.1 Examen spécifique de basse vision en cabinet privé	36
5.7.2 Examen spécifique de basse vision en centres de réadaptation pour personnes ayant une déficience visuelle (CRDV)	38
6. SANTÉ OCULAIRE	41
6.1. URGENCES OCULAIRES.....	41
6.2 CO-SUIVI POST-CHIRURGICAL AVEC OPHTALMOLOGISTES.....	42
6.3 ÉVALUATION DE LA FONCTION MACULAIRE POUR PRISE DE CERTAINS MÉDICAMENTS	42
6.4 ÉVALUATION DES PATIENTS AVEC DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE LIÉE À L'ÂGE (DMLA).....	43

6.5 AUTRES INTERVENTIONS EN SANTÉ OCULAIRE	44
6.5.1 Collaboration en dépistage de la rétinopathie diabétique.....	44
6.5.2. Extraction de corps étrangers de la surface de l'œil et soins complémentaires requis.....	45
6.5.3 Occlusion des canaux lacrymaux	45
6.5.4 Traitement de la kératite infiltrative	45
6.5.5 Traitement de l'uvéite antérieure	45
6.5.6 Atteintes herpétiques	45
6.5.7. Le zona ophtalmique (herpès zoster)	45
6.5.8. Glaucome	45
6.5.9. Collaboration en soins de la cataracte.....	45
7. ACTIVITÉS DE POSE, D'AJUSTEMENT, DE VENTE ET DE REMPLACEMENT DE LENTILLES OPHTALMIQUES	46
7.1 ÉTAPES RELATIVES À LA POSE, L'AJUSTEMENT, LA VENTE ET LE REMPLACEMENT DE LENTILLES OPHTALMIQUES	46
7.2 TENUE DE DOSSIER	46

1. INTRODUCTION

L'Ordre des optométristes du Québec a pour mission d'assurer la protection du public en garantissant la compétence, le savoir et le professionnalisme des optométristes.

Pour ce faire, l'Ordre publie régulièrement différents documents, dont certains, comme le présent Guide, visent à identifier les normes cliniques applicables à l'exercice de l'optométrie, à la lumière notamment des données probantes fournies par la recherche scientifique ainsi que des consensus généralement reconnus par la profession au Québec et ailleurs dans le monde.

Le présent Guide a ainsi pour but d'aider les optométristes membres de l'Ordre et le public, à identifier ce que sont les normes professionnelles généralement reconnues relativement à l'exercice de l'optométrie.

Ainsi, le présent Guide est destiné à aider le clinicien, étant compris que la décision relative aux soins et au traitement des patients doit toujours être basée sur le jugement professionnel du clinicien, compte tenu des besoins et de la situation particulière de chaque patient. En ce sens, les indications données par le présent Guide correspondent aux attentes générales de l'Ordre en ce qui concerne la pratique de ses membres, mais ne doivent pas être considérées comme devant s'appliquer sans égard au contexte spécifique de chaque patient.

Les normes identifiées dans ce Guide sont sujettes à des révisions régulières, au gré de l'évolution des connaissances, des technologies et des attentes de la population. Ainsi, bien que l'Ordre tente d'assurer une révision périodique de ce Guide, il se peut que certaines indications qu'on y retrouve doivent être nuancées en fonction des développements professionnels récents.

Enfin, le présent Guide doit être interprété en tenant compte des lois et règlements applicables à l'exercice de l'optométrie et des autres documents produits par l'Ordre relativement à l'encadrement de l'exercice de l'optométrie. Voir notamment dans le [site web de l'Ordre](#), dans lequel les documents suivants sont disponibles: les [lignes directrices](#), le [Guide de collaboration entre optométristes et médecins](#)¹ adopté conjointement par l'Ordre des optométristes et le Collège des médecins du Québec ainsi que des [guides produits par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux \(INESSS\)](#).

¹ Collège des médecins du Québec, Ordre des optométristes du Québec, *Guide de collaboration entre optométristes et médecins, Évaluation, traitement et suivi de certaines pathologies oculaires*, 2018, en ligne : https://www.ooq.org/sites/default/files/2019-01/guide_collaboration_ooq-cmq_1.pdf (consulté le 14 avril 2021).

2. CHAMP D'EXERCICE DE L'OPTOMÉTRIE, ACTIVITÉS AUTORISÉES ET OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES LIÉES À LA QUALITÉ DE LA PRATIQUE

La *Loi sur l'optométrie*² indique que l'exercice de l'optométrie constitue « tout acte qui a pour objet la vision et qui se rapporte à l'examen des yeux, l'analyse de leur fonction et l'évaluation des problèmes visuels, ainsi que l'orthoptique, la prescription, la pose, l'ajustement, la vente et le remplacement de lentilles optiques ».

Sous certaines conditions, l'optométriste peut utiliser des médicaments à des fins d'examen des yeux ainsi que pour traiter certaines pathologies, en plus de pouvoir dispenser certains soins oculaires.

L'optométriste peut également, dans l'exercice de sa profession, donner des conseils permettant de prévenir des troubles visuels et promouvoir les moyens favorisant une bonne vision.

L'ensemble des services rendus par l'optométriste peut couvrir plusieurs champs d'activités, comme les suivants :

- L'optométrie générale;
- L'optométrie pédiatrique;
- Les lentilles cornéennes;
- La basse vision;
- La vision binoculaire;
- L'examen de l'enfant avec troubles d'apprentissage;
- Les pathologies oculaires;
- La collaboration avec un ophtalmologiste relativement au suivi post-chirurgical (réfractive, cataractes, etc.).

Au plan des obligations déontologiques liées à la qualité de la pratique clinique³, on peut notamment souligner que l'optométriste doit:

- exercer l'optométrie avec compétence selon les données scientifiques et les normes professionnelles reconnues et, à cette fin, il doit notamment développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés;
- chercher à avoir une connaissance complète de la condition du patient, de ses besoins et préoccupations ainsi que de l'objet de la consultation;
- donner au patient les explications pertinentes à la compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles des interventions qu'il s'apprête à effectuer ou qu'il lui recommande;
- s'assurer que le patient ou, le cas échéant, son représentant légal, consente de façon libre et éclairée à ce que ses interventions soient réalisées, à moins que l'urgence de la situation ne permette pas d'obtenir ce consentement;
- éviter de poser des actes qui ne sont pas justifiés au point de vue optométrique, en les fournissant plus fréquemment que nécessaire ou en les dispensant de façon abusive;
- s'abstenir d'exercer l'optométrie dans des circonstances ou états susceptibles de compromettre la qualité de son exercice ou de ses actes ou l'honneur ou la dignité de la profession, notamment s'il est sous l'influence de toute substance pouvant altérer ses facultés;

² RLRQ, c. O-7, articles 16 à 19.4.

³ À ce sujet, voir notamment : *Code de déontologie des optométristes*, RLRQ, c. c. O-7, r. 5.1, art. 24 à 32.

- tenir compte des limites de ses capacités ainsi que des moyens dont il dispose; si l'intérêt du patient l'exige, il doit consulter un autre optométriste ou un autre professionnel de la santé et, lorsque requis, le diriger vers l'une de ces personnes;
- à la demande du patient, fournir dans les meilleurs délais à un autre professionnel de la santé tous les renseignements nécessaires à la prestation des services à ce patient;
- s'assurer que le personnel qui l'assiste soit qualifié pour les tâches qu'il lui confie;
- sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, s'abstenir de se rendre des services optométriques ou de rendre de tels services à toute personne avec qui il existe une relation susceptible de nuire à la qualité de son exercice, notamment son conjoint et ses enfants;
- apporter un soin raisonnable aux produits ophtalmiques que lui confie son patient;
- suivant les indications du patient, collaborer avec les proches de celui-ci ou avec toute autre personne qui peut contribuer à ce qu'il reçoive les services que requiert sa condition.

3. LES DOCUMENTS ET ÉQUIPEMENTS RELATIFS À L'EXERCICE DE L'OPTOMÉTRIE

3.1 L'ÉQUIPEMENT REQUIS

L'optométriste se doit d'être équipé de l'instrumentation appropriée afin d'être en mesure de respecter les normes généralement reconnues dans la profession.

Il se doit d'avoir accès à l'équipement et aux médicaments nécessaires et de s'en servir pour les tâches suivantes, en conformité avec les lois et règlements applicables :

- Mesure de l'acuité visuelle de loin et de près;
- Évaluation des champs visuels centraux (test automatisé) et périphériques;
- Évaluation de la vision des couleurs (test de dépistage et test approfondi);
- Détermination de l'état réfractif des yeux, autant objectivement que subjectivement;
- Analyse de la correction habituelle du patient (lentimètre, distomètre, etc.);
- Mesure de la courbure cornéenne;
- Évaluation des motilités oculaires;
- Évaluation des fonctions binoculaires (incluant les 3 degrés de fusion);
- Examen de l'œil et de ses annexes, incluant le pôle postérieur;
- Mesure de la pression intraoculaire;
- Dilatation pupillaire, cycloplégie, anesthésie oculaire topique, coloration des tissus oculaires;
- Traitement de première ligne en bureau des principales urgences oculaires de faible morbidité;
- Pose, vente et ajustement de lentilles ophtalmiques;
- Désinfection des instruments et des lentilles cornéennes diagnostiques;
- Nettoyage, asepsie et contrôle des infections;
- Fortement recommandée : imagerie numérique du pôle postérieur.

Lorsque l'optométriste n'a pas un instrument spécifique, des arrangements doivent être pris afin que les tests soient faits par un autre professionnel, par référence ou demande de consultation, et que les résultats soient obtenus pour analyse et inclus au dossier du patient.

3.2 LE DOSSIER DU PATIENT

Il est essentiel, dans l'intérêt du patient, que toutes les données recueillies et toutes les observations soient dûment colligées, ainsi que la date à laquelle elles l'ont été. La valeur d'un dossier est intrinsèquement liée à la qualité et à la précision des annotations qui s'y retrouvent. On note d'ailleurs qu'il est aussi à l'avantage de l'optométriste, qui pourra ainsi, s'il doit répondre de la qualité de sa pratique, par exemple, dans le cadre d'une vérification ou d'une enquête ou même d'un recours administratif ou judiciaire, se référer à une source documentaire qui est généralement réputée fiable.

Conformément au *Règlement sur la tenue du dossier optométrique*⁴, le dossier tenu par un optométriste relativement à un patient devrait comprendre notamment :

- La date d'ouverture du dossier;

⁴ RLRQ, c. O-7, r. 20.

- Le nom du patient à sa naissance, son adresse, son numéro de téléphone, son numéro d'assurance maladie (si l'examen est couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)), sa date de naissance, son sexe;
- Une description sommaire des motifs de l'examen et des autres services professionnels rendus;
- Le nom du praticien qui fait l'examen, ainsi que le nom, le lieu d'exercice et la profession du professionnel qui a référé le patient, le cas échéant;
- L'histoire de cas;
- Les tests effectués et les résultats obtenus;
- Les observations et les impressions générales pertinentes;
- Le diagnostic optométrique;
- Les recommandations et conseils prodigués;
- Le traitement administré, incluant l'orthoptique;
- L'ordonnance émise ou une copie si l'originale est remise au patient;
- Dans les cas de renouvellement ou de modification d'ordonnances de médicaments antiglaucomeux d'un médecin, lorsque l'optométriste n'est pas lui-même autorisé à prescrire (donc dans les cas autres que les cas suspects de glaucome, glaucome débutant et glaucome induit par effets secondaires d'un usage des stéroïdes);
 - le nom du médecin prescripteur ou celui qu'il a désigné;
 - le numéro de permis du médecin prescripteur ou celui qu'il a désigné;
 - la date et le moyen de communication;
- L'orthèse ou la prothèse qui a été fournie, le cas échéant;
- Les annotations, la correspondance et les autres documents relatifs aux services professionnels rendus (y compris les interactions au téléphone, avec le personnel d'assistance, etc.);
- Les transactions financières incluant la facturation et les reçus émis.

Les dossiers cliniques peuvent être tenus, en totalité ou en partie, sur un support technologique⁵. Il est ainsi possible de tenir certaines parties du dossier sur des supports différents, par exemple : la portion clinique sur papier et la portion facturation sur informatique.

Bien évidemment, les dossiers doivent être lisibles pour toute personne et, malgré la terminologie technique qui peut y être utilisée, ils doivent être compréhensibles par toute personne qui détient les connaissances requises à cette fin, soit notamment un autre optométriste ou des intervenants de l'Ordre, comme un syndic, un membre du comité d'inspection professionnelle ou un inspecteur.

3.3 L'ORDONNANCE

3.3.1 L'ordonnance optique

Suivant le *Règlement sur les ordonnances verbales ou écrites d'un optométriste*⁶, l'optométriste qui délivre une ordonnance ophtalmique écrite doit y faire apparaître les mentions suivantes :

⁵ À ce sujet, voir notamment les lignes directrices de l'Ordre : Ordre des optométristes du Québec, *Dossiers, ordonnances et communications électroniques en optométrie*, 18 octobre 2019, en ligne : https://www.ooq.org/sites/default/files/2019-11/LD-CA-Dossiers_ordonnances_electroniques.pdf (consultées le 2021-04-14).

⁶ RLRQ, c. O-7, r. 15

- Son nom, imprimé ou en lettres moulées, son numéro de téléphone, son numéro de permis d'exercice et sa signature;
- La date de la délivrance de l'ordonnance;
- Le nom et la date de naissance du patient;
- La puissance sphérique, cylindrique ou prismatique exprimée en dioptrie et, lorsqu'il y a lieu, l'addition;
- L'indication de la distance œil-lentille lors de l'examen des yeux, lorsqu'elle est requise pour la réalisation des lentilles;
- L'acuité visuelle, lorsque sa valeur avec la correction n'atteint pas 6/6;
- Le cas échéant, tout autre renseignement ou contre-indication découlant de la condition du patient;
- La période de validité de l'ordonnance, lorsqu'elle est justifiée par la condition du patient consignée au dossier (à déterminer suivant le jugement clinique de l'optométriste; une période maximale de 24 mois est généralement justifiée).

3.3.2 L'ordonnance pharmacologique

Toujours selon le *Règlement sur les ordonnances verbales ou écrites d'un optométriste*, l'optométriste qui délivre une ordonnance de médicaments doit y faire apparaître les informations suivantes :

- Son nom, imprimé ou en lettres moulées, son numéro de téléphone, son numéro de permis d'exercice et sa signature;
- La date de la délivrance de l'ordonnance;
- Le nom et la date de naissance du patient;
- Le nom intégral du médicament, en lettres moulées lorsqu'il existe une similitude de nom avec un autre médicament susceptible de prêter à confusion;
- La forme pharmaceutique;
- La concentration;
- La quantité prescrite ou la durée du traitement;
- La posologie;
- La voie d'administration;
- Le nombre de renouvellements autorisés ou l'indication qu'aucun renouvellement n'est autorisé.

L'optométriste qui veut éviter une substitution de médicaments pour son patient doit, le cas échéant, parapher toute mention inscrite sur l'ordonnance à cette fin⁷.

Enfin, l'optométriste qui rédige une ordonnance dans le but d'obtenir d'un pharmacien des médicaments pour usage professionnel doit y faire apparaître les mentions suivantes:

- Son nom, imprimé ou en lettres moulées, son numéro de téléphone, son numéro de permis d'exercice et sa signature;
- Le nom, la forme pharmaceutique et la quantité du médicament;
- La mention « usage professionnel ».

⁷ Il appartiendra alors au pharmacien qui exécutera l'ordonnance d'en disposer, suivant son champ d'exercice et ses propres obligations déontologiques.

3.3.3 Préparation et mode de communication de l'ordonnance

Sauf exception, l'optométriste doit préparer l'ordonnance au terme de l'examen et informer le patient que celle-ci peut lui être délivrée sur-le-champ ou, sans délai, à tout autre moment⁸. L'optométriste doit également prendre les moyens requis pour que, sur demande du patient, l'ordonnance lui soit remise ou soit transmise à un professionnel de la santé désigné par celui-ci, sans délai.

L'optométriste doit rédiger l'ordonnance lisiblement et la signer. Dans le cas d'une ordonnance sur support papier, il doit rayer d'un trait oblique la partie non utilisée de la feuille d'ordonnance. Dans le cas d'une ordonnance sur support électronique, il doit respecter certaines conditions spécifiques pour en assurer la validité, suivant les lignes directrices de l'Ordre⁹.

L'optométriste peut également communiquer verbalement une ordonnance à une personne habilitée légalement à l'exécuter, tel un opticien d'ordonnances ou un pharmacien. L'optométriste doit alors mentionner à ce professionnel, en plus des informations indiquées ci-avant pour l'ordonnance ophtalmique ou l'ordonnance pharmacologique, son nom, son numéro de téléphone et son numéro de permis d'exercice.

⁸ Article 18 du *Code de déontologie des optométristes*.

⁹ À ce sujet, voir notamment les lignes directrices de l'Ordre : Ordre des optométristes du Québec, *Dossiers, ordonnances et communications électroniques en optométrie*, 18 octobre 2019, en ligne : https://www.ooq.org/sites/default/files/2019-11/LD-CA-Dossiers_ordonnances_electroniques.pdf (consultées le 2021-04-14).

4. L'EXAMEN OCULOVISUEL

4.1 L'EXAMEN OCULOVISUEL DE L'ADULTE

L'examen oculovisuel chez l'adulte a pour objectifs :

- d'évaluer l'état fonctionnel des yeux et du système visuel, en tenant compte des demandes et exigences visuelles particulières;
- d'évaluer la santé oculaire en tenant compte de l'absence ou de la présence de conditions systémiques associées;
- d'établir un ou des diagnostic(s) de problèmes oculovisuels, le cas échéant;
- de formuler un plan de traitement, en relation avec le(s) diagnostic(s) établi(s);
- de conseiller et informer le patient sur son état de santé visuelle et oculaire et reliés à son état de santé général, ainsi que sur les recommandations relatives à la prévention, au traitement, à la prise en charge ou aux soins futurs.

Les composantes de l'examen oculovisuel chez l'adulte comprennent notamment les éléments suivants :

- L'histoire de cas;
- L'évaluation de la fonction visuelle;
- L'évaluation de la santé oculaire.

L'histoire de cas

- L'observation générale du patient;
- Les informations démographiques : âge, sexe, origine ethnique, etc.;
- Les raisons principales de la visite ainsi que les plaintes du patient;
- Les antécédents visuels et oculaires;
- Les symptômes visuels et oculaires;
- Les antécédents médicaux généraux;
- L'utilisation de médicaments et de suppléments et déclaration d'allergies médicamenteuses;
- Les antécédents familiaux, oculaires et systémiques pertinents;
- Les besoins visuels spécifiques, environnementaux et occupationnels.

L'évaluation de la fonction visuelle

- L'analyse de la correction optique actuelle et son utilisation;
- La mesure de l'acuité visuelle monoculaire, au loin et au près, avec ou sans correction;
 - La mesure de l'acuité visuelle à des distances pertinentes, lorsqu'indiquée;
 - L'utilisation d'un sténopéïque, lorsqu'indiqué;
- L'évaluation de l'alignement oculaire (fusion motrice) au loin et au près : qualification et quantification des hétérophories ou du strabisme au test-écran;
- L'évaluation de la fusion sensorielle et de la stéréoscopie;
- L'évaluation des mouvements oculaires;
- L'évaluation de l'accommodation et de la convergence;
- L'évaluation de la vision des couleurs;
- L'évaluation de l'état réfractif objectif et subjectif.

L'évaluation de la santé oculaire

- L'évaluation des pupilles et de leurs réflexes;
- L'examen au biomicroscope du segment antérieur et de ses annexes incluant l'évaluation du film lacrymal;
- L'évaluation des médias oculaires;
- L'examen du segment postérieur;
- L'examen du segment postérieur et de la rétine périphérique sous dilatation pupillaire lorsqu'indiqué;
- La mesure de la pression intraoculaire lorsqu'indiqué;
- L'étude des champs visuels monoculaires lorsqu'indiqué.

Dépendamment de l'âge du patient, de ses signes et symptômes, de ses besoins visuels, de ses antécédents et des résultats trouvés lors de son examen oculovisuel, d'autres tests plus approfondis doivent être ajoutés à l'examen. Voir la section 5 (Services oculovisuels pour besoins spécialisés) et la section 6 (Santé oculaire) du présent guide.

Fréquence suggérée des examens oculovisuels

Âge du patient	Fréquence des visites*
18 à 39 ans	Aux 2 à 3 ans
40 à 64 ans	Aux 2 ans
65 ans et plus	Annuellement
Porteurs de lentilles cornéennes	1 à 2 ans selon le type de port

* Le patient doit être vu plus fréquemment s'il présente un ou des facteurs de risque, comme par exemple : le port de lentilles cornéennes, le diabète, l'hypertension artérielle, des antécédents familiaux ou risques personnels de glaucome ou de DMLA, un travail visuellement exigeant ou dangereux pour la vision et l'utilisation de médicaments à action systémique avec effets secondaires sur la vision.

Informations complémentaires

Chez l'adulte, la fusion sensorielle et la stéréoscopie doivent être évaluées lors d'un premier examen visuel. Par la suite, elles peuvent être évaluées au besoin, en fonction des plaintes et des antécédents du patient.

L'évaluation de l'accommodation peut se faire en effectuant au moins un test d'accommodation (ex: amplitude d'accommodation, accommodation relative ARN/ARP, mesure du lag accommodatif, flexibilité accommodative).

La vision des couleurs doit être évaluée par un test de dépistage lors d'un premier examen visuel, à moins que cette information soit disponible dans un dossier antérieur, pour dépister les anomalies congénitales de vision des couleurs. Si le dépistage révèle une anomalie, il est recommandé d'effectuer au moins une fois une évaluation plus approfondie de la vision des couleurs afin d'identifier le type de défaut (ex: D-15, HRR, etc.). Par la suite, ce test n'est requis que lorsqu'une condition oculaire qui modifie la vision des couleurs est suspectée.

La pression intraoculaire devrait être évaluée lors d'un premier examen chez l'adulte, et à chaque examen à partir de l'âge de 40 ans. Avant 40 ans, ce paramètre devrait être évalué périodiquement en présence de facteurs de risques particuliers (ex. : facteurs de risque de

glaucome) ou environnementaux (ex. : prise de médicaments à action systémique avec effets secondaires sur l'œil et ses annexes).

4.1.1 Dilatation pupillaire

Le segment postérieur constitue les deux tiers postérieurs de l'œil, incluant les structures derrière la face postérieure du cristallin, qui comprennent la rétine, le vitré et le nerf optique. L'examen du segment postérieur sous dilatation est un examen approfondi de ces structures.

Les conditions oculaires ou systémiques suivantes nécessitent un examen oculaire sous dilatation pupillaire :

- Diabète;
- Myopie de plus de 5 dioptries ou forte longueur axiale (25,5 mm si mesure possible);
- Présence de lésion connue au fond d'œil (trou, palissade, traction, ancienne déchirure, etc.);
- Trauma oculaire récent et/ou coup à la tête;
- Nouveaux ou augmentation de symptômes de flash;
- Nouveaux ou augmentation de symptômes de corps flottants;
- Mauvaise visualisation du fond d'œil lors d'un examen non dilaté;
- Historique de décollement de rétine ou de déchirure rétinienne;
- Historique familial de décollement de rétine ou de déchirure rétinienne;
- Nouvelle atteinte ou suspicion de nouvelle atteinte maculaire;
- Décollement du vitré;
- Maux de tête de cause inconnue;
- Une baisse de vision inexpliquée.

Tenue de dossier

En cas de dilatation pupillaire, les éléments suivants doivent être notés au dossier :

- Raisons de la procédure, détails des médicaments utilisés (nom, dosage, heure d'instillation);
- Tests spécifiques appropriés : d'abord ceux déterminant qu'il n'y a pas de contre-indications (réflexes pupillaires, évaluation de l'angle irido-cornéen et prise de PIO), puis ceux permettant de faire les observations désirées (nom des instruments utilisés);
- Explications et recommandations au patient (incluant les effets secondaires).

Si l'optométriste décide de ne pas dilater, il doit noter au dossier les motifs cliniques justifiant la décision.

Si le patient refuse la dilatation après l'explication des justifications cliniques pour la dilatation, l'optométriste doit le noter au dossier.

L'optométriste qui ne détient pas le permis relatif à l'administration de médicaments aux fins de l'examen des yeux (« médicaments diagnostiques ») a l'obligation de diriger le patient vers un autre optométriste ou un médecin qui pourra, dans un délai raisonnable, procéder à cette dilatation.

Collyres mydriatiques

L'optométriste devrait utiliser des agents pharmaceutiques reconnus, permettant l'examen sous dilatation pupillaire en fonction des besoins cliniques du patient. Les agents le plus souvent utilisés sont le tropicamide 1% et la phényléphrine 2.5% (nécessaire pour l'évaluation de la rétine périphérique). À noter que d'autres concentrations de ces agents existent, notamment, en préparation combinée. Leur usage peut être justifié en fonction des besoins du patient, selon le jugement clinique de l'optométriste.

Procédures d'examen

Un ou plusieurs des tests suivants doivent être choisis selon la raison de la dilatation :

- L'ophtalmoscopie binoculaire indirecte;
- La biomicroscopie avec lentille sans contact (biomicroscopie de fond d'œil);
- La biomicroscopie avec lentille de contact avec miroirs.

Tests complémentaires

Les tests suivants peuvent compléter et non remplacer les procédures d'examen sous dilatation :

- La tomographie par cohérence optique (TCO/OCT);
- L'ophtalmoscopie laser à balayage confocal (OLB/SLO), exemple : Optomap;
- La polarimétrie à balayage laser (GDx);
- La photographie du fond d'œil;
- L'ophtalmoscopie directe;
- Tout autre test jugé pertinent.

Références complémentaires

Park JH, Lee YC, Lee SY, *The comparison of mydriatic effect between two drugs of different mechanism*, Korean Journal of Ophthalmology, 2009; 23, pp.40–42

Eyeson-Annan ML, Hirst LW, Battistutta D, Green A., *Comparative pupil dilation using phenylephrine alone or in combination with tropicamide*, Ophthalmology, 1998;105, pp.726-32

Robinson BE, Mairs K, Glennly C, Stolee P (2012) An Evidence-Based Guideline for the Frequency of Optometric Eye Examinations. Primary Health Care 2:121.doi:10.4172/2167-1079.1000121

Association canadienne des optométristes, *Guide de pratique clinique 2017 de l'ACO : Les soins optométriques chez les patients diabétiques*, Revue canadienne d'optométrie, vol. 79, supp. 2, 2017, en ligne :

<https://openjournals.uwaterloo.ca/index.php/cjo/issue/view/351/CJO%20V79%20N4%20Supplement%20-%20Diab%C3%A8te> (consulté le 25 août 2020)

4.1.2 Champs visuels

Il est recommandé que tous les optométristes aient accès, pour leurs patients, à des champs visuels automatisés, lorsque requis.

Un dépistage des champs visuel devrait être effectué lors d'un premier examen chez l'adulte, et à chaque examen à partir de l'âge de 40 ans. Avant 40 ans, ce paramètre devrait être évalué périodiquement en présence de facteurs de risques particuliers (ex. : facteurs de risque de glaucome) ou environnementaux (ex. : prise de médicaments à action systémique avec effets secondaires sur l'œil et ses annexes). L'information obtenue lors de l'histoire de cas ainsi que les signes cliniques déterminent la stratégie de tests à utiliser (dépistage vs seuil, automatisé vs manuel) ainsi que la fréquence de répétition requise de ces tests.

Un champ visuel de type seuil est recommandé pour un patient suspect de glaucome. Un appareil à écran tangent n'est pas recommandé pour les cas où le patient est suspect de glaucome.

Dans certains cas où des pathologies ou conditions particulières sont connues, diagnostiquées ou suspectées chez un patient, ou dans le cas où le portrait clinique d'un patient a subi un changement soudain, une étude spécifique des champs visuels est recommandée. La liste ci-après n'est pas exhaustive.

- Formulaire de permis de conduire;
- Accident vasculaire cérébral (AVC);
- Prise de médicament systémique à effet oculaire connu sur le champ visuel;
- Sclérose en plaques;
- Dysfonction thyroïdienne;
- Désordre de la glande pituitaire;
- Pathologie pouvant affecter les voies visuelles antérieures ou la pression intracrânienne;
- Dégénérescence maculaire liée à l'âge;
- Maux de tête;
- Traumatisme crânien;
- Amblyopie/perte de vision inexplicée;
- Atteintes oculaires vasculaires liées au diabète, à l'hypertension ou autre;
- Anomalie des paupières pouvant affecter le champ visuel (ptose, dermatochalasis).

Références complémentaires

American Optometric Association, *Care of the Patient with Primary Angle Closure Glaucoma*, 2001, en ligne:

<https://www.aoa.org/AOA/Documents/Practice%20Management/Clinical%20Guidelines/Consensus-based%20guidelines/Care%20of%20Patient%20with%20Primary%20Angle%20Closure%20Glaucoma.pdf> (consulté le 21 juin 2021)

American Optometric Association, *Care of the Patient with Open Angle Glaucoma (CPG 9)*, 2010, en ligne :

<https://www.aoa.org/AOA/Documents/Practice%20Management/Clinical%20Guidelines/Consensus->

[based%20guidelines/Care%20of%20the%20Patient%20with%20Open%20Angle%20Glaucoma.pdf](#) (consulté le 21 juin 2021).

4.2 L'EXAMEN OCULOVISUEL DE L'ENFANT

L'examen visuel pédiatrique a pour objectifs :

- d'évaluer la réfraction, la vision binoculaire et la fonction accommodative selon les demandes visuelles et les besoins spécifiques de l'enfant;
- d'évaluer la santé oculaire;
- d'effectuer les tests supplémentaires requis selon l'histoire de cas ou les résultats des examens obtenus;
- d'établir un diagnostic;
- de formuler un plan de traitement selon les résultats obtenus;
- de fournir les explications et les recommandations aux parents ou aux titulaires de l'autorité parentale et aux différents intervenants.

L'histoire de cas

L'histoire de cas comprend les éléments suivants :

- Raison de la consultation;
- Impression du parent ou du titulaire de l'autorité parentale quant à la vision de l'enfant (problèmes notés, strabisme, diplopie, etc.);
- Développement général de l'enfant;
- Performances scolaires, si applicables (en cas de difficulté d'apprentissage, il faut se référer à la section 5.3 pour déterminer les tests complémentaires à effectuer);
- La liste des autres professionnels qui suivent l'enfant;
- Santé oculaire et ses antécédents (amétropies et port de lentilles chez les parents);
- Historique oculaire antérieur, les prescriptions reçues et leurs effets;
- Historique médical antérieur incluant l'historique pré et périnatal;
- Historique familial, notamment en regard des amétropies des parents (une attention particulière doit être portée sur la présence dans la famille de strabisme, d'œil amblyope, de glaucome, d'anomalies de naissance, de cataractes congénitales, de rétinoblastome ou de troubles de réfraction);
- Le temps passé à l'extérieur, les sports pratiqués et le temps d'utilisation en continu de la vision rapprochée (lecture, tablette électronique, etc.).

Calendrier des examens oculovisuels de l'enfant *

- Entre l'âge de 6 à 9 mois;
- Vers 3 ans;
- Avant l'entrée à l'école;
- Annuellement durant le parcours scolaire.

* Advenant une anomalie ou une inquiétude, les suivis peuvent être plus fréquents.

4.2.1 Catégories d'examen

Pour déterminer les tests à effectuer selon l'âge, la population pédiatrique est divisée en trois groupes :

- L'examen du nourrisson (de la naissance à 2 ans);
- L'examen de l'enfant d'âge préscolaire (3 à 5 ans);
- L'examen de l'enfant d'âge scolaire (6 à 17 ans).

L'examen du nourrisson (de la naissance à 2 ans)

Selon l'âge de l'enfant et son degré de coopération, les tests suivants, s'ils sont possibles, sont recommandés :

- L'acuité visuelle (une ou plusieurs options);
 - Cartes de regard préférentiel;
 - Par pointage ou identification verbale des dessins;
 - Réaction à l'occlusion d'un œil ou l'autre;
- La réfraction objective;
 - Rétinoscopie à la barre de lentilles ou avec des lentilles individuelles (Indra Mohindra);
 - Autoréfractomètre (optionnel);
 - Sous cycloplégie si indiquée (voir la section cycloplégie pour les indications);
- La vision binoculaire*;
 - Test écran de loin et de près;
 - Test de Bruckner;
 - Reflets de Hirschberg / test de Krimsky;
 - Stéréoscopie (si possible);
 - Point rapproché de convergence;
 - Motilités oculaires;
- Autres tests;
 - Santé oculaire du segment antérieur à la biomicroscopie ou avec une lentille 20D et un transilluminateur;
 - Réflexes pupillaires;
 - Santé oculaire du segment postérieur avec l'ophtalmoscope direct, indirect ou biomicroscopie de fond d'œil;
 - Champ visuel (lorsque requis).

* En cas d'anomalie de la vision binoculaire, il faut se référer à la section 5.1 (Examen spécifique en vision binoculaire [orthoptique]) pour déterminer les tests complémentaires à effectuer.

L'examen de l'enfant d'âge préscolaire (3 ans à 5 ans)

Selon l'âge de l'enfant et son degré de coopération, les tests suivants, s'ils sont possibles, sont recommandés :

- L'acuité visuelle adaptée à l'âge de l'enfant en vision de loin et de près;
- La réfraction objective et, si possible, subjective;
 - Rétinoscopie à la barre de lentilles ou avec des lentilles individuelles Indra Mohindra et/ou statique;

- Autoréfractomètre (optionnel);
- Sous cycloplégie si indiquée (voir la section cycloplégie pour les indications);
- La vision binoculaire; *
 - Test écran au loin et au près;
 - Reflets de Hirschberg / test de Krimsky;
 - Stéréoscopie;
 - Point rapproché de convergence;
 - Motilités oculaires;
- Autres tests;
 - Vision des couleurs;
 - Santé oculaire du segment antérieur à la biomicroscopie;
 - Réflexes pupillaires;
 - Santé oculaire du segment postérieur avec l'ophtalmoscope direct, indirect ou biomicroscopie de fond d'œil;
 - Champ visuel par confrontation (optionnel).

* En cas d'anomalie de la vision binoculaire, il faut se référer à la section 5.1 (Examen spécifique en vision binoculaire [orthoptique]) pour déterminer les tests complémentaires à effectuer.

L'examen de l'enfant d'âge scolaire (6 à 18 ans)

- L'acuité visuelle en vision de loin et de près;
- La réfraction objective et subjective;
 - Rétinoscopie statique;
 - Subjectif;
 - Autoréfractomètre (optionnel);
 - Sous cycloplégie si indiquée (voir la section cycloplégie pour les indications);
- La vision binoculaire;*
 - Test écran de loin et de près;
 - Stéréoscopie;
 - Point rapproché de convergence;
 - Motilités oculaires;
 - Fonction accommodative;
 - Effectuer au moins un test d'accommodation (ex: amplitude d'accommodation, accommodation relative ARN/ARP, mesure du Lag accommodatif, flexibilité accommodative);
- Autres tests;
 - Vision des couleurs;
 - Santé oculaire du segment antérieur à la biomicroscopie;
 - Réflexes pupillaires;
 - Santé oculaire du segment postérieur avec l'ophtalmoscope direct, indirect ou biomicroscopie de fond d'œil;
 - Champ visuel (optionnel);
 - La pression intraoculaire si facteur de risque.

* En cas d'anomalie de la vision binoculaire, Il faut se référer à la section 5.1 (Examen spécifique en vision binoculaire (orthoptique)) pour déterminer les tests complémentaires à effectuer.

Conclusion de l'examen

L'optométriste doit informer le parent ou le titulaire de l'autorité parentale :

- des résultats de l'examen;
- des options de traitement si requis (en cas de gestion de la myopie, il faut se référer à la section 5.4 pour déterminer les tests complémentaires à effectuer);
- du pronostic;
- d'une estimation de la durée de traitement et des coûts associés si requis;
- s'il doit référer l'enfant à un autre professionnel (optométriste, médecin, ophtalmologiste);
- de la fréquence des suivis recommandés.

4.2.2 Examen sous cycloplégie

La réfraction objective et subjective, si applicable, sous cycloplégie peut fournir de l'information importante pour déterminer le plan de traitement final et demeure la plus précise. La décision ultime relève du jugement professionnel de l'optométriste et est basée sur l'histoire de cas et sur l'ensemble des signes et symptômes notés. L'optométriste pourra considérer une réfraction sous cycloplégie si l'enfant présente une des conditions suivantes :

- Enfants en bas âge (surtout lors du premier examen);
- Ésophorie ou strabisme, surtout ésotropie accommodative;
- Amblyopie;
- Anisométrie;
- Fluctuation de l'accommodation (hypermétropie latente, pseudomyopie);
- Manque de coopération ou de communication;
- Suspicion de simulation ou de réaction de conversion;
- Patients dont les réponses subjectives varient durant la réfraction ou l'acuité visuelle fluctue;
- Acuité visuelle inférieure à la normale sans raison apparente;
- Symptômes, oculaires ou systémiques, ne s'expliquant pas par l'erreur de réfraction manifeste;
- Difficultés d'apprentissage (en cas de difficulté d'apprentissage, il faut se référer à la section 5.3 pour déterminer les tests complémentaires à effectuer);
- Hypermétropie particulièrement si accompagnée d'une ésophorie;
- Tout autre cas jugé pertinent.

Posologie suggérée pour la cycloplégie et la dilatation pupillaire chez les enfants		
Âge	Cycloplégie (réfraction)	Dilatation pupillaire (santé oculaire)
Naissance à 6 mois	1 goutte de Tropicamide 1 % Attendre 20 minutes Occlusion des punctums Alternative si disponible : 1 goutte de Cyclopentolate 0.5 % Attendre 40 minutes Occlusion des punctums	1 goutte de Tropicamide 1 % 1 goutte de Phényléphrine 2.5 % Occlusion des punctums Attendre 20 minutes

6 mois à 1 an	1 goutte de cyclopentolate 1 % Attendre 40 minutes Occlusion des punctums	
1 an et plus	2 gouttes de Cyclopentolate 1 % Attendre 40 minutes Occlusion des punctums	

Chez les enfants de 3 ans et plus, qui présentent une des conditions suivantes, il peut être utile de faire une réfraction sous atropine 1 % :

- Effet cycloplégique non maximal avec cyclopentolate;
- Iris pigmentés;
- Cycloplégie difficile;
- Ésotropie partiellement accommodative;
- Ésodéviations qui décompense;
- AC/A élevé;
- Hypermétropie faible / ésodéviations;
- Avant la prise d'une décision chirurgicale de strabisme.

La posologie suggérée est 1 goutte d'Atropine 1 % bid X 3 jours et une goutte le matin de l'examen lors de la quatrième journée.

Tenue de dossier

En cas de cycloplégie, les éléments suivants doivent être notés au dossier :

- Les raisons de la procédure, détails des médicaments utilisés (nom, dosage, heure d'instillation);
- Les tests spécifiques appropriés : d'abord ceux déterminant qu'il n'y a pas de contre-indications lorsque possible (réflexes pupillaires, évaluation de l'angle irido-cornéen et prise de PIO), puis ceux permettant de faire les observations désirées;
- Les explications et recommandations au patient.

Si l'optométriste décide de ne pas faire de cycloplégie, il devra noter au dossier les motifs cliniques justifiant la décision.

Si le patient refuse la cycloplégie, l'optométriste devra le noter au dossier.

4.2.3 Tableau – récapitulatif des tests

Récapitulatif des tests à effectuer pour l'examen oculovisuel pédiatrique en fonction de l'âge				
Objectifs	Tests	0 à 2 ans	3 à 5 ans	6 à 17 ans
Vérifier l'état de la réfraction	Acuité visuelle selon la méthode adaptée en fonction de l'âge du patient	oui	oui	oui
	Rétinoscopie adaptée (Indra Mohindra, statique, cycloplégie)	oui	oui	oui

	Réfraction subjective si possible		(oui, si possible)	oui
Valider la normalité de la vision binoculaire	Reflets cornéens de Hirschberg / Krimsky	oui		
	Bruckner	oui		
	Motilités oculaires	oui	oui	oui
	PRC	oui	oui	oui
	Stéréoscopie si possible	oui	oui	oui
	Test écran	oui	oui	oui
	Fonction accommodative			oui
Vérifier l'état de la santé oculaire	Examen du segment antérieur et ses annexes au biomicroscope ou avec lentille 20D et transilluminateur	oui	oui	oui
	Réflexes pupillaires	oui	oui	oui
	Examen du segment postérieur (ophtalmoscope direct, indirect ou Volk)	oui	oui	oui
Autres tests	Vision des couleurs		oui	oui
Tests optionnels	Champs visuels automatisés adaptés à l'âge		oui	oui
	Test par confrontation	oui	oui	oui

Références complémentaires

Wallace and al. *Pediatric Eye Evaluations Preferred Practice Pattern(R): I. Vision Screening in the Primary Care and Community Setting; II. Comprehensive Ophthalmic Examination*, Ophthalmology, 2018

Farhood QK. *Cycloplegic refraction in children with cyclopentolate versus atropine*. Journal of Clinical & Experimental Ophthalmology, 2012; 3, p.7.

Eperjesi F, Jones K. *Cycloplegic refraction in optometric practice*. Optom Pract. 2005, 6, pp.107–20

American Optometric Association, *Evidence-based Clinical Practice Guideline: Comprehensive Pediatric Eye and Vision Examination*, 2015, en ligne :

<https://www.aoa.org/AOA/Documents/Practice%20Management/Clinical%20Guidelines/EB%20Guidelines/Comprehensive%20Pediatric%20Eye%20and%20Vision%20Exam.pdf>

(consulté le 21 juin 2021)

5. LES SERVICES OCULOVISUELS POUR BESOINS SPÉCIALISÉS

5.1 L'EXAMEN SPÉCIFIQUE EN VISION BINOCULAIRE (ORTHOPTIQUE)

Suite à l'examen oculovisuel, il est possible que l'optométriste identifie une anomalie nécessitant un examen spécifique en vision binoculaire (orthoptique). L'orthoptique s'occupe des déséquilibres oculomoteurs et des troubles de la vision binoculaire. Elle comprend l'évaluation de l'état de la vision binoculaire et les moyens thérapeutiques, autres que chirurgicaux, destinés à la rétablir ou la renforcer.

L'examen spécifique en vision binoculaire inclut :

- L'histoire de cas pertinente;
- La détermination de l'état réfractif et la recherche de la meilleure acuité visuelle, avec cycloplégie si requise;
- L'évaluation des trois degrés de fusion;
 - Évaluation de l'alignement oculaire;
 - Détermination de l'état de la fusion sensorielle;
 - Évaluation de la stéréoscopie;
- L'évaluation de la fonction accommodative;
- L'évaluation de la convergence et de la relation accommodation-convergence;
- L'évaluation des mouvements oculaires (saccades et poursuites);
- L'évaluation de la concomitance avec identification des muscles parétiques ou paralysés.

L'histoire de cas

L'histoire de cas comprend les éléments suivants :

- Les besoins visuels du patient;
- Signes et symptômes en lien avec le problème de vision binoculaire et leur impact sur la vie quotidienne;
- L'historique familial d'anomalies de vision binoculaire;
- Les facteurs de risque pré et périnataux;
- L'historique de trauma ou d'exposition à des toxines;
- Les antécédents médicaux, oculaires ou de chirurgie;
- La santé générale du patient;
- La motricité fine et grossière, l'apprentissage scolaire (si applicable);
- Les attentes du patient (et de sa famille, si applicable).

Distances et concomitance

L'examen doit inclure au minimum une évaluation de la vision binoculaire en vision de loin et de près en position primaire. Selon les résultats obtenus, différentes positions de regard ou distances de travail pourraient devoir être testées.

Phories ou autres anomalies non strabiques

L'évaluation d'une hétérophorie inclut :

- L'amplitude et direction de l'hétérophorie;

- L'évaluation de la fusion sensorielle et de la stéréoscopie;
- L'évaluation de la vergence fusionnelle (amplitude et flexibilité);
- Le point rapproché de convergence;
- L'amplitude d'accommodation, flexibilité accommodative, relation accommodation-convergence (si applicable);
- L'adaptations sensorielles associées (amblyopie, suppression, correspondance rétinienne).

Désordres oculomoteurs

Les déviations non concomitantes et la présence de nystagmus doivent être décrites de façon approfondie et, si possible, la cause doit être identifiée. Toute adaptation sensorielle ou de posture doit être documentée.

Strabisme

Lorsqu'un strabisme est identifié, l'optométriste doit préciser les éléments suivants pour les différentes positions de regard et distances de travail :

- L'amplitude;
- La direction;
- La fréquence;
- La latéralité;
- Les adaptations sensorielles associées (amblyopie, suppression, correspondance anormale).

L'analyse et le plan de traitement

L'analyse des résultats de l'examen spécifique en vision binoculaire doit inclure une description ou un diagnostic et doit prendre en considération les éléments suivants :

- La maladie oculaire ou systémique;
- Le risque de développement de l'amblyopie;
- Si possible, l'étiologie de la condition (acquise ou congénitale);
- L'amétropie;
- Les difficultés d'apprentissage associées (si applicable);
- Les besoins du patient;
- Le pronostic;
- Le transfert du patient à un autre professionnel (si requis).

Puisque les troubles de vision binoculaire sont variables dans leur présentation, chaque plan de traitement doit être individualisé en considérant les besoins des patients et les ressources disponibles.

Le plan de traitement peut inclure un traitement optique, prismatique, pharmacologique, par occlusion ou par exercices actifs. Le patient peut aussi être référé en ophtalmologie pour une opinion (chirurgie, imagerie, etc.).

L'optométriste doit informer le patient :

- des options de traitement;

- du pronostic;
- d'une estimation de la durée du traitement et des coûts associés.

Références complémentaires

American Optometric Association, *Care of the Patient with Amblyopia*, 2004, en ligne : <https://www.aoa.org/AOA/Documents/Practice%20Management/Clinical%20Guidelines/Consensus-based%20guidelines/Care%20of%20Patient%20with%20Amblyopia.pdf> (consulté le 21 juin 2021)

American Optometric Association, *Care of the Patient with Strabismus: Esotropia and Exotropia*, 2010, en ligne : <https://www.aoa.org/AOA/Documents/Practice%20Management/Clinical%20Guidelines/Consensus-based%20guidelines/Care%20of%20Patient%20with%20Strabismus%20Esotropia%20and%20Exotropia.pdf> (consulté le 21 juin 2021)

American Optometric Association, *Care of the Patient with Hyperopia*, en ligne : <https://www.aoa.org/AOA/Documents/Practice%20Management/Clinical%20Guidelines/Consensus-based%20guidelines/Care%20of%20Patient%20with%20Hyperopia.pdf> (consulté le 21 juin 2021)

American Optometric Association, *Care of the Patient with Accommodative and Vergence Dysfunction*, 2010, en ligne : <https://www.aoa.org/AOA/Documents/Practice%20Management/Clinical%20Guidelines/Consensus-based%20guidelines/Care%20of%20Patient%20with%20Accommodative%20and%20Vergence%20Dysfunction.pdf> (consulté le 21 juin 2021)

5.2 L'EXAMEN DU PATIENT AMBLYOPE

L'examen du patient amblyope inclut :

- L'histoire de cas pertinente;
- L'acuité visuelle;
- L'examen spécifique en vision binoculaire;
- L'état de la fixation monoculaire;
- L'examen approfondi de la santé oculaire.

L'histoire de cas

L'histoire de cas comprend l'élément suivant :

- La révision de l'historique oculaire et générale en lien avec l'amblyopie.

L'acuité visuelle

- La mesure d'acuité visuelle doit tenir compte des capacités cognitives et de l'âge du patient (voir à la section 4.2 le tableau récapitulatif de la partie 4.2.3 sur les choix de tests selon l'âge de l'enfant);

- Les amblyopes sont sensibles à l'effet de contour et la présentation de symboles isolés pourrait masquer ou sous-estimer l'amblyopie;
- En cas de présence de nystagmus latent, adapter la procédure (ex. utilisation d'une occlusion convexe).

L'examen spécifique en vision binoculaire

Voir la section 5.1 Examen spécifique en vision binoculaire (orthoptique).

L'état de la fixation monoculaire

La méthode de choix pour l'évaluation de la fixation monoculaire est la visuscopie. L'optométriste doit noter si une fixation excentrique est présente surtout si la cause de l'amblyopie n'est pas trouvée ou si une amblyopie persiste après un traitement. Si c'est le cas, l'optométriste doit documenter les caractéristiques suivantes de la fixation excentrique :

- L'amplitude;
- La stabilité;
- L'emplacement.

L'examen approfondi de la santé oculaire

Les tests à effectuer sont les suivants:

- Réflexes pupillaires;
- Vision des couleurs monoculaire en cas de suspicion d'amblyopie acquise;
- Évaluation du segment antérieur, des médias et du segment postérieur sous dilatation pupillaire;
- Des tests additionnels (ex: OCT, champ visuel) ou une référence à un autre professionnel peuvent être indiqués selon le cas.

Le traitement de l'amblyopie

Les options de traitement sont les suivantes:

- La correction optique (en lunettes ou lentilles cornéennes);
- La pénalisation du bon œil (occlusion, pénalisation optique, pénalisation par atropine);
- La thérapie active.

Le patient et les parents ou titulaires de l'autorité parentale doivent être informés du diagnostic, du pronostic, des options de traitement et d'une estimation de la durée du traitement. L'optométriste doit discuter des risques de non-traitement, de l'importance de protéger le bon œil et des suivis réguliers de la condition.

Référence complémentaire

American Optometric Association, *Evidence-based Clinical Practice Guideline: Care of Patient with Amblyopia*, 2004, en ligne :

<https://www.aoa.org/AOA/Documents/Practice%20Management/Clinical%20Guidelines/Consensus-based%20guidelines/Care%20of%20Patient%20with%20Amblyopia.pdf> (consulté le 21 juin 2021)

5.3 L'EXAMEN DE L'ENFANT AVEC TROUBLES D'APPRENTISSAGE

5.3.1 Cadre général d'intervention

La vision est reconnue comme un élément important du développement de la personne, notamment lorsque celle-ci est en situation d'apprentissage.

À cet égard, la finalité de l'intervention de l'optométriste auprès d'un patient ayant un problème d'apprentissage¹⁰ observé ou suspecté, est de déterminer si le patient éprouve un problème oculovisuel, soit un problème de fonctionnement des yeux, un problème visuel ou un problème de santé oculaire. Le cas échéant, lorsqu'il constate un problème oculovisuel, l'optométriste pourra proposer un traitement suivant les moyens thérapeutiques à sa disposition ou référera à un collègue, compétent en la matière, s'il ne peut le réaliser lui-même.

Compte tenu de la complexité potentielle d'une situation où un patient consulte relativement à un problème d'apprentissage, l'optométriste doit non seulement favoriser les échanges avec celui-ci et avec ses parents ou titulaires de l'autorité parentale s'il s'agit d'un enfant, mais aussi avec les autres professionnels appelés à intervenir auprès de ce patient (enseignant, orthopédagogue, orthophoniste, psychoéducateur, ergothérapeute, psychologue scolaire, neuropsychologue, conseiller d'orientation, de même qu'un autre collègue optométriste ayant une pratique orientée de façon particulière dans ce domaine). L'action de l'optométriste auprès du patient s'inscrit donc habituellement dans un contexte multidisciplinaire et, pour être efficace, requiert une bonne collaboration avec tous les intervenants concernés.

Histoire de cas

Lorsqu'il est appelé à procéder à l'évaluation oculovisuelle d'un patient qui consulte relativement à un problème d'apprentissage, l'optométriste doit procéder à une histoire de cas détaillée, en s'intéressant de façon particulière aux motifs précis de la consultation, aux signes et symptômes plus spécifiquement reliés aux problèmes d'apprentissage, au cheminement scolaire du patient ainsi qu'aux interventions faites ou planifiées par d'autres intervenants à ce sujet. L'optométriste doit notamment tenir compte d'un éventuel plan d'intervention proposé au patient par d'autres professionnels et collaborer avec ces derniers aux fins de sa réalisation.

Évaluation

Selon les motifs de la consultation, l'histoire de cas et, le cas échéant, les informations obtenues auprès des autres professionnels, l'optométriste procède aux examens et tests suivants :

- L'évaluation des problèmes visuels courants;
 - L'acuité visuelle en vision de loin et en vision de près, avec et sans correction;
 - État réfractif objectif de loin et de près;
 - État réfractif subjectif habituel;
 - État réfractif sous cycloplégie;

¹⁰ L'expression « problème d'apprentissage » utilisée ici est non spécifique. Pour une distinction entre différentes notions telles les difficultés d'adaptation, les difficultés d'apprentissage et les troubles d'apprentissage, voir notamment les définitions proposées par l'Institut des troubles d'apprentissage : <http://institutta.com/comprendre-quelques-definitions-pour-mieux-intervenir/> (consulté le 21 juin 2021).

- L'évaluation de la vision binoculaire;
 - Hétérophories en vision de loin et de près, et des réserves fusionnelles (tests quantitatifs);
 - Fonction des vergences (flexibilité et amplitude);
 - Fonction accommodative (acceptation de Cx, ARN, ARP, amplitude, précision et flexibilité);
 - Relation accommodation-convergence (AC/A);
 - Disparité de fixation, si nécessaire;
- L'évaluation des habiletés visuelles dans l'espace;
 - Alignement oculaire (objectif et subjectif);
 - État de la vision sensorielle;
 - État de la vision stéréoscopique;
 - Motilités et mouvements oculaires (tests qualitatifs);
 - Point rapproché de convergence (amplitude, flexibilité et endurance);
- L'évaluation des habiletés visuelles fonctionnelles;
 - Mouvements oculaires (tests quantitatifs);
 - Fixation loin-près, flips de lentilles et/ou de prismes;
- L'évaluation de la santé oculaire;
 - Segments antérieur et postérieur;
 - Réflexes pupillaires;
 - Vision des couleurs.

Une fois ces évaluations complétées, l'optométriste est généralement en mesure de confirmer ou non la présence d'un problème oculo-visuel et si des tests complémentaires sont requis. Il communique alors ses conclusions au patient et, s'il y a lieu, à ses parents ou au titulaire de l'autorité parentale. À noter qu'il ne s'agit pas ici pour l'optométriste de conclure ou non à l'existence d'un problème d'apprentissage comme tel, ni de se prononcer sur le fait qu'un problème d'apprentissage est exclusivement ou partiellement attribuable ou non à une condition oculo-visuelle déficiente.

Avec les autorisations requises du patient ou, s'il y a lieu, de ses parents ou du titulaire de l'autorité parentale, l'optométriste communique ses conclusions aux autres professionnels concernés.

Examens et tests complémentaires

Selon l'ensemble des signes cliniques observés et suite à l'analyse des données recueillies lors de l'examen de base, l'optométriste pourrait recourir à tout autre examen ou test pertinent pour lesquels il a les connaissances et compétences requises et qui sont pertinents aux fins d'évaluer les problèmes oculo-visuels ou de les traiter.

Il peut notamment s'agir d'apprécier différentes habiletés reliées aux problèmes oculo-visuels, pour en analyser l'impact au regard de la condition oculo-visuelle du patient et pour préciser les recommandations à lui formuler, en ce qui concerne les traitements optométriques requis ou la consultation d'un professionnel d'une autre discipline. Dans ce contexte, l'optométriste ne doit utiliser que des tests pertinents, normalisés, adaptés à l'âge et à la condition du patient et proportionnels à son rôle d'évaluation et de traitement des problèmes oculo-visuels. Suivant cette même finalité, l'optométriste doit être en mesure d'identifier dans son plan d'intervention les objectifs visés des tests complémentaires qu'il effectue.

Traitements

Selon le problème oculovisuel identifié, les motifs de la consultation et les signes et symptômes rapportés, l'optométriste peut proposer un traitement optométrique, soit un traitement optique, un traitement pharmacologique ou l'orthoptique.

Enjeux déontologiques particuliers

Lorsqu'il intervient auprès d'un patient relativement à un problème d'apprentissage observé ou suspecté, l'optométriste doit notamment, au plan déontologique, tenir compte des considérations ci-après énoncées :

- Aux termes des articles 16 à 19.1.1 de la *Loi sur l'optométrie* (RLRQ, c. O-7), le champ d'exercice de l'optométrie correspond à ce qui suit : tout acte qui a pour objet la vision et qui se rapporte à l'examen des yeux, l'analyse de leur fonction et l'évaluation des problèmes visuels, ainsi que l'orthoptique, la prescription, la pose, l'ajustement, la vente et le remplacement de lentilles ophtalmiques; les conseils visant à prévenir les troubles visuels et à promouvoir les moyens favorisant une bonne vision ainsi que, suivant certaines conditions réglementaires, l'administration et la prescription de médicaments aux fins de l'examen oculovisuel ou du traitement d'une condition oculaire, sont également autorisés.
- Suivant cette définition de ce qu'est l'exercice de l'optométrie, l'optométriste doit éviter toute fausse représentation et toute intervention pouvant laisser croire qu'il est autorisé à évaluer ou à traiter une condition qui relève d'une autre discipline. Il doit ainsi diriger le patient vers d'autres professionnels lorsque le patient requiert une évaluation ou un traitement qui ne relève pas de l'optométrie. Il doit également référer à un autre optométriste s'il ne peut dispenser lui-même les services optométriques requis.
- De façon particulière, il faut noter que le recours à des tests complémentaires par l'optométriste ne vise pas à évaluer le fonctionnement mental afin d'en identifier les troubles, au sens d'un dysfonctionnement ou d'une altération, et ne permet pas de statuer sur la nature ou les causes des affections cliniques (évaluation des troubles mentaux). Elle ne vise pas non plus à établir un lien entre l'affection clinique ou le fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental et certaines structures ou fonctions cérébrales possiblement altérées, c'est-à-dire à se prononcer sur le lien cerveau-comportement (évaluation des troubles neuropsychologiques).
- Consentement libre et éclairé : avant d'entreprendre tout traitement, l'optométriste doit informer le patient de la durée approximative du traitement (le nombre de visites notamment), du temps requis pour les sessions d'exercices, des frais prévisibles et du calendrier de suivi proposé. Dans le cas d'un mineur de moins de 14 ans, l'optométriste doit obtenir un consentement libre et éclairé des parents ou du titulaire de l'autorité parentale. On note à ce sujet que plus les risques ou les conséquences d'une intervention sont importants pour la santé du patient, au plan des frais qui en découlent ou autrement, plus l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé gagne en intensité. Il en est ainsi pour les approches novatrices ou controversées. Dans de tels cas, la transmission des informations requises par écrit au patient et l'obtention d'un consentement écrit sont de mise.

5.4 L'EXAMEN SPÉCIFIQUE EN CONTRÔLE DE LA MYOPIE

Suite à l'examen oculovisuel d'un enfant, il est possible que l'optométriste identifie de la myopie ou des facteurs de risque nécessitant un examen spécifique en contrôle de la myopie.

Les facteurs de risque

- Prédilection génétique;
- Présence de myopie ou d'une faible hypermétropie chez un enfant d'âge préscolaire;
- Astigmatisme contre la règle en bas âge;
- Diminution de la fonction accommodative ou une ésochorie en vision rapprochée;
- Utilisation de la vision rapprochée et des appareils électroniques durant une période continue sur une base régulière;
- Longueur axiale supérieure à la moyenne.

L'examen spécifique en contrôle de la myopie inclut :

- L'histoire de cas pertinente;
- La détermination de l'état réfractif avec cycloplégie si requise;
- L'évaluation de la vision binoculaire;
- L'évaluation de la santé oculaire;
- Le plan de traitement personnalisé;
- Les explications, les recommandations, les risques et les montants associés aux différents plans de traitements suggérés aux parents ou titulaires de l'autorité parentale (pour un enfant de moins de 14 ans) afin que ces derniers puissent faire un choix éclairé des alternatives possibles.

L'histoire de cas

L'histoire de cas insiste sur les éléments suivants :

- L'historique familial;
 - Présence, degré et âge de stabilisation de la myopie dans la famille;
 - Décollement de rétine associé à la myopie, etc.
- Les habitudes de vie;
 - Le temps passé à l'extérieur, les sports pratiqués et l'utilisation de la vision rapprochée (appareils électroniques, lecture, etc.) durant une période continue sur une base régulière.

L'évaluation de la vision binoculaire

En plus des tests requis lors l'évaluation de la vision binoculaire de l'examen visuel complet, une attention particulière doit être portée sur :

- Les mesures des phories;
- Les mesures du lag accommodatif, de la fonction accommodative et du rapport AC/A.

Selon les résultats obtenus, le choix du traitement devra en tenir compte.

L'évaluation de la santé oculaire

- La courbure cornéenne;
- L'évaluation du segment postérieur sous dilatation et de la PIO en cas de facteurs de risque;
- La longueur axiale si disponible.

Analyse et plan de traitement

L'analyse des résultats de l'examen spécifique en contrôle de la myopie doit prendre en considération les éléments suivants :

- La maladie oculaire ou systémique;
- Le risque de développement de problèmes de santé oculaire;
- Si possible, l'étiologie de la condition (progressive ou congénitale);
- Les besoins du patient;
- Le pronostic;
- Le transfert du patient à un autre professionnel (si requis).

Chaque plan de traitement doit être individualisé en considérant les besoins des patients et les ressources disponibles. Les différentes options de traitements pour chaque enfant doivent être expliquées de même que les bénéfices et inconvénients de chaque option.

Le plan de traitement peut inclure :

- des activités extérieures;
- la limitation de l'utilisation des appareils électroniques ou de la vision rapprochée en continu en dehors du cursus scolaire;
- la gestion des anomalies observées lors de l'évaluation de la vision binoculaire;
- des lunettes ophtalmiques;
- des lentilles cornéennes souples;
- l'atropine;
- l'orthokératologie;
- des traitements en combinaison.

L'optométriste doit informer le patient et/ou la personne responsable :

- des options de traitement et des risques associés;
- du pronostic;
- d'une estimation de la durée de traitement et des coûts associés;
- des risques de non-traitement;
- s'il doit référer l'enfant à un autre professionnel (optométriste, médecin, ophtalmologiste);
- de la fréquence des suivis recommandés.

5.5 L'EXAMEN SPÉCIFIQUE AU PORT DE LENTILLES CORNÉENNES

Examen en prévision d'un ajustement de lentilles cornéennes

- Collecte de l'information nécessaire et spécifique afin de compléter l'histoire de cas et le choix des lentilles cornéennes à essayer;

- Biomicroscopie détaillée des annexes oculaires, de la cornée, de la conjonctive bulbaire et palpébrale, de l'état du film lacrymal;
- Kératométrie et/ou topographie cornéenne, si nécessaire.

Essai de lentilles cornéennes

- Procéder au choix de lentilles en fonction de l'histoire de cas, de l'amétropie, de la biomicroscopie et de la disponibilité de lentilles;
- Procéder à l'essai physique avec évaluation du confort subjectif, de l'acuité visuelle obtenue, du positionnement et du mouvement des lentilles;
- Respecter les recommandations du fabricant selon le type de lentilles :
 - Utiliser les solutions appropriées pour la manipulation, la pose et l'entretien des lentilles;
 - Laisser le temps recommandé par le fabricant afin que la lentille se positionne adéquatement avant les prochaines évaluations;
 - Respecter les normes d'ajustement suggérées par les fabricants (centration, mouvement, dégagement);
- Procéder à la mesure d'une surréfraction avec les lentilles si nécessaire;
- Effectuer les ajustements si nécessaires : changement de courbure, changement de puissance, changement de sorte de lentilles, etc.;
- S'assurer que le patient est confortable avec la manipulation des lentilles cornéennes : pose et retrait;
- Expliquer le système d'entretien recommandé si applicable;
- Expliquer l'horaire de port recommandé;
- Planifier le rendez-vous de suivi.

Examen de suivi en lentilles cornéennes

- Collecte auprès du patient de l'information nécessaire liée au port de lentilles cornéennes (ses habitudes de port ou d'entretien, ses plaintes, ses commentaires);
- Acuité visuelle avec les lentilles cornéennes;
- Mesure d'une surréfraction avec les lentilles, si nécessaire;
- Biomicroscopie détaillée avec et sans lentilles avec utilisation appropriée des colorants ophtalmiques;
- Kératométrie et/ou topographie cornéenne, si nécessaire;
- Changements si nécessaires (courbure, puissance, sorte de lentilles, etc.);
- Recommandations et explications au patient.

Délais de suivis recommandés

Les recommandations concernant la fréquence des suivis doivent être déterminées par le type de lentilles, le type de port, la fréquence de remplacement et la condition du patient. Cette fréquence doit être adaptée à chaque patient selon l'histoire de cas et les anomalies du segment antérieur.

Fréquence de suivis suggérée pour une nouvelle adaptation

- Lentilles à remplacement journalier : à déterminer selon la fréquence de port;
- Lentilles en port quotidien à remplacement fréquent : suivi entre 1 et 4 semaines;
 - Commande des lentilles si l'ajustement, le confort, la santé oculaire et la vision sont jugés adéquats;

- Changements si nécessaires (sorte de lentilles, courbure, puissance, etc.);
- Lentilles en port prolongé : suivi après 1 semaine et aux 6-12 mois par la suite;
- Examen annuel recommandé chez les porteurs de lentilles cornéennes;
- Selon la condition du patient et ses besoins particuliers, la fourniture du patient en lentilles cornéennes devrait généralement être limitée à une période de deux ans suivant son dernier examen, après quoi un nouvel examen devrait être requis.

Lentilles cornéennes pour besoins spéciaux (kératocône, orthokératologie, lentilles sclérales)

En plus des tests mentionnés précédemment, l'optométriste doit recueillir les données de kératométries et de topographies cornéennes nécessaires pour choisir la bonne courbure et le bon diamètre de lentille à essayer.

Suivi recommandé pour l'orthokératologie

- Au cours de la première semaine :
 - Évaluer la vision et le confort général du patient;
 - S'assurer de l'intégrité de la cornée avec l'utilisation appropriée des colorants ophtalmiques;
 - Vérifier que le traitement est bien centré en évaluant la topographie;
 - Effectuer les changements de paramètres requis pour optimiser le traitement;
- Après un mois :
 - Évaluer la vision et le confort général du patient;
 - S'assurer de l'intégrité de la cornée avec l'utilisation appropriée des colorants ophtalmiques;
 - Vérifier que le traitement est bien centré en évaluant la topographie;
 - Effectuer les changements de paramètres requis et revoir en suivi jusqu'à ce que l'ajustement soit jugé optimal;
- Réévaluer en visite de contrôle annuellement.

5.6 L'EXAMEN DU PATIENT AVEC SÉCHERESSE OCULAIRE

L'examen du patient avec sécheresse oculaire inclut :

- L'histoire de cas pertinente;
- L'acuité visuelle;
- L'examen approfondi du segment antérieur et des annexes;
- Les tests spécifiques à la sécheresse oculaire;
- L'éducation, recommandations au patient et prise en charge.

L'histoire de cas

L'histoire de cas inclut les éléments suivants :

- La révision de l'historique oculaire et générale en lien avec la sécheresse;
 - Signes et symptômes oculaires;
 - Symptômes non oculaires, notamment sécheresse buccale;
 - Conditions qui exacerbent (ex. endroits faible humidité, utilisation d'écrans);
 - Durée des symptômes;

- Notamment, les facteurs de risque (les facteurs de risque suivants ont été rapportés dans la littérature);
 - Facteurs de risque certains : âge, sexe (féminin), ethnicité (asiatique), dysfonction des glandes de Meibomius (MGD), maladies du tissu connectif, syndrome Sjögren, déficience androgène, utilisation d'ordinateur, port de lentilles cornéennes, thérapie hormonale, transplantation de cellules souches, environnement (pollution, faible humidité, qualité de l'air), certains médicaments (tels que les antihistaminiques, antidépresseurs, anxiolytiques, isotrétinoïne);
 - Facteurs de risque probables : diabète, rosacée, infection virale, dysfonction thyroïdienne, conditions psychiatriques, ptérygion, faible apport en acide gras essentiel, chirurgie réfractive, conjonctivite allergique, prise de médicaments (tels que les anti-cholinergiques, diurétiques, bêtabloquants);
 - Facteurs de risque incertains : ethnicité (hispanique), ménopause, acné, sarcoïdose, tabagisme, prise d'alcool, grossesse, infestation de Demodex, injections de toxine botulique, prise de multivitamines et de contraceptifs oraux.

Un questionnaire de symptômes validé est recommandé, mais ne remplace pas l'histoire de cas spécifique à la sécheresse oculaire.

L'acuité visuelle

- Monoculaire, à toutes distances jugées nécessaires.

L'examen spécifique du segment antérieur et des annexes

- Examen externe et des annexes;
 - Observation grossière de la peau (signes de rosacée, dermatite, etc.);
 - Observation des paupières : fermeture, clignement, ectropion/entropion, etc.;
 - Présence ou absence de proptose;
 - Observation des mains (anomalies articulaires, etc.);
- Évaluation des cils et de la marge palpébrale;
- Évaluation des glandes de Meibomius (avec expression);
- Intégrité des tissus oculaires (cornée, conjonctive et jonction palpébrale) avec colorants ophtalmiques appropriés;
- Mesure du temps de rupture du film lacrymal (TBUT : tear breakup time);
- Mesure du volume de larmes (hauteur du ménisque lacrymal inférieur, Schirmer ou test phénol rouge);
- Exclusion d'autres maladies de surface oculaire.

L'examen peut inclure d'autres tests spécifiques de la sécheresse oculaire, comme par exemple:

- Osmolarité;
- Meibographie;
- MMP-9 (Métalloprotéinase de matrice 9).

Une référence à un autre professionnel (ophtalmologiste, médecin de famille, dermatologue) peut être indiquée selon le cas, comme par exemple :

- Suspicion de syndrome Sjögren, de dysfonction thyroïdienne, d'acné rosacée.

Traitements

Les traitements peuvent inclure :

- Modification de l'environnement;
 - Exemples : taux d'humidité, hygiène visuelle pour temps d'écran;
- Larmes artificielles;
- Gels et onguents ophtalmiques;
- Hygiène des paupières;
- Compresses chaudes (masques chauffants);
- Modifications diététiques (incluant supplémentation d'acides gras essentiels);
- Conservation de larmes;
 - Bouchons lacrymaux;
 - Lunettes à chambre humide;
- Traitements pharmacologiques;
 - Antibiotiques topiques (si présence de blépharite antérieure bactérienne);
 - Médicaments oraux: antibiotiques et antiviraux, en respectant les protocoles produits par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)¹¹;
 - Corticostéroïdes topiques (court terme);
 - Traitements immunomodulateurs topiques (long terme);
- Traitements en bureau : microblépharoexfoliation de la marge palpébrale/cils, thérapies thermiques et mécaniques pour les glandes de Meibomius;
- Lentilles cornéennes (pansement, sclérales);
- Autres traitements disponibles en ophtalmologie;
 - Sérum autologue;
 - Membranes amniotiques;
 - Traitements chirurgicaux (ex. tarsorrhaphie, cautérisation des puncti lacrymaux).

Les patients doivent être informés du diagnostic, de la chronicité de la condition et des options de traitement ophtalmique ou autres. L'optométriste doit discuter des facteurs de risque associés à la condition et éduquer le patient sur les modifications possibles concernant certains de ces facteurs. La fréquence des suivis dépendra de la sévérité de la condition.

Note : Lors de prise de corticostéroïdes topiques, un suivi est recommandé dans 3 à 4 semaines pour la prise de pression intraoculaire.

Références complémentaires

Begley & Chalmers, *Dry Eye Questionnaire (DEQ-5)*, 2018, en ligne:

<https://www.optometricmanagementeducation.com/getmedia/b81c5d2d-ee60-4ad3-b67a-3c919d6defd4/TearCare-questionnaire.pdf> (consulté le 22 juin 2021)

Allergan, *Ocular Surface Disease Index®(OSDI)*, 1995, en ligne:

<https://static1.squarespace.com/static/51ba5346e4b09459e2a8c0aa/t/55e5e844e4b0b7789bdf80f2/1441130564021/osdi.pdf> (consulté le 21 juin 2021)

¹¹ Ces protocoles (guides d'usage optimal) sont disponibles dans le site web de l'Ordre (dans la [section médicaments et soins oculaires](#)) ainsi que dans le [site web de l'INESSS](#).

Jennifer P. Craig et al., *TFOS DEWS II Report Executive Summary*, 2017, en ligne: <https://www.tearfilm.org/public/TFOSDEWSII-Executive.pdf> (consulté le 21 juin 2021)

J. Daniel Nelson et al., *TFOS DEWS II*, 2017, en ligne: http://www.tfosdewsreport.org/report-tfos_dews_ii_report/36_36/en/ (consulté le 21 juin 2021)

Groupe de consensus canadien sur la sécheresse oculaire, *Lignes directrices pratiques pour les professionnels canadiens des soins ophtalmologiques concernant la sécheresse oculaire et la chirurgie de l'œil*, 2017, *Revue canadienne d'optométrie*, vol. 79, no 4, 2017, en ligne:

<https://openjournals.uwaterloo.ca/index.php/cjo/issue/view/209/CJO%20Volume%2079%20Number%204%20-%20full%20issue> (consulté le 21 juin 2021)

5.7 L'EXAMEN SPÉCIFIQUE EN BASSE VISION

Suite à un examen ophtalmologique, il est possible que l'optométriste identifie chez son patient une déficience visuelle associée à des difficultés fonctionnelles, des situations d'incapacités et/ou de handicap nécessitant un examen spécifique en basse vision. L'optométriste évaluera le niveau de vision fonctionnelle, puis après analyse du bilan de basse vision, établira des recommandations d'interventions ou d'aides visuelles destinés à diminuer les situations d'incapacités et/ou de handicap. L'optométriste s'assurera aussi des recommandations touchant le suivi de la santé oculaire du patient.

5.7.1 Examen spécifique de basse vision en cabinet privé

L'examen spécifique en basse vision comprend :

- L'histoire de cas pertinente;
- L'état de la fixation, évaluation de l'acuité visuelle et de la réfraction;
- L'évaluation de la vision binoculaire;
- La mesure de la sensibilité aux contrastes avec chartes adaptées;
- L'évaluation des champs visuels;
- L'examen de la santé oculaire;
- L'analyse et le plan de traitement.

L'histoire de cas

L'histoire de cas spécifique en basse vision inclut les éléments suivants:

- Les besoins visuels du patient (situations de handicap);
- Les signes et symptômes en lien avec le problème de basse vision et son impact sur les activités de la vie quotidienne;
- La santé oculaire personnelle, l'historique des maladies oculaires;
- L'histoire familiale et les antécédents familiaux de maladies oculaires;
- Les antécédents médicaux, oculaires ou de chirurgie;
- Les attentes du patient (et de sa famille si applicable);
- Les modes de déplacement utilisés (automobile, transport adapté, quadriporteur, etc.);

- Son réseau social et familial, ainsi que son milieu de vie (ex: maison, résidence pour personnes âgées, CHSLD);
- L'état psychologique et cognitif du patient, et les professionnels de santé mentale impliqués auprès de ce dernier.

État de la fixation

- Fixation centrale versus excentrique;
 - Amplitude;
 - Stabilité;
 - Emplacement.

Réfraction et AV

- Utilisation des échelles adaptées, en vision de loin et de près et/ou à toute distance jugée pertinente (ETDRS, DVI, MNRead, Lighthouse, Colenbrander, etc.);
- Réfraction objective et/ou subjective au visiomètre ou lentilles d'essai selon le cas;
- Prise en compte de l'état de la fixation.

Vision binoculaire

- Alignement oculaire;
- Sommatation et/ou suppression;
- Évaluation des mouvements oculaires (poursuites, saccades, présence de nystagmus, etc.).

Sensibilité aux contrastes

- Mesure de la sensibilité aux contrastes avec les chartes adaptées (ex: MARS, Pelli-Robson, Vistech) si pertinent.

Champs visuels

- Mesure des dimensions du champ (méthode cinétique) pour vérifier s'il y a admissibilité aux CRDV et déterminer les atteintes fonctionnelles (éviter champs par confrontation et de type seuils);
- Rechercher et documenter la présence de scotomes centraux (grille d'Amsler, écran tangent ou champs visuels automatisés tel que Octopus ou Humphrey).

Examen de la santé oculaire

L'examen de la santé oculaire peut inclure l'examen de la vision des couleurs, si pertinent.

Analyse et plan de traitement

- **Éducation du patient et de ses proches, si pertinent**
 - Pronostic et possibilité de traitements en lien avec la pathologie;
 - Déficience visuelle et critères de la SAAQ;
 - Référence vers ressources web d'informations aux patients.
- **Enseignement de stratégies visuelles**
 - Contrer l'éblouissement (casquette/filtres);

- Améliorer l'éclairage;
 - Travailler le balayage visuel pour les atteintes du champ visuel;
 - Comprendre la fixation excentrique et ses stratégies.
- **Essais et prescription d'aides visuelles optiques et/ou électroniques, si pertinent, comme par exemple :**
 - Lunettes microscopiques +3.00/+4.00/+5.00 plein champ;
 - Loupe à main 2x, 3x, 4x;
 - Loupe sur pied 2x, 3x, 4x;
 - Typoscope;
 - Loupe électronique ou télévisionneuse portative;
 - Teintes d'intérieur et d'extérieur pour contrer l'éblouissement et/ou améliorer le contraste;
 - Logiciel de grossissement ou de revue d'écran;
 - Applications pour téléphones intelligents adaptés à la déficience visuelle.
 - **Référence en centre de réadaptation pour personne ayant une déficience visuelle (CRDV) ou à d'autres professionnels, si indiqué**

Tous les patients admissibles au programme des aides visuelles de la RAMQ et/ou aux services des CRDV du Québec devraient y être référés afin d'avoir accès aux services offerts par les équipes multidisciplinaires (SRDV, SOM, psychologue, conseiller en orientation, ergothérapeute, etc.) ainsi qu'aux aides techniques.

Pour des informations sur les critères d'admissibilité aux CRDV du Québec, voir le [Règlement sur les aides visuelles et les services afférents assurés](#) (RLRQ, c. A-29, r. 3)

- **Autres références :**
 - Référer au besoin le patient en ophtalmologie pour un suivi/traitement de la pathologie oculaire;
 - Référer au besoin à d'autres professionnels susceptibles d'intervenir auprès du patient (médecin de famille, intervenants du CLSC, personnel de la ressource d'hébergement, etc.).

5.7.2 Examen spécifique de basse vision en centres de réadaptation pour personnes ayant une déficience visuelle (CRDV)

L'optométriste en CRDV effectuera d'abord un examen spécifique en basse vision (voir section 5.7.1). Il devra ensuite évaluer si la déficience visuelle du patient correspond aux conditions d'admissibilité des services des CRDV et du programme d'aides visuelles de la RAMQ ¹².

De plus, l'optométriste en basse vision exerçant en déficience visuelle dans un CRDV sera appelé à:

¹² Régie de l'assurance maladie du Québec, *Manuel du programme des aides visuelles*, en ligne: <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/etablissements-readaptation-deficience-visuelle/manuels/Pages/manuel-programme-aides-visuelles.aspx> (consulté le 21 juin 2021).

- Faire une évaluation approfondie de la fixation excentrique pour déterminer le point de fixation excentrique permettant une vision fonctionnelle optimale au patient selon son besoin visuel (lecture, vision de loin ou vision intermédiaire).
- Participer au suivi du programme d'entraînement à la fixation excentrique du patient en collaboration avec les spécialistes en réadaptation en déficience visuelle (SRDV) et/ou les ergothérapeutes.
- Participer à l'évaluation de l'éclairage et de l'ergonomie visuelle (souvent en collaboration avec les SRDV ou les ergothérapeutes).
- Évaluer et prescrire des télescopes à main, montés en lunettes ou bioptiques et/ou des lunettes électroniques.
- Évaluer et prescrire des aides de grossissement optique telles que les lunettes microscopiques, les loupes à main ou sur pied (éclairantes ou non), de fort grossissement (soit plus de 4X ou 16D).
- Évaluer et prescrire des aides électroniques telles les télévisionneuses portatives et /ou avec plateau pour grossissement ou encore augmentation du contraste par la polarité inversée.
- Évaluer et prescrire des lentilles filtrantes adaptées aux besoins de contraste et de luminosité du patient (souvent en collaboration avec les opticiens et les spécialistes en orientation et mobilité (SOM)).
- Évaluer et prescrire des prismes ou des miroirs pour les patients présentant une hémianopsie/quadransie (souvent en collaboration avec les SOM).
- Évaluer l'admissibilité des patients au programme provincial de développement des habiletés compensatoires à la conduite automobile. Prescrire et ajuster, en collaboration avec les opticiens, un télescope bioptique adapté à la conduite. Collaborer à l'entraînement du patient en collaboration avec l'équipe du programme.
- Évaluer et prescrire des aides d'agrandissement de champ visuel (télescope inversé ou autres) pour les patients avec pertes de champs visuels périphériques.
- Évaluer la pertinence d'une référence vers de services psychosociaux si des signes de problèmes de santé mentale (anxiété, dépression, etc.), en lien avec la déficience visuelle, sont notés lors de l'examen.
- Émettre des recommandations visuelles pour les enfants en âge préscolaire (garderie et CPE) et scolaire (école primaire, secondaire, collégial et université) pour optimiser les apprentissages et diminuer les situations d'handicap (en collaboration avec les SRDV, les SOM, les enseignants et les psychoéducateurs).
- Émettre des recommandations visuelles pour les adultes en situation d'emploi auprès de leurs employeurs et/ou de conseillers d'orientation (en collaboration avec les SRDV et ergothérapeutes).
- Émettre des recommandations visuelles pour les personnes âgées à domicile ou en hébergement afin d'optimiser leur autonomie et de prévenir les risques de chutes ou de situations de handicaps.
- Participer au plan d'intervention interdisciplinaire (PPH ou autre) selon le modèle conceptuel du CRDV et collaborer avec l'ensemble des professionnels de l'équipe.
- Évaluer et suivre l'évolution de la santé oculaire du patient en basse vision en effectuant un examen de la santé oculaire sous dilatation, en documentant avec photo

(caméra de fond d'œil et imagerie avec OCT) au besoin et en prescrivant les agents pharmacologiques requis pour traiter la pathologie oculaire et préserver la vision fonctionnelle.

- Informer les patients atteints de maladies héréditaires sur la disponibilité des tests génétiques et les recherches en cours et les référer vers les centres spécialisés qui offrent ces services.
- Participer, en collaboration avec les autres intervenants et selon les modalités du CRDV de la région où il pratique, à la rédaction des documents administratifs nécessaires au paiement des aides techniques attribuées (en respectant les principes et règlements du programme d'aides visuelles de la RAMQ¹³) ou à tout autre document attestant de la condition visuelle du patient.

¹³ [Règlement sur les aides visuelles et les services afférents assurés](#) (RLRQ, c. A-29, r. 3).

6. SANTÉ OCULAIRE

6.1. URGENCES OCULAIRES

Les urgences oculaires peuvent représenter un risque potentiel pour la santé visuelle et parfois systémique du patient. Il est important de noter que, bien que les symptômes puissent diriger le patient vers l'optométriste, la cause n'est pas nécessairement « oculaire », mais peut aussi être systémique.

L'optométriste doit savoir reconnaître les limites de son champ de pratique et ne doit aucunement excéder ses compétences dans la gestion de ces situations d'urgence. Une exception est possible si l'optométriste travaille sous supervision d'un autre professionnel dont le champ d'expertise et les compétences le permettent.

L'examen d'urgence oculaire inclut les éléments suivants :

- Le triage;
- L'histoire de cas pertinente;
- Les tests appropriés;
- L'analyse et plan de traitement.

Le triage

L'optométriste doit établir ou suivre les protocoles appropriés pour que son personnel sache reconnaître et répondre adéquatement à la situation d'urgence (rendez-vous dans un délai acceptable, rediriger le patient vers une autre ressource, etc.).

L'histoire de cas

L'histoire de cas comprend les éléments suivants :

- L'histoire de cas détaillée incluant la présence d'allergie à des médicaments;
- Les signes et symptômes en lien avec l'urgence oculaire:
 - Fréquence;
 - Début;
 - Durée;
 - Localisation;
 - Signes et symptômes associés;
 - Qu'est-ce qui soulage ou empire les symptômes;
 - Sévérité des symptômes.

Les tests appropriés

- Mesure de l'acuité visuelle: utilisation du trou sténopéique si l'acuité visuelle est inférieure à 6/7. 5;
- Tests requis selon le type d'urgence (segment antérieur ou postérieur): en cas d'urgence du segment postérieur, se référer à la section « Dilatation pupillaire ».

L'analyse et le plan de traitement

L'optométriste doit informer le patient :

- des résultats de l'examen;
- des options de traitement (ou absence de traitement);
- du pronostic;
- d'une estimation de la durée de traitement (suivis possibles);
- des effets secondaires possibles des traitements initiés et des signes qui devraient l'amener à consulter de nouveau;
 - l'optométriste doit s'assurer que le patient peut être revu adéquatement, en cas de problème;
- des situations où il doit le diriger vers une autre ressource.

En cas de référence à un autre professionnel, l'optométriste doit chercher à évaluer si le délai de prise en charge par cet autre professionnel est approprié pour la situation et, si non, il doit vérifier si d'autres options sont disponibles.

L'optométriste devrait donner des instructions précises au personnel du bureau affecté à la réception (suivis en personne, téléphonique, par courriel ou autre), de façon à ce que les cas qui requièrent une référence immédiate à l'urgence hospitalière (brûlure chimique, trama pénétrant, etc.) y soient dirigés sans délai. Il s'agit ici d'éviter une consultation optométrique inutile et un délai dans la prise en charge requise.

6.2 CO-SUIVI POST-CHIRURGICAL AVEC OPHTALMOLOGISTES

Les principes, conditions et modalités indiquées dans le [Guide de collaboration entre optométristes et médecins](#) adopté conjointement par le Collège des médecins et l'Ordre des optométristes, devraient s'appliquer dans tous les cas de suivi conjoint post-opératoire (voir notamment la partie qui concerne les soins de la cataracte).

6.3 ÉVALUATION DE LA FONCTION MACULAIRE POUR PRISE DE CERTAINS MÉDICAMENTS

Les patients qui prennent à long terme certains médicaments pouvant affecter la fonction maculaire, tels que chloroquine ou l'hydroxychloroquine (ex: Plaquenil) devraient passer des examens oculovisuels réguliers.¹⁴

Fréquence suggérée des examens

- Examen initial dans la première année de traitement;
- 5 ans après de début de la médication;
- Chaque année par la suite.

L'examen initial dans la première année de traitement devrait inclure les éléments suivants :

- Examen du fond d'œil;
- Champ visuel maculaire automatisé de type seuil (ex. 10-2) ou plus large (ex 24-2) chez la population asiatique et OCT maculaire en présence d'anomalies au niveau de la macula.

¹⁴ American Academy of Ophthalmology, *Recommendations on Screening for Chloroquine and Hydroxychloroquine Retinopathy - 2016*, 2016, en ligne: <https://www.aao.org/clinical-statement/revise-recommendations-on-screening-chloroquine-h> (consulté le 21 juin 2021)

L'examen annuel après 5 ans* d'utilisation devrait inclure les éléments suivants :

- Champ visuel maculaire automatisé de type seuil (ex. 10-2) ou plus large (ex 24-2) chez la population asiatique;
- OCT maculaire.

* Moins de 5 ans en présence de facteurs de risque (ex. Dosage élevé, maladie rénale, prise de Tamoxifen, anomalie rétinienne ou maculaire, etc.).

Les tests suivants ne seraient pas assez sensibles pour une détection précoce :

- Grille d'Amsler;
- Vision des couleurs;
- Examen du fond d'œil.

Si des signes de rétinopathie sont identifiés, l'optométriste doit aviser le médecin traitant qui pourra prendre la décision de cesser ou modifier la médication.

6.4 ÉVALUATION DES PATIENTS AVEC DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE LIÉE À L'ÂGE (DMLA)

L'évaluation des patients avec DMLA comprend les éléments suivants :

- L'histoire de cas pertinente;
- L'examen oculaire;
- Les tests complémentaires;
- La prise en charge.

L'histoire de cas

L'histoire de cas inclut les éléments suivants :

- Symptômes;
 - Métamorphopsies;
 - Diminution de vision centrale;
 - Scotome;
 - Difficulté d'adaptation à l'obscurité;
- Prise de médicaments, de produits naturels ou de vitamines;
- Historique oculaire;
- Historique médical;
- Habitudes de vie;
 - Alimentation;
 - Tabagisme;
 - Port de lunettes soleil;
- Antécédents familiaux (particulièrement si DMLA dans la famille).

L'examen oculaire

- Examen oculovisuel complet (section 4.1 L'examen oculovisuel de l'adulte);
- Meilleure acuité visuelle, incluant une acuité visuelle monoculaire en vision de près;
- Grille d'Amsler;

- Examen en 3D du fond d'œil sous dilatation.

Tests complémentaires

- Photographie du fond d'œil;
- Champ visuel automatisé central (ex. : 10-2);
- OCT maculaire;
- Tout autre test jugé pertinent.

Prise en charge

La prise en charge varie selon le type de DMLA et selon l'atteinte de l'acuité visuelle. Elle peut inclure les éléments suivants :

- Observation (fréquence des examens à déterminer pour chaque cas);
- Éducation;
 - Importance des suivis réguliers avec dilatation pupillaire;
 - Grille d'Amsler à la maison avec consultation rapide en cas de changement;
 - Facteurs de risque pour les membres de la famille;
 - Effet du tabagisme;
 - Protection solaire;
- Prescription de suppléments vitaminiques selon la littérature récente sur le sujet (ex. AREDS 2);
- Référence en ophtalmologie pour traitement;
 - Le délai de référence doit être déterminé selon l'urgence de la condition;
- Examen spécifique en basse vision ou référence vers un CR.

Référence complémentaire

American Optometric Association, *Care of the Patient with Age-Related Macular Degeneration*, 2004, en ligne :

<https://www.aoa.org/AOA/Documents/Practice%20Management/Clinical%20Guidelines/Consensus-based%20guidelines/Care%20of%20the%20Patient%20with%20Age-Related%20Macular%20Degeneration.pdf> (consulté le 21 juin 2021)

6.5 AUTRES INTERVENTIONS EN SANTÉ OCULAIRE

Les sujets suivants sont principalement traités dans un guide conjoint produit par l'Ordre des optométristes du Québec et le Collège des médecins du Québec: [Guide de collaboration entre optométristes et médecins](#).

6.5.1 Collaboration en dépistage de la rétinopathie diabétique

Pour cette section, veuillez-vous référer au [Guide de collaboration entre optométristes et médecins, section 9, pages 37-43](#).

6.5.2. Extraction de corps étrangers de la surface de l'œil et soins complémentaires requis

Pour cette section, veuillez-vous référer au [Guide de collaboration entre optométristes et médecins, section 1, pages 13 à 15.](#)

6.5.3 Occlusion des canaux lacrymaux

Pour cette section, veuillez-vous référer au [Guide de collaboration entre optométristes et médecins, section 2, page 16.](#)

6.5.4 Traitement de la kératite infiltrative

Pour cette section, veuillez-vous référer au [Guide de collaboration entre optométristes et médecins, section 3, page 17-18.](#)

6.5.5 Traitement de l'uvéite antérieure

Pour cette section, veuillez-vous référer au [Guide de collaboration entre optométristes et médecins, section 4, page 20-22.](#)

6.5.6 Atteintes herpétiques

Pour cette section, veuillez-vous référer au [Guide de collaboration entre optométristes et médecins, section 5, page 23-24.](#)

6.5.7. Le zona ophtalmique (herpès zoster)

Pour cette section, veuillez-vous référer au [Guide de collaboration entre optométristes et médecins, section 6, page 25.](#)

6.5.8. Glaucome

Pour cette section, veuillez-vous référer au [Guide de collaboration entre optométristes et médecins, section 7, pages 26-31.](#)

6.5.9. Collaboration en soins de la cataracte

Pour cette section, veuillez-vous référer au [Guide de collaboration entre optométristes et médecins, section 8, pages 32-36.](#)

7. ACTIVITÉS DE POSE, D'AJUSTEMENT, DE VENTE ET DE REMPLACEMENT DE LENTILLES OPHTALMIQUES

Le champ d'exercice de l'optométrie inclut les activités de pose, d'ajustement, de vente et de remplacement des lentilles ophtalmiques. Ces actes peuvent être réalisés à partir de ce que l'optométriste a lui-même prescrit suite à son examen oculovisuel ou encore, à partir de la prescription d'un autre optométriste, qui lui est communiquée sous forme d'ordonnance ou autrement.

7.1 ÉTAPES RELATIVES À LA POSE, L'AJUSTEMENT, LA VENTE ET LE REMPLACEMENT DE LENTILLES OPHTALMIQUES

Voici les différentes étapes qui permettent de poser, ajuster et vendre une orthèse visuelle :

- L'histoire des cas pertinente;
- Le choix de monture;
- Le choix de verres;
- Le préajustement de la monture;
- La prise de mesure;
- La commande et communication avec les fournisseurs et les laboratoires;
- La vérification de l'équipement;
- La livraison de l'équipement qui comprend :
 - L'ajustement final des lunettes (face avant, plaquettes, branches);
 - La vérification des centrages;
 - La vérification du confort visuel et/ou de l'acuité visuelle.

Pour chacune de ces étapes, l'optométriste doit :

- analyser et tenir compte des besoins visuels du patient;
- analyser et tenir compte des caractéristiques morphologiques et des particularités de l'ordonnance optique;
 - Des ajustements de puissance effective peuvent être réalisés afin que l'équipement final reflète bien l'ordonnance optique émise par le prescripteur;
- analyser et évaluer la satisfaction du patient avec les anciens équipements (lorsqu'applicable);
- donner toutes les informations pertinentes au patient afin de lui permettre de faire des choix éclairés;
- s'assurer d'une bonne communication et d'un suivi adéquat avec les fournisseurs et les laboratoires afin que l'équipement respecte les paramètres de la commande;
- s'assurer que l'équipement livré respecte l'ordonnance optique et les normes en vigueur sur la réalisation d'une orthèse visuelle (norme ISO 21987 sur les verres ophtalmiques montés);
- Offrir le service après-vente ou s'assurer qu'un tel service peut être fourni.

7.2 TENUE DE DOSSIER

Chaque vente d'équipement optique doit faire l'objet de l'ouverture d'un dossier propre au patient, si celui-ci n'a pas déjà été ouvert en lien avec d'autres services professionnels qui auraient été rendus au patient. Ce dossier doit contenir toutes les informations en lien avec la pose, l'ajustement, la vente et le remplacement de lentilles ophtalmiques. On doit donc y

retrouver les commandes, les factures de ventes, les copies d'ordonnances ainsi que toutes notes et communications en lien avec le patient.