

LIGNES DIRECTRICES

GUIDE D'EXERCICE CLINIQUE

LIGNES DIRECTRICES**GUIDE D'EXERCICE CLINIQUE**

Instance responsable	Conseil d'administration
Date dernière décision	2026-04-02
Date(s) précédente(s) décision(s)	2021-10-20, 2023-02-20
Principales dispositions législatives et réglementaires applicables (non exhaustif)	
<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>	

Nous remercions les optométristes suivants qui ont collaboré à la révision de cette édition du Guide d'exercice clinique :

Vanessa Bachir, O.D.
 Cindy Bouchard, O.D.
 Marie-Eve Corbeil, O.D.
 Pierre Forcier, O.D.
 Dominic Laramée, O.D.
 Kevin Messier, O.D.
 Langis Michaud, O.D.
 Dan Samaha, O.D.

Table des matières

1. MISE EN CONTEXTE : LE JUGEMENT PROFESSIONNEL, AVANT TOUT!	5
2. CHAMPS 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 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS	8
3.3 LE DOSSIER DU PATIENT.....	12
3.4 L'ORDONNANCE	13
3.4.1 L'ordonnance optique.....	13
3.4.2 L'ordonnance pharmacologique.....	13
3.4.3 Préparation et mode de communication de l'ordonnance	14
4. L'EXAMEN OCULOVISUEL.....	15
4.1 L'EXAMEN OCULOVISUEL DE L'ADULTE	15
4.1.1 Dilatation pupillaire.....	17
4.1.2 Champs visuels.....	19
4.2 L'EXAMEN OCULOVISUEL DE L'ENFANT.....	20
4.2.1 Catégories d'examen	21
4.2.2 Examen sous cycloplégie	23
4.2.3 Tableau – Récapitulatif des tests à effectuer pour l'examen oculovisuel pédiatrique en fonction de l'âge	25
5. LES SERVICES OCULOVISUELS POUR BESOINS SPÉCIALISÉS.....	26
5.1 L'EXAMEN SPÉCIFIQUE EN VISION BINOCULAIRE (ORTHOPTIQUE).....	26
5.2 L'EXAMEN DU PATIENT AMBLYOPE	28
5.3 L'EXAMEN DE L'ENFANT AVEC TROUBLES D'APPRENTISSAGE	30
5.4 EXAMEN SPÉCIFIQUE VISUO-PERCEPTIVO-MOTEUR (VPM).....	30
5.5 L'EXAMEN SPÉCIFIQUE EN CONTRÔLE OU PRÉVENTION DE LA MYOPIE	33
5.6 L'EXAMEN SPÉCIFIQUE AU PORT DE LENTILLES CORNÉENNES	35
5.7 L'EXAMEN DU PATIENT AVEC SÉCHERESSE OCULAIRE	37
5.8 L'EXAMEN SPÉCIFIQUE EN BASSE VISION.....	40
5.8.1 Examen spécifique de basse vision en cabinet privé	40
5.8.2 Examen spécifique de basse vision en centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience visuelle (CRDV)	42
6. SANTÉ OCULAIRE	45
6.1 CADRE GÉNÉRAL D'INTERVENTION DES OPTOMÉTRISTES RELATIF À L'ADMINISTRATION ET À LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS ET À LA DISPENSATION DE SOINS OCULAIRES	45
6.2 URGENCES OCULAIRES.....	47

6.3 EXTRACTION DE CORPS ÉTRANGERS DE LA SURFACE DE L'ŒIL ET SOINS COMPLÉMENTAIRES REQUIS.....	49
6.4 OCCLUSION DES CANAUX LACRYMAUX	50
6.5 KÉRATITE BACTÉRIENNE.....	50
6.6 UVÉITE ANTÉRIEURE.....	51
6.7 KÉRATITE HERPÉTIQUE.....	53
6.8 BLÉPHARITE HERPÉTIQUE	54
6.9 ZONA OPHTALMIQUE (HERPÈS ZOSTER).....	55
6.10 FONCTION MACULAIRE ET MÉDICATION.....	56
6.11 DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE LIÉE À L'ÂGE (DMLA)	57
6.12 GLAUCOME	59
6.13 RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE	62
6.14 CELLULITE PRÉSEPTALE.....	66
6.15 DACRYOCYSTITE AIGUË.....	67
6.16 ORGELET.....	67
6.17 ECZÉMA DES PAUPIÈRES.....	68
6.18 ACNÉ ROSACÉE	69
6.19 COLLABORATION AVEC OPHTALMOLOGISTES POUR ÉVALUATIONS ET SUIVIS EN CHIRURGIE DE LA CATARACTE (ET AUTRES).....	70
7. ACTIVITÉS DE POSE, D'AJUSTEMENT, DE VENTE ET DE REMPLACEMENT DE LENTILLES OPHTALMIQUES.....	73
7.1 ÉTAPES RELATIVES À LA POSE, L'AJUSTEMENT, LA VENTE ET LE REMPLACEMENT DE LENTILLES OPHTALMIQUES	73
7.2 TENUE DE DOSSIER	73

1. MISE EN CONTEXTE : LE JUGEMENT PROFESSIONNEL, AVANT TOUT!

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 clinique, 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 le [site web de l'Ordre](#) où ces documents sont accessibles.

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

La *Loi sur l'optométrie*¹ 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 ophtalmiques.

Elle prévoit aussi que l'optométriste peut administrer et prescrire des médicaments aux fins de l'examen des yeux ainsi que pour traiter des conditions de l'œil et de ses annexes, en plus de pouvoir dispenser des soins oculaires, dans un contexte de soins de premières lignes ou en collaboration avec un ophtalmologiste.

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 pré et post-chirurgical (réfractive, cataractes, etc.).

Sur le plan des obligations déontologiques liées à la qualité de la pratique clinique², 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;

¹ RLRQ, c. O-7, articles 16 à 19.1.

² À ce sujet, voir notamment : *Code de déontologie des optométristes*, RLRQ, c. c. O-7, r. 5.1, art. 24 à 32.

- 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;
- 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 et du profil du segment antérieur, lorsque requis;
- 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 des urgences oculaires;
- 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 ou qu'il n'est pas en mesure de suivre adéquatement la condition, des arrangements doivent être pris afin que les tests soient faits par un autre optométriste ou 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 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Objectif

La prévention et le contrôle des infections en pratique optométrique visent à réduire le risque de transmission d'agents infectieux entre les patients, les professionnels et le personnel de la clinique. Les optométristes doivent mettre en place des procédures de nettoyage, de désinfection et, lorsque requis, de stérilisation conformes aux normes reconnues en milieu de soins.

Principes généraux

Les cliniques optométriques doivent maintenir un environnement clinique propre et sécuritaire par l'application de mesures de prévention et de contrôle des infections adaptées aux activités réalisées.

Ces mesures incluent notamment :

- L'hygiène des mains avant et après tout contact avec un patient ou du matériel clinique;
- L'utilisation appropriée d'équipement de protection lorsque requis;
- La désinfection des instruments et surfaces pouvant être contaminés;
- L'entretien régulier des locaux et des équipements cliniques.

Les procédures doivent être adaptées aux recommandations du fabricant des instruments et aux normes applicables en milieu de soins.

Hygiène des mains

L'hygiène des mains constitue la mesure la plus efficace pour prévenir la transmission des infections.

Les optométristes et le personnel doivent :

- effectuer une hygiène des mains avant et après chaque contact avec un patient;
- effectuer une hygiène des mains après tout contact avec du matériel contaminé;
- utiliser soit un lavage des mains à l'eau et au savon, soit une solution hydroalcoolique lorsque les mains ne sont pas visiblement souillées.

Des produits pour l'hygiène des mains doivent être facilement accessibles dans les différentes zones cliniques.

Nettoyage et désinfection des instruments

Instruments non critiques

Les instruments ne touchant pas directement la surface oculaire mais pouvant être manipulés par le patient (ex. mentonnière, appui frontal, manette de champ visuel, montures d'essai...) doivent être désinfectés entre chaque patient.

Désinfection/nettoyage des surfaces et de l'environnement

Les surfaces fréquemment touchées doivent être nettoyées et désinfectées régulièrement, notamment :

- Poignées de porte;
- Claviers, téléphones et surfaces de travail;
- Appareils diagnostiques;
- Jouets de la salle d'attente;
- Chaises et surfaces de la salle d'examen et de la salle d'attente.

Les produits utilisés doivent être des désinfectants approuvés pour les milieux de soins et utilisés selon les instructions du fabricant.

Instruments en contact avec la surface oculaire (semi-critiques)

Les instruments entrant en contact avec la surface oculaire (ex. prismes de tonométrie, lentilles gonioscopiques, lentilles de contact diagnostiques...) doivent être :

- nettoyés pour éliminer toute matière organique visible;
- désinfectés entre chaque patient à l'aide d'un agent désinfectant approprié:
 - la désinfection par essuyage avec de l'alcool isopropylique à 70 % est jugée acceptable;
 - une désinfection par immersion demeure recommandée au moins une fois par jour pour assurer une sécurité optimale (5 minutes dans solution à base d'eau de javel (ratio 1:10) OU peroxyde 3 % OU équivalent);
- rincés ou séchés selon les recommandations du fabricant avant leur réutilisation.

L'utilisation d'instruments à usage unique peut être privilégiée lorsque disponible.

Principes généraux pour les instruments utilisés lors de procédures mineures

Les instruments nécessitant une stérilisation doivent être retraités conformément aux normes reconnues en matière de stérilisation des instruments médicaux.

Lorsque des instruments réutilisables sont employés, les cliniques doivent disposer d'un protocole documenté décrivant :

- les étapes de nettoyage;
- les méthodes de désinfection ou de stérilisation;
- les procédures d'entreposage du matériel stérile.

Formation et responsabilité

Les optométristes doivent s'assurer que :

- le personnel reçoit une formation appropriée en matière de prévention et de contrôle des infections;
- les protocoles de nettoyage et de désinfection sont documentés;
- les procédures sont appliquées de façon constante dans la clinique.

Mesures additionnelles

Selon le contexte clinique ou épidémiologique, des mesures additionnelles peuvent être nécessaires, notamment :

- L'utilisation d'équipements de protection individuelle;
- L'adaptation des procédures de nettoyage et de désinfection;
- La modification de l'organisation des soins.

Utilisation sécuritaire des médicaments ophtalmiques topiques multi-patients

Les médicaments ophtalmiques topiques utilisés en clinique peuvent être administrés à plusieurs patients lorsque des mesures appropriées sont appliquées afin de réduire le risque de contamination croisée.

Lors de l'administration de gouttes ophtalmiques :

- l'embout du flacon ne doit pas entrer en contact avec l'œil, les paupières, les cils ou toute autre surface;
- une hygiène des mains doit être effectuée avant et après l'administration;
- les flacons doivent être refermés immédiatement après usage;
- tout flacon suspecté d'être contaminé doit être éliminé.

Les flacons multi-patients doivent être utilisés et remplacés selon les recommandations du fabricant et ne doivent pas être utilisés au-delà de leur date d'expiration.

Lorsqu'un médicament topique est utilisé fréquemment dans un contexte clinique (ex. mydriatiques ou anesthésiques), les cliniques peuvent établir des protocoles internes visant à limiter la durée d'utilisation du flacon une fois ouvert.

Gestion des patients présentant une infection oculaire active

Lorsqu'un patient présente des signes ou symptômes d'infection oculaire active (par exemple conjonctivite infectieuse, kératite ou blépharite infectieuse), l'optométriste doit appliquer des mesures appropriées afin de réduire le risque de transmission d'agents infectieux à d'autres patients, au personnel ou à l'environnement clinique.

Ces mesures peuvent inclure :

- une hygiène rigoureuse des mains avant et après l'examen;
- la limitation du contact des instruments avec les tissus oculaires lorsque cela n'est pas cliniquement nécessaire;
- l'utilisation appropriée d'équipement de protection individuelle lorsque requis;
- la désinfection immédiate des instruments ayant été en contact avec l'œil ou les sécrétions oculaires.

Lorsque possible, l'organisation de la consultation peut être adaptée afin de réduire les contacts inutiles avec d'autres patients ou avec l'environnement clinique.

Nettoyage et désinfection après la consultation d'un patient infectieux

Après l'examen d'un patient présentant une infection oculaire active, les instruments et surfaces potentiellement contaminés doivent être nettoyés et désinfectés conformément aux protocoles de prévention et de contrôle des infections de la clinique.

Une attention particulière doit être portée aux éléments suivants :

- Prisme de tonométrie et lentilles diagnostiques;
- Mentonnières et appuis frontaux des appareils;

- Surfaces des instruments ayant été manipulés durant l'examen;
- Surfaces fréquemment touchées dans la salle d'examen.

Les déchets et matériaux à usage unique ayant été en contact avec des sécrétions oculaires doivent être éliminés de façon appropriée.

3.3 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*³, le dossier tenu par un optométriste relativement à un patient devrait comprendre notamment :

- La date d'ouverture du dossier;
- 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 le titre 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 optique et/ou pharmaceutique émise ou une copie si l'original est remis au patient;
- Le nom du médecin et son numéro de professionnel pour les cas suivis en cogestion;
- La demande de consultation reçue ou envoyée, le cas échéant;
- Le rapport d'examen, le cas échéant;
- 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.

³ RLRQ, c. O-7, r. 20.

Les dossiers cliniques peuvent être tenus, en totalité ou en partie, sur un support technologique⁴. 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.

3.4 L'ORDONNANCE

3.4.1 L'ordonnance optique

Suivant le *Règlement sur les ordonnances verbales ou écrites d'un optométriste*⁵, l'optométriste qui délivre une ordonnance optique écrite 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;
- 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).

3.4.2 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;

⁴ 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).

⁵ RLRQ, c. O-7, r. 15

- 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 fin⁶.

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 ».

3.4.3 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 moment⁷. 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'Ordre⁸.

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 optique ou l'ordonnance pharmacologique, son nom, son numéro de téléphone et son numéro de permis d'exercice.

⁶ Il appartiendra alors au pharmacien qui exécutera l'ordonnance d'en disposer, suivant son champ d'exercice et ses propres obligations déontologiques.

⁷ RLRQ, c. c. O-7, r. 5.1, art. 18.

⁸ 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.oq.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, en fonction de son état de santé général, ainsi que formuler des recommandations pour prévenir et assurer le suivi de problèmes oculovisuels éventuels.

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, lorsque indiquée;
 - L'utilisation d'un sténopéique, 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 devrait 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 (si pertinente) et la stéréoscopie devraient 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 devrait 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 généralement 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 inexplicée.

La fréquence des examens de contrôle de la rétine périphérique sera déterminée par les facteurs de risques, selon le jugement du professionnel.

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), comme par exemple : Optomap;
- 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, Glenny C, Stolee P, *An Evidence-Based Guideline for the Frequency of Optometric Eye Examinations. Primary Health Care*, 2012, en ligne : https://www.researchgate.net/publication/271099369_An_Evidence-Based_Guideline_for_the_Frequency_of_Optometric_Eye_Examinations (consulté le 30 mars 2026)

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://www.researchgate.net/publication/333579370_2017_CAO_Clinical_Practice_Guideline_Optometric_Care_of_the_Patient_with_Diabetes_2 (consulté le 30 mars 2026)

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 visuels devrait être effectué lors d'un premier examen chez l'adulte, et périodiquement par la suite, en tenant compte des 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 ou atteint 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;
- Atteintes neuro-ophtalmologiques ou neurologiques (ex. : AVC, sclérose en plaques, adénome pituitaire ou autre atteinte des voies visuelles afférentes, augmentation de la pression intracrânienne, traumatisme crânien, etc.)
- Prise de médicament systémique à effet oculaire connu sur le champ visuel;
- Dysfonction thyroïdienne;
- Dégénérescence maculaire liée à l'âge;
- Maux de tête;
- 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);
- 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 devrait être portée sur la présence dans la famille de strabisme, d'œil amblyope, de glaucome, d'anomalies de naissance, de forte myopie, de cataractes congénitales, de rétinoblastome ou de troubles de réfraction);
- Le temps passé à l'extérieur, les sports pratiqués, la distance de travail, la posture 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;
 - 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 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, etc.);
- 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 30 à 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 30 à 40 minutes Occlusion des punctums	
1 an et plus	2 gouttes de Cyclopentolate 1 % Attendre 30 à 40 minutes Occlusion des punctums	

Dans les cas d'enfants myopes de plus de 3 ans, il est possible d'effectuer les examens sous cycloplégie subséquents en utilisant 2 gouttes de tropicamide 1%.

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 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/EBO%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 devrait 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);
- Les 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 devrait être identifiée. Toute adaptation sensorielle ou de posture devrait être documentée.

Strabisme

Lorsqu'un strabisme est identifié, l'optométriste devrait 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 devrait inclure une description ou un diagnostic et devrait 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 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)

American Academy of Ophthalmology, *Amblyopia Preferred Practice Pattern*, 2022, en ligne : https://nova-sight.com/wp-content/uploads/2024/05/Amblyopia-PPP_2024-Update_2.28.24.pdf (consulté le 19 mars 2026)

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, la procédure devrait être adaptée (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 devrait 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 devrait 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 pharmacologique (ex. : 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 devrait 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

Les difficultés d'apprentissage peuvent être influencées par de multiples facteurs, dont certains relèvent du fonctionnement oculovisuel. L'optométriste joue un rôle essentiel dans l'identification ou l'exclusion de la contribution de facteurs visuels susceptibles d'interférer avec les activités scolaires, tout en respectant les limites de son champ de pratique.

L'histoire de cas

Une attention particulière est portée à l'histoire de cas, notamment aux symptômes rapportés dans le contexte scolaire, aux observations des parents ou des enseignants et à l'impact fonctionnel des difficultés décrites. L'examen est adapté afin de répondre aux éléments cliniques pertinents soulevés par cette anamnèse.

Évaluation

L'évaluation optométrique repose sur la réalisation d'un examen oculovisuel, incluant une évaluation approfondie de la vision binoculaire et potentiellement une évaluation de l'état réfractif sous cycloplégie. Cette démarche permet d'analyser la réfraction, la santé oculaire et le fonctionnement visuel global, en tenant compte de l'âge de l'enfant, de son niveau de collaboration et des motifs de consultation.

Examens et tests complémentaires si requis

Lorsque les résultats de l'examen complet suggèrent la présence d'anomalies pouvant affecter l'efficacité visuelle, l'optométriste peut approfondir son évaluation par des examens complémentaires ciblés. Ces évaluations visent à mieux comprendre le fonctionnement visuel de l'enfant dans des tâches exigeant une coordination, une intégration ou une efficacité visuelle accrue. Dans les situations où une atteinte des habiletés perceptives, visuo-motrices ou de l'intégration visuelle est suspectée, l'optométriste peut procéder à une évaluation perceptivo-visuo-motrice ou se référer à la section correspondante du présent guide pour en préciser les indications, les objectifs et les limites.

Interprétation et communication

À l'issue de l'évaluation, l'optométriste communique ses conclusions de façon claire, en précisant que son rôle consiste à identifier ou exclure une contribution oculovisuelle aux difficultés observées, sans poser de diagnostic de trouble d'apprentissage. Lorsque requis et avec les autorisations appropriées, les résultats peuvent être partagés avec les autres professionnels impliqués auprès de l'enfant, dans une perspective de collaboration interdisciplinaire.

5.4 EXAMEN SPÉCIFIQUE VISUO-PERCEPTIVO-MOTEUR (VPM)

Objectif

L'examen visuo-perceptivo-moteur vise à évaluer la capacité du système visuel à capter, traiter et intégrer l'information visuelle pour soutenir les fonctions perceptives, cognitives et motrices. L'optométriste, dans le cadre de son champ d'exercice, évalue les composantes visuelles et visuomotrices contribuant à la performance fonctionnelle (lecture, écriture, coordination, apprentissage).

Indications cliniques

L'examen VPM peut être indiqué lorsque l'un ou plusieurs des signes suivants sont observés :

- Difficulté à maintenir l'attention visuelle en lecture ou écriture (coloriage et tâches au près pour les préscolaires);
- Mouvements oculaires irréguliers, sauts de mots ou lignes;
- Plaintes de maux de tête, vision floue intermittente, fatigue visuelle;
- Mauvaise coordination œil-main (écriture, découpage, sport);
- Difficultés d'organisation spatiale (orientation sur la page, inversion de lettres ou chiffres);
- Résultats scolaires inférieurs malgré une acuité visuelle et une vision binoculaire normales.

Contenu de l'examen VPM

L'histoire de cas spécifique comprend les éléments suivants :

- Le motif de consultation (fatigue visuelle, vision double, lenteur de lecture, sauts de mots, inconfort aux écrans, etc.);
- Les antécédents visuels, scolaires et développementaux (lecture, motricité fine, troubles d'apprentissage, interventions antérieures);
- Les habitudes visuelles : temps d'écran, posture, éclairage, distance de travail, intérêt pour la lecture;
- Les facteurs attentionnels, émotionnels ou comportementaux pouvant influencer la performance visuelle;
- L'historique médical ou neurologique pertinent (traumatismes, médication, conditions affectant la coordination).

Des questionnaires validés tels que le COVD-QOL ou le CISS peuvent être utilisés pour quantifier la fréquence et la sévérité de certains symptômes visuels fonctionnels.

Le tableau ci-dessous présente un aperçu sommaire des principaux domaines évalués en examen VPM, avec des exemples de tests couramment utilisés et des pistes générales d'interprétation clinique. Il ne constitue pas une liste exhaustive des outils disponibles ni un guide d'interprétation détaillé. L'optométriste demeure responsable du choix des tests, de leur administration et de l'interprétation des résultats selon le contexte clinique et le profil du patient.

Élément évalué	Exemples de tests	Objectif	Interprétation clinique
Oculomotricité	DEM, King-Devick, GROFFMAN NSUCO, observation de fixation, Logiciel d'analyse infrarouge des mouvements oculaires	Analyser la précision, la coordination et la stabilité des mouvements oculaires de poursuites, de saccades et des fixations	Des poursuites, des saccades irrégulières, une fixation instable ou une lenteur oculomotrice sont souvent associées à des difficultés de lecture, d'écriture ou à une faible endurance visuelle.

Accommodation	Amplitude, flexibilité accommodative, ARN/ARP, Copie de phrases	Évaluer la mise au point et la capacité d'alternance entre les distances	Une faiblesse accommodative peut causer un flou intermittent, une perte de place (à la lecture et/ou à l'écriture), des maux de tête ou une fatigue visuelle.
Vergence et stéréoscopie	PRC, vergences fusionnelles, stéréoscopie, flexibilité de vergence, étoile de Van Orden	Évaluer la coordination binoculaire et la fusion motrice	Une insuffisance de convergence ou une faible réserve de fusion peut provoquer une vision double, un inconfort ou des maux de tête en lecture. L'écriture peut aussi être atteinte, par exemple par un espacement inadéquat des lettres.
Intégration visuomotrice	Beery-VMI, TVMS DTVP-3 (vitesse de coordination œil-main)	Examiner la coordination œil-main et la reproduction de formes	Des performances faibles peuvent se traduire par une écriture maladroite, une lenteur ou une difficulté à aligner les mots.
Perception visuelle	TVPS-R, DTVP-3, MVPT Davis Kirshner	Évaluer la reconnaissance, la mémoire et la discrimination visuelle	Un déficit perceptif visuel peut nuire à la lecture, à la reconnaissance des lettres, à l'organisation spatiale et à la mémoire.
Vision spatiale et posture	Observation clinique, latéralité, équilibre visuel Gardner Jordan Midline Shift	Observer la relation entre la posture, la dominance et l'orientation visuelle	Des anomalies de latéralité ou d'alignement peuvent influencer la perception spatiale et la motricité globale, la concentration et augmenter le niveau de fatigue générale.

Dans le cadre d'un examen VPM, une évaluation complète de l'état réfractif, de la vision des couleurs et de la santé oculaire doit être réalisée, à moins que ces évaluations aient déjà été effectuées récemment et que les résultats soient disponibles et jugés pertinents au moment de l'examen.

Interprétation

L'analyse doit relier les résultats à la performance fonctionnelle observée (lecture, écriture, coordination, attention). L'optométriste identifie les anomalies primaires (oculomotricité, accommodation, vergence) et les difficultés de traitement visuel secondaire. L'optométriste interprète les résultats à la lumière du développement visuel, de la symptomatologie et de la

performance fonctionnelle. Un diagnostic optométrique est posé lorsqu'un déficit visuel fonctionnel est confirmé.

Plan de prise en charge

Le plan peut inclure :

- Entraînement visuel personnalisé ciblant les fonctions déficientes (oculomotricité, accommodation, vergence ou intégration visuomotrice);
- Prescription optique adaptée (correction optique, accommodative, prismes, filtres);
- Recommandations ergonomiques et posturales (éclairage, distance, pauses visuelles, position de lecture);
- La fréquence des suivis recommandée;
- Référence interprofessionnelle lorsque les résultats suggèrent une implication perceptivo-cognitive ou motrice complexe (orthophonie, neuropsychologie, ergothérapie, physiothérapie).

Remise de résultats

Le document de synthèse devrait préciser :

- les résultats aux tests VPM pertinents et les observations cliniques principales;
- les recommandations et le plan de suivi;
- les références ou collaborations recommandées.

5.5 L'EXAMEN SPÉCIFIQUE EN CONTRÔLE OU PRÉVENTION 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 ou en prévention de la myopie.

Les facteurs de risque

- Predisposition 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, faibles vergences fusionnelles 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 peut inclure :

- L'histoire de cas pertinente;
- La détermination de l'état réfractif avec cycloplégie si requise;
- L'évaluation de la vision binoculaire;
- La détermination du type de myopie (axiale vs réfractive);

- La topographie cornéenne si pertinente;
- L'évaluation de la longueur axiale si disponible;
- L'évaluation de la santé oculaire;
- Le plan de traitement personnalisé;
- Les explications, les recommandations, les risques et les coûts 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

Dans l'histoire de cas, il faut accorder une attention particulière aux 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.
 - L'historique de grossesse (préclampsie, naissance avant 36 semaines, etc.)
- Les habitudes de vie;
 - Le temps passé à l'extérieur, les sports pratiqués, la distance de travail, la posture 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 devrait être portée sur :

- Les mesures des phories et des vergences fusionnelles à la distance habituelle de travail ;
- Les mesures du lag accommodatif, de la fonction accommodative et du rapport AC/A à la distance habituelle de travail.

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 devrait 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).

L'optométriste doit établir un plan de traitement, l'expliquer et en détailler les paramètres (incluant coûts et visites de suivi).

Le plan de traitement peut inclure :

- des recommandations d'hygiène de vie (temps passé dehors, exercices physiques, nutrition);
- la limitation de l'utilisation des appareils électroniques ou de la vision rapprochée en continu en dehors du cursus scolaire;
- des recommandations sur la posture et la bonne distance de travail;
- la gestion des anomalies observées lors de l'évaluation de la vision binoculaire;
- des lunettes ophtalmiques;
- des lentilles cornéennes souples multifocales ou spécifiques pour le contrôle de la myopie ;
- l'atropine;
- l'orthokératologie;
- des lentilles rigides perméables au gaz multifocales;
- des traitements en combinaison.

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

- du plan de traitement proposé 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.

5.6 L'EXAMEN SPÉCIFIQUE AU PORT DE LENTILLES CORNÉENNES

Examen en prévision d'une adaptation de lentilles cornéennes

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

Lentilles cornéennes diagnostiques

- 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 la pose et l'évaluation de lentilles diagnostiques, du confort, de l'acuité visuelle. etc.
- 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 (centration, mouvement, dégagement) et les guides d'ajustement suggérées par les fabricants ;
- Procéder à la mesure d'une surréfraction avec les lentilles, si nécessaire;
- Effectuer les ajustements si nécessaires : changements de paramètres, de design ou de modalité de port, etc.;
- S'assurer que le patient est capable de manipuler les lentilles, à l'application comme au retrait;
- Expliquer le système d'entretien, de solutions de rinçage ou de larmes artificielles recommandées, si applicable;
- Expliquer l'horaire de port recommandé;
- Expliquer le calendrier des suivis.

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;
- Ajustement des paramètres, changement de design ou de modalité de port;
- 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'adaptation, le confort, la santé oculaire et la vision sont jugés adéquats;
 - Ajustement des paramètres, changement de design ou de modalité de port;
- Lentilles en port prolongé : suivi après 1 semaine et aux 6-12 mois par la suite;
- Examen annuel recommandé chez les porteurs réguliers 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 effectuer le choix des bons paramètres 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 qu'il est observant des consignes de port et d'hygiène;
 - 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;
 - S'assurer qu'il est observant des consignes de port et d'hygiène;
 - Vérifier que le traitement est adéquat 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.

5.7 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, les recommandations au patient et la 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

- 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 (optométriste, ophtalmologiste, médecin de famille, dermatologue, etc.) peut être indiquée selon le cas, comme par exemple :

- Suspicion de syndrome Sjögren;
- Dysfonction thyroïdienne;
- 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);
 - Corticostéroïdes topiques (court terme);
 - Traitements immunomodulateurs topiques (long terme);
 - Médicaments oraux, principalement les antibiotiques;
- Traitements en bureau : microblépharoexfoliation de la marge palpébrale/cils, thérapies thermiques et mécaniques pour les glandes de Meibomius, etc.;
- Lentilles cornéennes (pansement, sclérales);
- Gouttes à base biologique: sérum autologue, PRP, PRGF, etc.;
- Membranes amniotiques;
- Autres traitements chirurgicaux qui requièrent une référence en ophtalmologie (ex. : tarsorrhaphie, cautérisation des puncti lacrymaux).

Les patients doivent être informés du diagnostic, de la chronicité de la condition et du plan de traitement proposé. L'optométriste devrait discuter des facteurs de risque associés à la condition et informer 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 peut être recommandé pour la prise de pression intraoculaire.

Références complémentaires

Begley & Chalmers, *Dry Eye Questionnaire (DEQ-5)*, 2018, en ligne: <https://www.reviewofoptometry.com/CMSDocuments/2022/05/DEQ5.pdf> (consulté le 12 avril 2023)

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)

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 oculovisuels concernant la sécheresse oculaire et la chirurgie de l'œil*, 2017, *Revue canadienne d'optométrie*, vol. 79, no 4, 2017, en ligne: <https://cjo-rco.ca/index.php/cjo/issue/view/209/CJO%20Volume%2079%20Number%204%20-%20full%20issue> (consulté le 27 mars 2026)

5.8 L'EXAMEN SPÉCIFIQUE EN BASSE VISION

Suite à un examen oculovisuel, 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.

5.8.1 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;
- Sommaton 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 portable;
 - 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 personnes 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.).

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

L'optométriste en CRDV effectuera d'abord un examen spécifique en basse vision (voir section 5.8.1). 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 ⁹. De plus, l'optométriste en basse vision exerçant en déficience visuelle dans un CRDV sera appelé à :

- 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).

⁹ 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).

- 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 de 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 RAMQ¹⁰) ou à tout autre document attestant de la condition visuelle du patient.

¹⁰ [Règlement sur les aides visuelles et les services afférents assurés](#) (RLRQ, c. A-29, r. 3).

6. SANTÉ OCULAIRE

6.1 CADRE GÉNÉRAL D'INTERVENTION DES OPTOMÉTRISTES RELATIF À L'ADMINISTRATION ET À LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS ET À LA DISPENSATION DE SOINS OCULAIRES

L'optométriste est appelé à diagnostiquer, à suivre et à traiter divers problèmes de santé oculaire. En ce qui concerne l'administration et la prescription de médicaments, de même que la dispensation de soins oculaires, les interventions de l'optométriste se situent dans l'un ou l'autre des contextes suivants:

- Dans un contexte de soins de première ligne;
- Pour la réalisation d'un plan de traitement déterminé par un médecin ophtalmologiste lorsque le suivi d'un patient est assuré par ce médecin.

Notion de soins de première ligne

La notion de soins de première ligne ne fait pas l'objet d'une définition législative ou réglementaire précise, mais peut être généralement comprise comme référant à des soins primaires, à des services de proximité, généraux et spécifiques et à des services communautaires et locaux¹¹. En ce qui concerne les optométristes, les soins de première ligne réfèrent de façon générale à des services accessibles dans la communauté pour le diagnostic et le traitement de diverses conditions oculo-visuelles et l'orientation vers des services spécialisés des patients présentant des conditions oculaires qui le requièrent¹². Ces services de première ligne visent ainsi à répondre à des problèmes visuels courants, de basse vision (réadaptation) et de santé oculaire.

Pour leur part, les services spécialisés de deuxième et troisième ligne sont ceux qui sont « accessibles habituellement sur référence, [qui] s'adressent à des personnes ayant des

¹¹ Sur ces notions, voir notamment : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), *Innovier pour mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés, Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne*, 2026, en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-924-13W.pdf> (consulté le 30 mars 2026); Élise BOULANGER, Mylaine BRETON et Antoine GROULX, *Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec*, 2025, en ligne : https://ssaquebec.ca/wp-content/uploads/2025/05/Rapport_Orientations_1ere_ligne_vf.pdf (consulté le 2025-11-21), définition de soins et services de première ligne, annexe 4, p. 52; MSSS, *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité, Cadre de référence*, 2023, en ligne; <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf> (consulté le 21 novembre 2025), définition de soins de proximité et lexique, p. 3-4 et 51; MSSS, *L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, 2003, en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-009-08.pdf> (consulté le 21 novembre 2025), définition de service de première ligne sur le territoire local, p. 14-15.

¹² Voir notamment ces définitions en ce qui concerne le rôle des optométristes à titre d'intervenants de première ligne ainsi que les soins de santé oculaire de première ligne : WORLD COUNCIL OF OPTOMETRY, *WCO's Concept of Optometry*, en ligne : <https://worldcouncilofoptometry.info/concept-of-optometry/> (consulté le 25 novembre 2025); ASSOCIATION CANADIENNE DES OPTOMÉTRISTES, *Le rôle des docteurs en optométrie*, en ligne : <https://opto.ca/fr/role-des-docteurs-en-optometrie> (consulté le 25 novembre 2025); GILBERT C, FAAL H, ALLEN L, BURTON M., « What is primary eye health care? », *Community Eye Health*. 2021;34(113) :70-72. Epub 2022 Mar 1. PMID : 36033411; PMID : PMC9412109., en ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9412109/> (consulté le 25 novembre 2025); AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, *Definition of Primary Eye Care – 2014*, Policy Statement. 2014, en ligne: <https://www.aao.org/education/clinical-statement/definition-of-primary-eye-care--policy-statement> (consulté le 21 novembre 2025).

problèmes très complexes, dont la prévalence est très faible [et qui] s'appuient sur des technologies, des expertises et des équipements sophistiqués et rares »¹³. Il s'agit généralement des conditions qui requièrent une prise en charge par un ophtalmologiste, notamment celles qui impliquent des interventions chirurgicales qui ne peuvent être réalisées qu'avec des plateformes techniques disponibles en milieu hospitalier ou dans d'autres milieux cliniques semblables.

Limites déontologiques¹⁴

Sur le plan déontologique, l'optométriste doit en tout temps exercer les selon les données scientifiques et les normes professionnelles reconnues et il doit tenir compte des limites de ses capacités ainsi que des moyens dont il dispose, tant en ce qui concerne le diagnostic, le traitement que le suivi des patients. Lorsque l'intérêt du patient l'exige, il doit consulter un autre optométriste ou un autre professionnel de la santé, tel un ophtalmologiste et, lorsque requis, le diriger vers l'une de ces personnes.

Cadre d'intervention des optométristes en première ligne

En résumé, compte tenu du contexte précédemment décrit, on entend par soins optométriques de première ligne une intervention que l'optométriste peut réaliser de façon autonome pour le diagnostic ou le traitement d'une condition de l'œil et de ses annexes, lorsque :

- l'intervention à réaliser peut s'appuyer sur des moyens et équipements dont l'optométriste dispose;
- le risque de complication grave est faible;
- l'intervention est reconnue, standardisée et appropriée au contexte clinique;
- le suivi peut être assuré sans recours immédiat à une prise en charge médicale spécialisée.

Une intervention de première ligne n'exclut pas la nécessité d'une référence ou d'une cogestion ultérieure si l'évolution clinique, la réponse au traitement ou l'apparition de signes de complication le justifie.

Aussi, dans cette même perspective, les optométristes devraient pour l'instant se limiter aux médicaments et soins suivants:

- Les médicaments topiques et oraux (pour les oraux, il s'agit principalement des antibiotiques, des antiviraux, des antiglaucomeux, antiinflammatoires et des produits disponibles en vente libre);
- Les soins oculaires courants, comme l'extraction de corps étrangers, excluant des interventions ou procédures chirurgicales plus avancées.

À noter que conformément à la législation fédérale, les optométristes ne peuvent prescrire, ni vendre, de « substances désignées », telles que la cocaïne, le fentanyl, la morphine, l'éphédrine, la méthamphétamine ou toute autre substance réglementée¹⁵.

¹³ MSSS, *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité, Cadre de référence*, 2023, en ligne; <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf>. p. 51.

¹⁴ *Code de déontologie des optométristes*, RLRQ, c. O-7, r. 5.1. Voir notamment les articles 24 et 27.

¹⁵ *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, L.C. 1996, ch. 19. Voir à ce sujet : SANTÉ CANADA, *Réglementation des substances désignées et des précurseurs*, en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante->

Plan de traitement déterminé par un ophtalmologiste

En ce qui concerne l'intervention optométrique s'inscrivant dans un plan de traitement déterminé par un médecin ophtalmologiste qui assure le suivi du patient, il pourrait notamment s'agir d'un optométriste qui exerce avec un ophtalmologiste, en cabinet privé, en centre médical spécialisé ou en milieu hospitalier. Il peut aussi s'agir d'un optométriste exerçant dans un autre milieu et qui est consulté par un patient déjà suivi par un ophtalmologiste. Dans ces cas, les interventions de l'optométriste qui ne correspondent pas à des soins de première ligne sont limitées par le traitement déjà déterminé par l'ophtalmologiste.

Références vers un autre professionnel

À noter que lorsque l'optométriste dirige un patient vers un collègue ou un autre professionnel, il lui appartient de donner l'information pertinente au patient à ce sujet, notamment quant au degré de gravité de sa condition et au délai souhaitable pour obtenir la consultation. Suivant les moyens dont il dispose, l'optométriste doit aider le patient à obtenir une consultation avec l'autre professionnel dans les délais indiqués, même s'il est entendu qu'il ne peut être tenu responsable des limites ou difficultés d'accès aux autres professionnels en question. S'il est en mesure d'y avoir accès, l'optométriste peut soumettre une demande au [Centre de répartition des demandes de service \(CRDS\)](#) pour l'obtention d'une consultation en ophtalmologie ou dans une autre spécialité médicale. En dernier recours, le patient doit être dirigé vers l'urgence hospitalière si aucune autre ressource médicale n'est disponible.

Les sections suivantes visent à donner des indications sur la conduite clinique à favoriser dans différentes situations, en tenant compte des limites en question, des meilleures pratiques connues et de l'objectif de favoriser l'accessibilité des services.

6.2 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, en ce qui concerne les soins de première ligne, et ne doit aucunement excéder ses compétences dans la gestion de ces situations d'urgence. Une exception est possible si l'optométriste collabore avec un ophtalmologiste qui accepte de suivre le patient.

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.

[canada/organisation/mandat/role-reglementation/ce-que-sante-canada-reglemente-1/substances-designees-et-precurseurs.html](https://www.oq.org/canada/organisation/mandat/role-reglementation/ce-que-sante-canada-reglemente-1/substances-designees-et-precurseurs.html) (consulté le 20 janvier 2026).

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'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, trauma 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.

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.

6.3 EXTRACTION DE CORPS ÉTRANGERS DE LA SURFACE DE L'ŒIL ET SOINS COMPLÉMENTAIRES REQUIS

Conditions et modalités

Anamnèse

Il est essentiel, avant de procéder à une extraction de corps étrangers, que l'optométriste ait:

- retracé l'histoire permettant de déterminer les circonstances entourant le traumatisme, et particulièrement celles précédant l'entrée du corps étranger. On doit spécifiquement vérifier si le patient portait des verres de sécurité, s'il y a eu contact métal contre métal (marteau sur un clou par exemple) et valider la nature du corps étranger si possible. S'il y a eu contact métal contre métal, le risque d'un corps étranger intraoculaire à haute vitesse pénétrant doit être éliminé. Un examen approfondi de l'espace intraoculaire sous dilatation est dans ce cas nécessaire. Une consultation en médecine pourra aussi être demandée pour procéder à une radiographie;
- déterminé le risque que le patient ait une perforation du globe oculaire, auquel cas il doit être immédiatement dirigé en ophtalmologie, sans autre intervention;
- éliminé la présence d'infection ou d'autres pathologies oculaires;
- appliqué les normes en matière de désinfection et de stérilisation de l'instrumentation.

Procédures cliniques

- Mesurer l'acuité visuelle avant de procéder au retrait du corps étranger (note : instiller une goutte d'anesthésique topique si le patient est trop souffrant);
- Inspecter la surface oculaire à la lampe à fente;
- Éverser la paupière supérieure et examiner le cul-de-sac inférieur pour identifier tout corps étranger;
- Prendre la pression oculaire lorsqu'indiqué;
- Procéder à l'extraction du corps étranger de surface à l'aide de l'instrumentation appropriée;
- Procéder aux soins oculaires complémentaires:
 - Débridement des cellules épithéliales dévitalisées si nécessaire (en cas d'érosion cornéenne);
 - Nettoyage de la sidérose (La sidérose des cellules de surface doit être enlevée. Dans certains cas, cela peut s'effectuer plus facilement 2 à 3 jours suivant l'extraction du corps étranger. À cette fin, l'optométriste utilisera l'équipement approprié selon son jugement clinique.);
- Instiller un antibiotique topique à large spectre;
- Prescrire cet agent pour usage prophylactique jusqu'à réépithélisation complète de la cornée;
- Éviter l'usage de pansement oculaire avec compression (patch);
- Traiter la douleur, lorsque requis, avec des lubrifiants oculaires et/ou avec une médication orale analgésique;
- Faire le suivi du patient suivant la gravité de sa condition et un horaire convenu avec ce dernier;
- Dans les jours suivants, bien que rarement nécessaire, traiter la réaction inflammatoire post-traumatique de la chambre antérieure avec les moyens appropriés.

Communication et orientation en ophtalmologie pour certains cas particuliers

L'optométriste peut procéder à l'extraction des corps étrangers de la surface de l'œil et prodiguer les soins complémentaires requis à la suite de l'extraction.

Il devrait diriger le patient vers l'ophtalmologiste dans les cas suivants :

- Corps étranger profond ou intraoculaire;
- Présence de signes d'hémorragies ou de saignement conjonctival laissant suspecter la possibilité d'une particule à haute vélocité en intraoculaire;
- Présence de lacération conjonctivale ou palpébrale significative;
- Atteinte qui n'évolue pas normalement dans les jours suivant la procédure.

6.4 OCCLUSION DES CANAUX LACRYMAUX

L'occlusion des canaux lacrymaux à l'aide de clous méatiques s'inscrit dans le traitement du syndrome de l'œil sec (voir la partie 5.7 concernant la sécheresse oculaire).

Conditions et modalités

Il est essentiel, avant de procéder à une occlusion des canaux lacrymaux, que l'optométriste ait :

- procédé à un bilan de la sécheresse oculaire;
- appliqué des traitements de l'atteinte selon un algorithme reconnu et mesuré la limite et les effets de cette thérapie;
- mis sous contrôle l'inflammation oculaire pouvant être associée à la sécheresse oculaire, avec les moyens appropriés;
- éliminé la présence d'infection ou d'autres pathologies des paupières avant la pose des clous méatiques.

Orientation en ophtalmologie pour certains cas particuliers

L'optométriste peut orienter le patient vers l'ophtalmologiste afin d'évaluer l'opportunité de procéder à une cautérisation des puncta dans le cas où un patient aurait vu une amélioration notable de son état avec l'utilisation de clous méatiques depuis au moins six mois.

6.5 KÉRATITE BACTÉRIENNE

La kératite bactérienne survient lorsqu'une bactérie réussit à vaincre les mécanismes naturels de défense et envahit le tissu cornéen.

Lorsque la kératite se développe, elle a le potentiel de causer des dommages permanents à la cornée, reliés à la fois au processus infectieux et au processus inflammatoire sous-jacent. La kératite bactérienne est donc considérée comme une pathologie sérieuse avec un potentiel de causer des pertes significatives sur le plan de la vision et doit être traitée de manière agressive dans tous les cas.

Procédures cliniques

L'optométriste qui traite une kératite infiltrative devrait effectuer les étapes suivantes :

- Anamnèse détaillée;
- Prise d'acuité visuelle;
- Mesure de la réaction pupillaire;
- Examen externe :
 - Apparence générale du patient – incluant les atteintes dermatologiques;
 - Position du globe et des paupières;
 - Conjonctives;
 - Appareil nasolacrimal;
- Examen détaillé à la lampe à fente;
- Prise de pression intraoculaire.

Il est à noter que, lorsqu'il entreprend un traitement, l'optométriste (ou un collègue qui a accepté de prendre la responsabilité du suivi) doit être disponible afin de revoir son patient après 24 heures et périodiquement selon l'évolution.

Communication et orientation en ophtalmologie pour certains cas particuliers

Si le portrait clinique n'évolue pas tel qu'anticipé durant les 24 premières heures, une référence en ophtalmologie peut être indiquée. Une telle référence peut aussi devenir indiquée dans le cas d'une kératite bactérienne présentant les caractéristiques suivantes :

- Lésion atteignant l'aire centrale de la cornée;
- Lésion d'apparence atypique (forme, apparence, texture, couleur ou autre élément inhabituels);
- Symptômes atypiques (réaction inflammatoire anormale importante).

En tenant compte des ressources disponibles dans la région et dans l'intérêt du patient, l'optométriste décide alors s'il y a lieu qu'il initie ou poursuive un traitement d'ici la prise en charge par un ophtalmologiste.

6.6 UVÉITE ANTÉRIEURE

L'uvéite est une inflammation du tractus uvéal qui est constitué de la choroïde, du corps ciliaire et de l'iris. Cette atteinte peut être décrite comme antérieure, intermédiaire, postérieure ou panuvéite. L'uvéite antérieure implique la portion antérieure de l'uvée (iris et corps ciliaire). L'uvéite est également considérée comme aiguë si son apparition date de moins de six semaines, alors que l'uvéite chronique est apparue depuis plus de six semaines et perdure.

L'uvéite antérieure peut être idiopathique (sans cause connue) ou être une manifestation d'une atteinte systémique ou d'une infection intraoculaire. Ainsi, lorsque les ressources disponibles le permettent en temps utile, une référence à un autre professionnel (ophtalmologiste, médecin de famille) pour une investigation médicale systémique de toute inflammation intraoculaire incluant une uvéite antérieure est à favoriser.

Conditions et modalités

Observation pertinente

En sus de l'histoire générale des antécédents médicaux effectuée dans le cadre d'une visite régulière, l'optométriste portera une attention particulière à l'âge, au sexe ou à la race du patient, à son exposition à des facteurs de risque externes, à une chirurgie oculaire récente, etc.

Il procédera à un questionnaire de santé générale, selon un formulaire reconnu¹⁶, mettant l'accent sur la recherche de symptômes caractéristiques d'une uvéite.

Procédures cliniques

- Observation physique sommaire;
- Acuité visuelle;
- Examen externe de la région de l'œil et de l'orbite;
- Examen des pupilles;
- Observation détaillée à la lampe à fente;
- Pression intraoculaire;
- Examen détaillé du fond d'œil sous dilatation;
- Recherche d'inflammation intermédiaire ou postérieure de l'uvéite, ainsi que d'œdème maculaire (biomicroscopie du fond d'œil);
- Gradation de la sévérité de l'atteinte selon une échelle reconnue.

Communication et orientation en médecine pour certains cas particuliers

- L'optométriste peut amorcer le traitement et assurer le suivi du patient qui présente une inflammation de la chambre antérieure à la suite d'un traumatisme oculaire. Il doit consulter un ophtalmologiste ou lui diriger le patient uniquement dans les cas qui n'évoluent pas de façon anticipée.
- L'optométriste peut amorcer le traitement et assurer le suivi du patient qui présente un premier épisode d'inflammation de la chambre antérieure. Dans le cas d'une atteinte bilatérale ou unilatérale sévère ou dans le cas où un questionnaire de santé générale indiquerait la possibilité d'une cause systémique, l'optométriste, après avoir amorcé le traitement, doit demander une consultation en ophtalmologie. Le délai de référence doit être déterminé selon l'urgence de la condition. Afin de faciliter cette consultation, l'optométriste verra à transmettre un résumé de ses observations cliniques de même que du questionnaire de santé générale afin que l'ophtalmologiste puisse avoir toute l'information pertinente pour mieux planifier la consultation avec le patient.
- Lors d'une récurrence d'une uvéite antérieure chez un patient avec une cause médicale connue, l'optométriste peut amorcer le traitement et assurer le suivi s'il n'y a pas eu de changements significatifs dans l'état général du patient. À défaut, il peut amorcer le traitement, mais pourrait communiquer avec le médecin traitant (ophtalmologiste, rhumatologue, médecin de famille, etc.) afin de convenir des modalités de suivi de l'atteinte oculaire.

¹⁶ Exemple : Ocular Immunology and Uveitis Foundation, *Uveitis Questionnaire*, en ligne: <https://uveitis.org/uveitis-questionnaire/> (consulté le 15 décembre 2022).

L'optométriste devrait référer en ophtalmologie les patients de moins de 18 ans et ceux présentant une uvéite antérieure avec présence d'hypopion, d'une uvéite intermédiaire ou postérieure ou d'une uvéite associée à des lésions atypiques de la cornée.

6.7 KÉRATITE HERPÉTIQUE

On associe au virus herpétique la capacité de causer des infections oculaires notamment au niveau de la cornée.

La kératite herpétique se manifeste principalement au niveau de l'épithélium (67 %) alors que moins de cas impliquent le stroma cornéen (33 %). Le taux de récurrence est d'environ 12 à 15 % dans le premier cas alors que 28 % des cas de kératite stromale vont récidiver. Le taux de récurrence dépend du nombre d'épisodes antérieurs : plus nombreuses ont été les atteintes, plus grand est le risque de récurrence.

En toute circonstance, la kératite herpétique doit être diagnostiquée et traitée le plus rapidement possible afin que les impacts négatifs soient minimisés.

Il est important de reconnaître que l'infection herpétique peut se manifester de plusieurs façons.

La sélection du traitement approprié est donc dépendante de la caractérisation adéquate de la nature de la kératite.

Pour éviter toute confusion, un groupe de médecins de Harvard suggère de se baser sur la classification suivante afin de déterminer la nature de l'atteinte, ainsi que son traitement :

Couche cornéenne	Nomenclature proposée	Autres termes utilisés
Épithélium	Kératite herpétique épithéliale	Ulcère dendritique épithélial
		Ulcère géographique épithélial
Stroma	Kératite herpétique stromale sans ulcération	Kératite herpétique non nécrosante Kératite interstitielle Kératite stromale immune
	Kératite stromale avec ulcération	Kératite nécrosante
Endothélium	Kératite herpétique endothéliale	Kératite disciforme

Procédures cliniques

- Observation physique sommaire;
- Acuité visuelle;
- Examen externe de l'œil et ses annexes;
- Examen à la lampe à fente;
- Mesure de la pression intraoculaire (PIO);
- Examen détaillé du fond d'œil sous dilatation;
- Traitement de la kératite épithéliale (dendritique).

Communication et orientation en ophtalmologie pour certains cas particuliers

L'optométriste peut amorcer le traitement et assurer le suivi du patient qui présente une kératite herpétique épithéliale simple.

Il devrait toutefois orienter le patient vers l'ophtalmologiste dans les cas suivants :

- Kératite herpétique épithéliale qui a une présentation atypique ou si le portrait clinique n'évolue pas tel qu'anticipé dans les quatre jours suivant l'amorce du traitement;
- Kératite herpétique épithéliale survenant chez un patient de moins de 18 ans;
- Kératite herpétique épithéliale avec ulcération géographique;
- Kératite herpétique stromale, avec ou sans ulcération, de même que les cas de kératite endothéliale;
- Kératite herpétique de toute nature chez un patient immunosupprimé;
- Kératite épithéliale récidivante, si le traitement par médication orale ou topique n'est pas initié par l'optométriste.

6.8 BLÉPHARITE HERPÉTIQUE

La blépharite herpétique est une atteinte palpébrale causée par le virus de l'herpès simplex. Elle peut se présenter sous forme de vésicules, de croûtes ou d'érythème palpébral, parfois associée à une conjonctivite ou à une atteinte cornéenne.

La reconnaissance rapide de l'étiologie virale est essentielle afin de limiter les complications oculaires.

Procédure clinique

- L'histoire de cas ciblée (antécédents herpétiques, récurrences, douleur, photophobie);
- L'examen des paupières et des annexes;
- Observation à la lampe à fente;
- L'évaluation attentive de la cornée afin d'exclure une conjonctivite ou une kératite herpétique active.

Prise en charge

En présence d'une blépharite herpétique confirmée ou fortement suspectée, l'optométriste peut initier un traitement par antiviraux oraux. Les mesures complémentaires peuvent inclure :

- L'hygiène palpébrale;
- L'évitement des corticostéroïdes topiques.

Suivi

Un suivi clinique est requis pour évaluer l'évolution et dépister toute atteinte cornéenne.

6.9 ZONA OPHTALMIQUE (HERPÈS ZOSTER)

L'herpès zoster représente la seconde manifestation, après la varicelle, du virus varicella-zoster. L'infection au zoster survient principalement chez des individus plus âgés qui ont présenté, durant l'enfance, une atteinte primaire à ce virus (varicelle) ou qui ont été exposés à la vaccination en bas âge.

Au plan oculaire, l'herpès zoster ophtalmique implique la division ophtalmique du Ve nerf crânien. Des branches de ce dernier (nasociliaire, frontale, lacrymale), la branche frontale est la plus exposée. Lorsque la branche nasociliaire est impliquée, l'aile du nez peut montrer des signes dermatologiques (signe de Hutchinson). Sa présence est fortement associée au développement d'une inflammation oculaire et d'une perte de sensibilité cornéenne. L'herpès zoster ophtalmique touche 10 à 20 % des cas atteints de zoster systémique.

Un prodrome (douleur oculaire, malaise, fièvre, céphalée) et une névralgie précèdent souvent l'éruption de vésicule sur la peau. Environ 50 % des patients qui présentent ces symptômes développeront une atteinte oculaire. Les manifestations cliniques déclenchent des phénomènes inflammatoires, immuns et infectieux.

La médication antivirale a un effet restreint sur les atteintes à long terme : près de 30 à 70 % des cas de zona ophtalmique (selon l'âge) demeurent avec de la douleur postherpétique importante durant plusieurs semaines, causées par des vasculites, des périvasculites, une névrite et une périnévrite. Toutefois, les études cliniques ont démontré que la prescription d'un antiviral oral dans les 72 heures suivant l'apparition des lésions cutanées minimise la sévérité de la névralgie postherpétique.

Procédures cliniques

- Observation mettant l'accent sur les signes et symptômes suggérant la présence d'un prodrome significatif de l'atteinte zostérienne;
- Examen externe du patient;
- Examen détaillé à la lampe à fente;
- Examen détaillé du fond d'œil sous dilatation;
- Prise de la pression intraoculaire.

Traitement, consultation et orientation en médecine

L'optométriste traitera la présence de pseudodendrites épithéliales à l'aide d'une lubrification avec des larmes artificielles.

L'usage d'antiviral oral dans les 72 heures suivant l'apparition des signes cliniques contribue à réduire significativement la sévérité de l'atteinte et la douleur postherpétique. L'optométriste est donc avisé de recourir à ce traitement dès qu'il constate la présence de zona ophtalmique, même après 72 heures de l'apparition des symptômes.

Certains patients peuvent présenter des complications oculaires sérieuses comme l'uvéite, le glaucome et l'atteinte neurotrophique de la cornée.

L'optométriste devra s'assurer d'effectuer un suivi régulier de l'état du patient dans les semaines suivantes. Lorsque requis, Il devra diriger en ophtalmologie tout patient présentant des complications oculaires reliées à son zona ophtalmique. Il devra également diriger le

patient vers un médecin si la douleur ne peut être adéquatement maîtrisée à l'aide des moyens thérapeutiques dont il dispose.

À long terme, le patient qui développerait une neurotrophie bénéficierait d'un traitement approprié contre la sécheresse oculaire.

6.10 FONCTION MACULAIRE ET MÉDICATION

L'hydroxychloroquine est associée à un risque de toxicité rétinienne lié à la dose et à la durée du traitement. Bien que cette toxicité soit rare, elle peut entraîner des atteintes visuelles permanentes lorsqu'elle est détectée à un stade avancé.

Le dépistage vise à identifier précocement des signes de toxicité rétinienne, idéalement avant l'apparition de symptômes ou de modifications visibles au fond d'œil, afin de permettre une prise de décision éclairée quant à la poursuite du traitement en collaboration avec le prescripteur.

Examen de référence

Un examen oculaire de référence est recommandé chez tout patient débutant un traitement par hydroxychloroquine.

Cet examen vise à :

- Documenter l'état rétinien initial;
- Exclure la présence d'une maculopathie préexistante;
- Fournir une base de comparaison pour le suivi longitudinal.

L'évaluation de référence inclut un examen oculaire complet et l'utilisation de la tomographie par cohérence optique (OCT) et, si disponible, l'autofluorescence du fond d'œil (FAF).

Fréquence du suivi

Chez les patients sans facteurs de risque significatifs, une surveillance annuelle de la toxicité rétinienne peut être différée jusqu'à cinq ans après le début du traitement.

Chez les patients présentant des facteurs de risque accrus, une surveillance annuelle plus précoce peut être indiquée selon le jugement clinique.

Les principaux facteurs de risque incluent notamment :

- Une dose quotidienne élevée par rapport au poids corporel réel;
- Une durée de traitement prolongée;
- Une insuffisance rénale;
- L'utilisation concomitante de tamoxifène;
- La présence d'une pathologie rétinienne préexistante.

Procédure clinique

Le dépistage repose principalement sur des tests objectifs et sensibles permettant de détecter des atteintes précoces.

Les modalités privilégiées comprennent :

- La tomographie par cohérence optique maculaire (OCT), permettant d'identifier des modifications structurelles rétinienne précoces;
- L'autofluorescence du fond d'œil (FAF) si disponible, utile pour détecter des zones d'atteinte métabolique rétinienne.

Les tests fonctionnels, tels que le champ visuel automatisé (de type 10-2 et 24-2 ou 24-2C) et l'électrorétinogramme multifocal (mfERG), peuvent être utilisés à titre complémentaire ou confirmatoire selon le contexte clinique. La toxicité rétinienne liée à l'hydroxychloroquine peut se manifester de différentes façons, incluant une atteinte parafovéale ou péricentrale.

Le choix et l'interprétation des tests doivent tenir compte du profil clinique et des caractéristiques individuelles du patient (par exemple : 24-2 à privilégier chez la population asiatique).

Les tests subjectifs simples, tels que la grille d'Amsler et la vision des couleurs, ne sont pas considérés comme des outils de dépistage suffisants à eux seuls.

Interprétation et collaboration interprofessionnelle

L'identification de signes compatibles avec une toxicité rétinienne, même à un stade précoce, justifie une communication avec le professionnel prescripteur afin de discuter des risques et des bénéfices de la poursuite du traitement.

La décision d'interrompre ou de modifier la médication ne relève pas de l'optométriste, mais son rôle est essentiel dans la détection, la documentation et le suivi de l'atteinte oculaire.

Suivi après l'arrêt du traitement

La progression de la toxicité rétinienne peut se stabiliser lorsque l'atteinte est détectée précocement et que le traitement est interrompu. Toutefois, une progression peut survenir dans les cas plus avancés malgré l'arrêt du médicament, justifiant un suivi approprié.

Référence complémentaire

American Academy of Ophthalmology: Recommendations on Screening for Hydroxychloroquine Retinopathy – 2026. En ligne:

<https://www.aao.org/education/clinical-statement/updated-recommendations-on-screening-chloroquine-h> (consulté le 25 janvier 2026)

6.11 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 (voir 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, lorsque requis;
- 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)

<https://www.aoajournal.org/article/S0161-6420%2819%2932091-3/fulltext>

6.12 GLAUCOME**Description et définition**

Le glaucome se caractérise par une neuropathie optique progressive, soit une perte caractéristique des fibres nerveuses de la rétine accompagnée de changements à l'apparence du nerf optique. La perte des fibres nerveuses s'associe, généralement, à une anomalie du champ visuel. Le glaucome se manifeste de plusieurs façons et on lui reconnaît également plusieurs facteurs de risque.

Afin de bien cerner les enjeux touchant les notions de glaucome, il est important d'en définir d'abord la terminologie :

- Glaucome congénital : atteinte qui se développe avant l'âge de 5 ans;
- Glaucome juvénile : atteinte qui se développe en bas âge, en association avec des anomalies du développement oculaire ou systémique (ex. : aniridie, syndrome de Reiger);
- Glaucome idiopathique ou primaire : atteinte se développant sans cause connue. Peut être à angle ouvert ou fermé;
- Glaucome secondaire : atteinte dont la cause est identifiable, notamment reliée à une anomalie structurelle (ex. : dispersion pigmentaire, pseudoexfoliation, néovascularisation, etc.);
- Glaucome à angle ouvert : atteinte qui se manifeste alors que l'angle iridocornéen est ouvert (gonioscopie) et que l'écoulement de l'humeur aqueuse n'est pas entravé;
- Glaucome à angle fermé : atteinte qui se manifeste alors que l'angle iridocornéen est réduit et empêche ainsi l'écoulement normal de l'humeur aqueuse.

Dans la catégorie des glaucomes chroniques à angle ouvert, on distingue les cas suivants, tels que définis par la Société canadienne d'ophtalmologie¹⁷ :

- Glaucome suspect
 - Patient qui présente une pression oculaire de plus de 21 mmHg, en présence ou non de ce qui suit :
 - papille suspecte ou asymétrie entre l'excavation des papilles de > 0,2 ; et/ou
 - déficit du champ visuel suspect sur 24--2 ou similaire.

¹⁷ Journal canadien d'ophtalmologie, *Guide factuel de pratique clinique de la Société canadienne d'ophtalmologie pour la gestion du glaucome chez l'adulte*, Vol. 44, Suppl. 1, juin 2009, en ligne : <http://www.ophtalmo.net/bv/Doc/2009-426-guide-glaucome.pdf> (consulté le 17 avril 2023).

- Glaucome débutant
 - Caractéristiques glaucomateuses précoces de la papille (ex. : C/D < 0,65) et/ou déficit mineur du champ visuel à l'extérieur de 10 degrés de fixation (ex. : Écart Moyen (ÉM) meilleur que -6 dB sur CV automatisé seuil 24-2).
- Glaucome modéré
 - Caractéristiques glaucomateuses modérées de la papille (ex. : C/D vertical de 0,7-0 à 0,85) et/ou déficit modéré du champ visuel à l'extérieur de 10 degrés de fixation (ex. : Écart moyen (ÉM) entre -6 et -12 dB sur ACVH 24-2).
- Glaucome avancé
 - Caractéristiques glaucomateuses avancées de la papille (ex. : C/D > 0,9) et/ou déficit du CV à l'intérieur de 10 degrés de fixation (ex. : Écart moyen (ÉM) moins bon que -12 dB sur ACVH 24-2).

Procédures cliniques

Les patients pour lesquels une atteinte glaucomateuse est identifiée ou suspectée devraient subir des tests structurels et fonctionnels, certains changements n'étant pas mis en évidence par l'une de ces approches uniquement. De plus, les atteintes du nerf optique ne sont pas toujours reliées à un glaucome; d'autres atteintes neurologiques acquises ou congénitales peuvent expliquer des changements d'apparence du nerf optique similaires à ceux liés au glaucome. La pression intraoculaire peut être basse, dans le cas d'un glaucome, ou parfois haute, dans le cas de maladies ou malformations vasculaires.

Les tests suivants font partie d'un examen clinique spécifique au glaucome et doivent être effectués durant le dépistage et périodiquement, durant le suivi du patient, notamment avant de renouveler une médication :

- Histoire de cas spécifique, ciblant notamment l'hérédité et les facteurs de risque de développer la maladie;
- Prise d'acuité visuelle;
- Mesure des réflexes pupillaires, avec attention sur la présence de défaut pupillaire afférent relatif ;
- Mesure du champ visuel de type seuil avec un appareil automatisé et une stratégie de test appropriée;
- Examen détaillé du segment antérieur à la lampe à fente;
- Mesure de la pression intraoculaire, en notant l'heure de la prise de mesure;
 - Utiliser le tonomètre Goldmann, calibré;
- Mesure de l'épaisseur cornéenne suivant tout moyen approprié (ultrason, tomographie (OCT), etc.):
 - Cette valeur doit être communiquée séparément de la pression intraoculaire, puisqu'il n'y a pas de consensus sur la correction à apporter à la PIO mesurée. Exemples : PIO de 22 mmHg à 12 h 30, épaisseur centrale cornéenne (ECC) de 525 um (correct); PIO de 24 mmHg à 12 h 30, compensée pour l'épaisseur (incorrect);
- Gonioscopie;
- Examen du fond d'œil sous dilatation;
- Photodocumentation de la papille;
- Évaluation de la couche de fibres nerveuses rétiniennes et de la couche de cellules ganglionnaires maculaires par tomographie par cohérence optique (OCT).

Évaluation du type de glaucome

Au terme de son examen clinique, l'optométriste devrait pouvoir associer le patient à l'une ou l'autre des catégories suivantes :

- Glaucome suspect;
- Glaucome débutant;
- Glaucome modéré;
- Glaucome avancé.

De plus, lorsque le patient est reconnu comme étant atteint de glaucome, il doit être catégorisé comme stable ou instable. Dans les cas instables:

- le patient n'atteint pas la pression intraoculaire ciblée; ou
- il y a preuve de détérioration de son champ visuel; ou
- un changement est constaté dans l'apparence de la papille.

Conditions de traitement du glaucome par les optométristes

L'optométriste peut administrer ou prescrire des médicaments de façon autonome lors de glaucome suspecté, débutant ou modéré.

Lorsque le diagnostic est établi, l'optométriste doit déterminer le plan de traitement et l'expliquer au patient. Il doit également lui indiquer les effets secondaires possibles associés à ce traitement de même que les suivis qui seront requis. Dans le cas où un traitement par laser SLT est choisi en première instance, le patient doit être dirigé vers un ophtalmologiste pour la procédure.

Dans les cas de glaucome qui ne peuvent être stabilisés ou lorsque la pression intraoculaire cible ne peut être atteinte malgré l'utilisation des hypotenseurs, le patient devrait être dirigé vers un ophtalmologiste pour une prise en charge.

Dans le cas d'un glaucome sévère, le traitement peut être initié par l'optométriste, mais une référence chez un ophtalmologiste est requise.

Patient faisant déjà l'objet d'un suivi en ophtalmologie

Si le patient fait l'objet d'un suivi pour glaucome en ophtalmologie, l'optométriste peut reconduire le traitement prescrit par l'ophtalmologiste lorsque l'état du patient est jugé stable, selon les données cliniques disponibles.

Si l'optométriste souhaite modifier le traitement établi, l'ophtalmologiste doit être avisé du changement et le dossier du patient doit être annoté en conséquence.

Dès que l'état du patient devient instable, l'optométriste doit diriger le patient vers son ophtalmologiste ou vers un ophtalmologiste approprié pour une réévaluation.

Cas du glaucome aigu symptomatique ou de PIO très élevée (≥ 40 mmHg)

Dans les cas où une crise de glaucome aigu symptomatique se manifeste soudainement, l'optométriste peut amorcer le traitement initial et doit diriger le patient vers une évaluation médicale spécialisée dans les plus brefs délais.

Si une prise en charge ophtalmologique rapide n'est pas accessible, le patient doit être dirigé sans délai vers une urgence hospitalière.

Dans les cas de pression intraoculaire très élevée (≥ 40 mmHg), l'optométriste doit procéder à une référence urgente en ophtalmologie ou vers une urgence hospitalière, selon le contexte clinique et l'accessibilité des ressources.

6.13 RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE

Tout patient diabétique devrait périodiquement bénéficier d'un examen détaillé de sa santé oculaire, sous dilatation, afin de procéder à un dépistage des manifestations oculaires reliées au diabète. Outre la rétinopathie, l'optométriste est en mesure d'évaluer les autres composantes oculaires pouvant être affectées par le diabète : accommodation, muscles extraoculaires, pathologie du segment antérieur, cataracte, néovascularisation de l'iris et de l'angle pouvant mener à un glaucome secondaire.

Recommandations

L'Association médicale canadienne¹⁸ recommande que le dépistage de la rétinopathie diabétique soit fait :

- 5 ans post-diagnostic pour les patients de diabète type I après la puberté > 15 ans ;
- au moment du diagnostic pour les patients de type II.

Procédures cliniques

L'optométriste qui procède à l'examen clinique initial d'un patient diabétique devrait notamment effectuer les tests suivants:

- Histoire de cas orientée, tenant compte des données transmises par le médecin; l'optométriste devrait obtenir les informations suivantes de la part de son patient :
 - Durée du diabète (moment du diagnostic);
 - Indications sommaires sur la stabilité de la glycémie, ainsi que des données pertinentes sur l'hypertension artérielle, le cholestérol et les lipides;
 - Médication prescrite;
 - Tout élément autre, pertinent à la compréhension du cas, y compris la symptomatologie visuelle rapportée;
- Prise d'acuité visuelle avec la meilleure correction en place;
- Examen de la vision binoculaire, incluant notamment la recherche de parésie oculomotrice s'il y a plainte de diplopie récente;
- Examen de la capacité accommodative du patient (< 45 ans) au besoin;
- Réflexes pupillaires;
- Examen du segment antérieur de l'œil à la lampe à fente;
- Gonioscopie ou autre méthode (imagerie) d'investigation de la présence de néovaisseaux dans l'angle iridocornéen, s'il y a rétinopathie au fond d'œil. Également, vérification pour évaluer si la fermeture de l'angle est possible;
- Mesure de la pression intraoculaire, selon les standards reconnus;
- Examen détaillé du vitré, de la rétine et du pôle postérieur, sous dilatation pupillaire;

¹⁸ Canadian Journal of Diabetes, *Clinical Practical Guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada*, avril 2013, en ligne : [https://www.canadianjournalofdiabetes.com/article/S1499-2671\(13\)00709-0/fulltext](https://www.canadianjournalofdiabetes.com/article/S1499-2671(13)00709-0/fulltext) (consulté le 17 avril 2023).

- Photodocumentation (fortement recommandée s'il y a des signes cliniques à la rétine ou au pôle postérieur).

En plus, l'optométriste procédera également à un examen détaillé de la zone maculaire afin de déceler la présence d'œdème. Le recours à des tests d'imagerie (OCT) est alors recommandé lorsqu'un œdème est suspecté. De façon complémentaire, le test à la grille d'Amsler est également recommandé.

Au terme de son examen, l'optométriste est en mesure de déterminer si le patient présente des atteintes oculaires pouvant être associées au diabète, incluant la rétinopathie diabétique. Dans le cas de données cliniques positives, l'optométriste doit en mesurer la sévérité selon une échelle reconnue (ETDRS ou autre).

Procédures lors du suivi

Lors de l'examen de suivi, l'histoire des antécédents médicaux comprend un questionnaire sur les symptômes visuels du patient, une mise à jour de la condition systémique et de la médication, ainsi que de la glycémie et de sa stabilité.

Les tests cliniques à effectuer sont les suivants:

- Prise d'acuité visuelle avec la meilleure correction en place;
- Mesure de la PIO;
- Évaluation du segment antérieur à la lampe à fente;
- Gonioscopie (si suspicion de néovascularisation ou d'anomalies de l'angle iridocornéen);
- Évaluation de la rétine et du pôle postérieur (sous dilatation) ou alternativement, photographie du fond d'œil et un OCT maculaire sans dilatation, selon le jugement clinique de l'optométriste.

Œdème maculaire

L'œdème maculaire diabétique (OMD) est une complication qui doit être évaluée en surplus du stade de la rétinopathie. Il se caractérise par un épaissement de la rétine à l'intérieur de 2 diamètres papillaires de la macula.

L'OCT est l'instrument de choix pour évaluer l'OMD qu'on peut caractériser ainsi :

- OMD paracentral: épaissement de la macula n'impliquant pas la zone centrale de 1 mm;
- OMD impliquant le centre: épaissement rétinien dans la zone centrale de 1 mm.

Le concept d'œdème maculaire cliniquement significatif (OMCS) avait été amené par l'étude ETDRS pour caractériser l'OMD et peut être utile à l'optométriste dans sa conduite avec le patient, notamment en l'absence d'imagerie à l'OCT. Pour être considéré OMCS, un critère ou plus des suivants doit être présent :

- Épaississement rétinien à ≤ 500 microns du centre de la macula;
- Exsudats durs à ≤ 500 microns de la macula avec épaissement de la rétine adjacente;
- Une ou plusieurs zones d'épaississement rétinien sur plus de 1 diamètre papillaire, dont une partie se trouve à moins de 1 diamètre papillaire du centre de la macula.

Information au patient

Le rôle de l'optométriste s'inscrit dans une approche multidisciplinaire et, à ce titre, il doit informer le patient sur son état et renforcer les messages de prévention ainsi que les mesures visant à augmenter l'observance du patient à son traitement.

Calendrier d'évaluation initiale et de suivi

Selon les lignes directrices de l'Association canadienne de diabète:

- TYPE 1 :
 - Le patient de > 15 ans doit être vu pour une évaluation initiale 5 ans après le début du diabète;
 - Le suivi se fait annuellement par la suite.
- TYPE 2 :
 - L'évaluation initiale doit se faire au moment du diagnostic médical;
 - Le suivi est annuel ou aux deux ans au maximum, en absence de rétinopathie, mais peut être plus rapproché en fonction de la présence et de la sévérité de la rétinopathie.
- Diabète gestationnel (voir les notes 1 et 2) :
 - Évaluation au moment de la conception pour les patientes connues comme étant diabétique ;
 - Suivi régulier durant le premier trimestre puis, selon le cas par la suite.

Note 1 : L'examen peut se faire sous dilatation pupillaire, idéalement en utilisant la tropicamide 0,5 %, et en procédant à l'occlusion des points lacrymaux après l'instillation des gouttes.

Note 2 : La phényléphrine 10 % est contre-indiquée dans ces cas, de même que chez les patients âgés ou diabétiques.

Calendrier des suivis

Le suivi du patient doit se faire de la façon suivante:

- Si la rétinopathie est présente,
 - en établir la sévérité et planifier le suivi en fonction de son évolution, minimalement une fois par année (plus fréquemment si rétinopathie progressive).
- S'il y a absence de rétinopathie,
 - suivi annuel pour les types I et aux deux ans au maximum pour les types II.

Conduite suggérée en présence de rétinopathie diabétique

L'optométriste doit connaître les critères de référence selon le stade de la maladie. Selon son jugement, la fréquence des examens et le délai de référence peuvent être modifiés en fonction des ressources disponibles, de l'aisance que l'optométriste a avec la gestion du cas, du contrôle du diabète par le patient et de la présence ou non de facteurs aggravants comme d'autres pathologies associées.

Stade (sans œdème maculaire)	Observations cliniques	Fréquence des suivis *	Référence en 2e ligne
Légère	Au moins 1 hémorragie ou microanévrisme, sans autre lésion	Aux 12 mois	Non. Communication à l'omnipraticien
Modérée	Hémorragies ou microanévrismes dans 1 à 3 quadrants; peut présenter exsudats mous, AMIR, boudinage veineux	Aux 6 à 9 mois	À considérer selon les facteurs facilitants ou aggravants
Sévère	Règle "4-2-1" : H/Ma dans les 4 quadrants, OU boudinage veineux dans 2 quadrants, OU AMIR proéminents dans au moins 1 quadrant	Aux 3 à 4 mois	Oui: 2 à 4 semaines
Proliférative à faible risque	Présence de néovaisseaux (de la papille "NVD" ou ailleurs en périphérie "NVP")	Aux 3 à 4 mois	Oui: 2 à 4 semaines
Proliférative à haut risque	Au moins 3 des 4 signes suivants: <ul style="list-style-type: none"> • hémorragie pré-rétinienne ou vitréenne; • néovascularisation à la papille (NVD); • néovascularisation ailleurs (NVP); • néovascularisation modérée ou plus sévère (dont une NVP plus grande que ½ de l'aire papillaire) 	Aux 2 à 3 mois	Oui: 24 à 48 heures
* par l'optométriste ou par l'ophtalmologiste, selon le cas.			

En présence d'œdème maculaire

Le patient doit être référé en ophtalmologie en présence de tout œdème maculaire dans les 2 à 4 semaines, avec un suivi aux 2 à 3 mois, peu importe le stade de la rétinopathie, sauf pour les cas à haut risque qui doivent être vus dans les 24 à 48 heures.

Une fois que le patient a été vu par l'ophtalmologiste et qu'il est considéré comme stable, l'optométriste peut assurer le suivi du patient avec l'accord de ce dernier et lui retourner le patient en cas de détérioration du portrait clinique. Normalement, un suivi aux 6 mois est recommandé.

Référence complémentaire

American Optometric Association, *Eye Care of the Patient with Diabetes Mellitus, Second Edition*, 2019, en ligne:

<https://www.aoa.org/AOA/Documents/Practice%20Management/Clinical%20Guidelines/EBO%20Guidelines/Eye%20Care%20of%20the%20Patient%20with%20Diabetes%20Mellitus%2C%20Second%20Edition.pdf> (consulté le 12 avril 2023)

6.14 CELLULITE PRÉSEPTALE

La cellulite préseptale est une infection bactérienne des tissus mous situés en avant du septum orbitaire. Elle se manifeste généralement par un œdème palpébral, une rougeur et une sensibilité locale, sans atteinte de la motilité oculaire, de l'acuité visuelle ni de la fonction pupillaire.

Il est essentiel de distinguer la cellulite préseptale de la cellulite orbitaire, laquelle constitue une urgence médicale.

Procédure clinique

- Une histoire de cas ciblée (début et évolution des symptômes, traumatisme, piqûre d'insecte, infection ORL récente);
- Mesure de l'acuité visuelle;
- L'évaluation de la motilité oculaire et de la douleur au mouvement;
- L'examen des réflexes pupillaires;
- Observation à la lampe à fente;
- L'examen externe et palpébral;
- L'évaluation de l'état général (fièvre, malaise).

L'absence de proptose, de limitation de la motilité oculaire, de baisse visuelle ou de douleur au mouvement est un critère essentiel avant toute prise en charge en première ligne.

Prise en charge

Lorsque le tableau clinique est compatible avec une cellulite préseptale non compliquée, l'optométriste peut initier un traitement par antibiotiques oraux.

Le traitement est généralement accompagné de :

- mesures de soutien (compresses, hygiène palpébrale);
- surveillance étroite de l'évolution clinique.

Suivi et référence

Un suivi est requis afin d'évaluer la réponse au traitement. Une référence urgente vers un médecin ou un ophtalmologiste est indiquée en cas de :

- détérioration clinique;
- absence d'amélioration;
- apparition de signes évocateurs d'une atteinte orbitaire.

6.15 DACRYOCYSTITE AIGUË

La dacryocystite aiguë est une infection du sac lacrymal, généralement secondaire à une obstruction du canal nasolacrymal. Elle se manifeste par une douleur, un œdème et une rougeur localisés à la région du canthus interne, souvent accompagnés d'un larmoiement et, dans certains cas, d'un écoulement purulent à la pression.

La condition peut évoluer rapidement et nécessite une reconnaissance clinique et une prise en charge appropriée afin de prévenir les complications.

Procédure clinique

- L'histoire de cas ciblée;
- L'examen externe des paupières et des annexes;
- La mesure de l'acuité visuelle;
- L'observation à la lampe à fente. Une attention particulière est portée à la région du sac lacrymal et à la présence de douleur ou de sécrétions à la palpation.

Prise en charge

En présence d'un tableau clinique compatible avec une dacryocystite aiguë, l'optométriste peut initier un traitement par la prescription d'antibiotiques oraux. Des mesures de soutien (compresses, hygiène palpébrale...) peuvent être recommandées.

Suivi et référence

Un suivi clinique rapproché est requis afin d'évaluer la réponse au traitement. Une référence en ophtalmologie peut être envisagée afin d'évaluer l'intégrité des voies lacrymales, la dacryocystite étant fréquemment associée à une obstruction sous-jacente, particulièrement dans les cas récurrents ou persistants.

Une référence médicale urgente est indiquée en cas :

- d'aggravation des signes inflammatoires;
- d'absence d'amélioration;
- de signes systémiques;
- de suspicion de complication locale ou orbitaire.

6.16 ORGELET

L'orgelet est une infection aiguë, le plus souvent bactérienne, touchant un follicule ciliaire ou une glande palpébrale. Il se manifeste par une tuméfaction localisée, douloureuse et érythémateuse de la paupière.

La majorité des orgelets sont autolimités, mais certains peuvent nécessiter une prise en charge lorsqu'ils sont persistants ou compliqués.

Procédure clinique

- L'histoire de cas ciblée;
- La mesure de l'acuité visuelle;
- L'examen externe de la paupière;
- L'observation à la lampe à fente;
- L'évaluation de la douleur et de l'inflammation.

Prise en charge

La prise en charge repose principalement sur des mesures conservatrices, incluant l'hygiène palpébrale et l'application de compresses.

Lorsque le tableau clinique le justifie, l'optométriste peut prescrire une médication topique et/ou orale.

Suivi et collaboration

Un suivi est indiqué afin de s'assurer de la résolution de l'infection.

Une référence médicale ou ophtalmologique est indiquée en cas de :

- persistance /absence de réponse au traitement;
- extension de l'infection;
- suspicion de complication.

6.17 ECZÉMA DES PAUPIÈRES

L'eczéma des paupières est une affection inflammatoire cutanée fréquente pouvant être d'origine allergique, irritative ou atopique. Il se manifeste généralement par une rougeur, un prurit, une desquamation, une sécheresse ou une modification de la peau palpébrale. En raison de la finesse de la peau des paupières et de la proximité de la surface oculaire, cette condition peut entraîner un inconfort visuel significatif et une atteinte de la qualité de vie.

Évaluation

L'évaluation optométrique vise à :

- caractériser la présentation clinique et la sévérité de l'atteinte;
- identifier des facteurs déclenchants ou aggravants (produits cosmétiques, produits d'hygiène, allergènes, exposition environnementale);
- exclure une atteinte infectieuse ou une autre pathologie palpébrale.

Elle comprend une histoire de cas ciblée, un examen externe attentif des paupières et des tissus périoculaires, ainsi qu'une évaluation de la surface oculaire à la lampe à fente afin de dépister une atteinte associée.

Prise en charge

La prise en charge repose sur une approche progressive et individualisée. Elle inclut notamment :

- L'évitement des irritants ou allergènes potentiels;
- Des mesures de soins cutanés doux et d'hygiène palpébrale adaptée;
- L'utilisation de traitements topiques lorsque indiquée.

En raison du risque d'effets indésirables associés à certains traitements topiques sur la peau palpébrale et la surface oculaire, une attention particulière est portée à la durée d'utilisation et à la surveillance clinique.

Suivi et collaboration

Un suivi est recommandé afin d'évaluer la réponse au traitement et d'ajuster la prise en charge au besoin.

Une collaboration interprofessionnelle (médecin de famille, dermatologue, ophtalmologiste...) peut être indiquée dans les cas :

- persistants ou récidivants;
- sévères ou étendus;
- où la réponse au traitement est insuffisante.

6.18 ACNÉ ROSACÉE

L'acné rosacée est une affection inflammatoire chronique pouvant présenter une atteinte oculaire. Celle-ci se manifeste fréquemment par une blépharite chronique, une dysfonction des glandes de Meibomius et une instabilité du film lacrymal, pouvant entraîner une atteinte de la surface oculaire.

Évaluation

L'évaluation optométrique vise à apprécier la sévérité de l'atteinte oculaire et son impact fonctionnel. Elle comprend les éléments suivants :

- L'histoire de cas dermatologique et oculaire;
- L'examen à la lampe à fente (paupières, glandes de Meibomius, surface oculaire);
- La recherche de signes inflammatoires chroniques.

Prise en charge

La prise en charge repose sur une approche progressive et individualisée pouvant inclure :

- L'hygiène palpébrale régulière;
- L'application de chaleur;
- Le traitement de la sécheresse oculaire;
- L'utilisation de médication topique et/ou orale selon la sévérité du tableau clinique;

- Des traitements complémentaires, incluant notamment la lumière pulsée intense (IPL), peuvent être envisagés.

Suivi et collaboration

Un suivi régulier permet d'ajuster la prise en charge et de prévenir les complications. Une collaboration interprofessionnelle (médecin de famille, dermatologue, ophtalmologiste...) peut être indiquée dans les cas modérés à sévères ou lorsque l'évolution clinique le justifie.

6.19 COLLABORATION AVEC OPHTALMOLOGISTES POUR ÉVALUATIONS ET SUIVIS EN CHIRURGIE DE LA CATARACTE (ET AUTRES)

Bien qu'elle porte principalement sur les chirurgies de la cataracte, cette section peut également s'appliquer à d'autres chirurgies oculaires impliquant une collaboration entre optométristes et ophtalmologistes, en tenant compte des adaptations requises et les modalités spécifiques à chaque procédure.

Description

La cataracte est une dégénérescence oculaire progressive reliée au vieillissement du cristallin. La présence de cataracte nuit à la vision et, sans intervention, la personne atteinte voit sa fonction visuelle se dégrader avec le temps, jusqu'à la cécité lorsque la cataracte est pleinement évoluée. La présente section vise à soutenir les interventions de l'optométriste, agissant en collaboration avec l'ophtalmologiste, dans les soins préopératoires et postopératoires, de façon à optimiser le travail des deux professionnels tout en tenant compte des exigences en matière de soins de qualité à prodiguer au patient.

Procédures cliniques

Examen préopératoire

Au terme de son examen, l'optométriste devrait être en mesure de déterminer la présence d'une cataracte et d'en noter la sévérité selon une gradation reconnue. Il aura été également en mesure d'éliminer les autres causes potentielles de l'atteinte visuelle du patient (ex. : dégénérescence maculaire) ou les conditions qui pourraient influencer le pronostic de la chirurgie (dystrophie endothéliale de Fuch, pseudo-exfoliation, rétinopathie).

À cette fin, les tests suivants sont requis :

- Histoire de cas détaillée, notamment en ce qui concerne les plaintes visuelles;
- Mesure de l'acuité visuelle;
- Évaluation des réflexes pupillaires et, si requis, de la vision binoculaire;
- Examen réfractif;
- Examen de la santé oculaire à la lampe à fente;
- Examen détaillé du fond d'œil sous dilatation pupillaire;
- Prise de pression intraoculaire;
- Mesure de l'épaisseur cornéenne si jugée pertinente;
- Mesure des champs visuels de dépistage.

Communication

En sus de ces tests de base, selon la disponibilité des instruments, les procédures suivantes pourraient compléter l'information recueillie:

- Topographie cornéenne;
- Test de sensibilité aux contrastes;
- Test à la grille d'Amsler, en cas de suspicion d'atteinte maculaire;
- Tomographie par cohérence optique, si suspicion de glaucome ou d'atteinte rétinienne;
- Décompte des cellules endothéliales.

Recommandations aux patients

Au terme de son examen, l'optométriste devra informer le patient de la présence d'une cataracte ainsi que de l'évolution attendue de cette dernière. L'orientation éventuelle du patient vers un ophtalmologiste repose donc sur un bilan préopératoire positif et le patient doit en être informé également.

Lorsque l'optométriste oriente le patient vers l'ophtalmologiste, il doit lui indiquer sa disponibilité pour effectuer les suivis et lui indiquer les données pertinentes à l'évaluation du cas. Sans en limiter la portée, il doit notamment transmettre l'information suivante :

- Données réfractives et meilleure acuité visuelle obtenue avec correction en place;
- Observations cliniques effectuées (santé oculaire);
- Historique oculaire pertinent;
- Mode et type de correction portée;
- Si disponibles, données antérieures de kératométrie et de réfraction antérieure à une chirurgie réfractive;
- Copie des tests d'imagerie, lorsque pertinent;
- Toute autre information jugée pertinente.

Les soins postopératoires

De plus en plus, l'optométriste est appelé à participer aux soins postopératoires afin d'assurer le suivi du patient.

Il est essentiel qu'un optométriste qui accepte de fournir des soins postopératoires soit au fait des complications potentielles les plus courantes de la chirurgie, de la médication impliquée en préopératoire et en postopératoire, et des mesures pour remédier aux problèmes potentiels, et s'assure de pouvoir rediriger rapidement le patient vers le chirurgien si le cas le nécessite.

Calendrier des visites de suivi

Il existe plusieurs scénarios possibles à la première visite de suivi d'un patient ayant subi une chirurgie de la cataracte:

- Visite 24 à 48 heures après la chirurgie;
- Visite dans les deux premières semaines;
- Suivi délégué à d'autres professionnels;
- Suivi téléphonique.

Il n'existe pas de données scientifiques probantes et consensuelles permettant d'identifier le meilleur de ces scénarios, mais la tendance observée est de faire revoir le patient entre 24 et 48 heures après la chirurgie. Il semble par contre évident qu'il revient au chirurgien de bien informer le patient quant aux suites normales de l'opération (signes et symptômes), le calendrier optimal de suivi dans son cas, et des actions à entreprendre en cas d'événements inattendus pouvant se produire.

Le patient opéré devrait être vu au moins une fois par son chirurgien ophtalmologiste à l'intérieur des deux semaines postopératoires. Toutefois, ce dernier peut aussi en confier la conduite à un optométriste qui a été formé à cette fin, à condition que l'ophtalmologiste soit joignable facilement et qu'il soit disponible dans un court délai si une intervention de sa part est nécessaire. L'optométriste devrait documenter au dossier les raisons qui ont justifié cette exception. Ce type de scénario survient davantage lorsque l'ophtalmologiste et l'optométriste travaillent dans le même cabinet.

Des suivis subséquents sont ensuite effectués selon un calendrier convenu, en fonction de l'évolution clinique et de la situation de chaque patient. Ces visites peuvent être réalisées soit chez l'optométriste, soit chez l'ophtalmologiste, selon l'entente entre les professionnels.

Examens requis lors du bilan postopératoire

Les tests suivants sont minimalement requis lors du bilan postopératoire d'un patient ayant subi une chirurgie de la cataracte:

- Observation;
- Signes et symptômes du patient;
- Autoévaluation qualitative de l'acuité visuelle;
- Observance de la médication;
- Prise d'acuité visuelle sans correction (trou sténopéïque au besoin);
- À une semaine, au besoin : réfraction objective (auto-réfractomètre) avec mesure subjective de l'acuité visuelle;
- À 4 à 6 semaines : réfraction objective ou subjective selon le cas avec meilleure acuité visuelle. Normalement, la meilleure acuité visuelle postopératoire doit être meilleure ou égale à la meilleure acuité visuelle préopératoire;
- Examen détaillé du segment antérieur et du vitré antérieur à la lampe à fente;
- Prise de pression intraoculaire;
- Tout autre test requis en fonction des symptômes du patient;
- Recommandations et suivi.

Échange d'information

L'optométriste devrait obtenir de l'ophtalmologiste référant un rapport contenant l'information requise pour faire un suivi approprié. À défaut d'obtenir les informations requises et suivant l'évaluation qu'il fait de la situation du patient, l'optométriste décide s'il accepte ou non la prise en charge du patient.

En cas de refus, le patient doit être redirigé vers l'ophtalmologiste ayant procédé à la chirurgie.

L'optométriste doit aussi transmettre un rapport de ses observations à l'ophtalmologiste une fois la visite de suivi effectuée, à la demande de ce dernier ou si la condition du patient n'évolue pas de façon attendue.

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 la 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 devrait :

- 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.