

GUIDE DE COLLABORATION ENTRE OPTOMÉTRISTES ET MÉDECINS

Évaluation, traitement et suivi
de certaines pathologies oculaires

Évaluation, traitement et suivi de certaines pathologies oculaires

GUIDE DE COLLABORATION ENTRE OPTOMÉTRISTES ET MÉDECINS

Version du 26 mars 2018

Table des matières

Introduction et contexte	6
A – Principes encadrant la réalisation des activités de l’optométriste liées à la santé oculaire, en partenariat avec les médecins	8
B – Activités cliniques décrites dans le présent guide	12
1. Extraction de corps étrangers de la surface de l’œil et soins complémentaires requis	13
1.1. Description	13
1.2. Conditions et modalités	13
1.2.1 Anamnèse	13
1.2.2 Procédures cliniques effectuées par l’optométriste	14
1.3 Communication/Orientation en ophtalmologie	15
2. Occlusion des canaux lacrymaux	16
2.1 Description	16
2.2 Conditions et modalités	16
2.2.1 Procédure clinique effectuée par l’optométriste	16
2.2.2 Nature des produits utilisés	16
2.3 Communication/Orientation en ophtalmologie	16
3. Traitement de la kératite infiltrative	17
3.1 Description	17
3.2 Procédures cliniques effectuées par l’optométriste	17
3.3 Communication/Orientation en ophtalmologie	18
3.3.1 Algorithme 1	18
4. Traitement de l’uvéite antérieure	20
4.1 Description	20
4.2 Conditions et modalités	20
4.2.1 Procédures cliniques effectuées par l’optométriste	20
4.3 Communication/Orientation en ophtalmologie	21
4.3.1 Algorithme 2	22
5. Atteintes herpétiques	23
5.1 Description de l’herpès simplex	23
5.2 Procédures cliniques effectuées par l’optométriste	24
5.3 Consultation/Orientation en ophtalmologie	24

6. Le zona ophtalmique (herpès zoster)	25
6.1 Description	25
6.2 Procédures cliniques effectuées par l'optométriste	25
6.3 Traitement/Consultation et orientation en médecine	25
7. Glaucome	26
7.1 Contextes de la collaboration interdisciplinaire	26
7.2 Description et définitions	26
7.3 Procédures cliniques	27
7.3.1 Évaluation du type de glaucome	28
7.4 Conditions de partenariat aux fins d'assurer une cogestion	29
7.5 Communication/Orientation en ophtalmologie	29
7.5.1 Communication avec le médecin de famille	29
7.5.2 Autres cas de glaucome	30
7.5.3 Modalités de la cogestion	30
7.5.4 Algorithme 3	31
8. Collaboration en soins de la cataracte	32
8.1 Description	32
8.2 Procédures cliniques	32
8.3 Communication	33
8.3.1 Algorithme 4	36
9. Collaboration en dépistage de la rétinopathie diabétique	37
9.1 Description	37
9.2 Considérer les recommandations de l'Association médicale canadienne	38
9.3 Considérer la situation actuelle	38
9.4 Procédures cliniques	39
9.5 Procédures à effectuer lors du suivi	40
9.6 Critères d'orientation applicables	41
9.7 Communication entre professionnels	42
9.7.1 Algorithme 5	43
C – Suivi de l'implantation des activités (comité de vigie)	44
Annexes	45

Introduction et contexte

Dans la foulée du lancement des travaux relatifs à la modernisation du secteur oculovisuel, un comité d'experts a été constitué par l'Office des professions en juin 2011, lequel était présidé par M^{me} Monique Laurin et réunissait des professionnels de ce domaine (optométristes, opticiens d'ordonnances et ophtalmologistes), de même que des représentants du public. Ce comité a siégé à quatorze reprises, entendant les demandes de modernisation des principaux organismes professionnels du secteur. En novembre 2012, ce comité publiait son rapport¹, qui contenait plusieurs recommandations concernant notamment la modernisation du cadre réglementaire relatif à la profession d'optométriste en matière d'évaluation, de traitement et de suivi de diverses atteintes oculaires.

Certaines des recommandations en question avaient pour objet d'inviter le Collège des médecins et l'Ordre des optométristes à entreprendre des travaux conjoints, de façon à actualiser et préciser certaines des conditions et modalités d'intervention des optométristes en matière d'utilisation des médicaments et du traitement d'atteintes oculaires, en collaboration avec les médecins².

C'est dans cette perspective que le présent guide a été produit, à la suite des discussions qui sont intervenues entre le Collège des médecins et l'Ordre des optométristes. De même, la constitution éventuelle d'un comité de vigie relatif à la mise en œuvre de ces recommandations correspond à une autre recommandation du comité d'experts touchant la création d'un forum permanent de discussion interordres.

Le présent guide vise ainsi à préciser, dans une perspective clinique et de collaboration interprofessionnelle, certaines des conditions et modalités de mise en œuvre des activités de l'optométriste en matière d'évaluation, de traitement et de suivi de diverses atteintes oculaires. Il tient compte de l'expérience vécue sur le terrain depuis l'entrée en vigueur, en 2003, de la réglementation³ autorisant les optométristes à prescrire et à administrer des médicaments ainsi qu'à dispenser des soins oculaires, suivant le champ d'exercice de l'optométrie⁴. Il vise de façon particulière certaines situations qui découlent de l'actualisation de cette réglementation⁵ ainsi que des contextes de collaboration interprofessionnelle avec lesquels les optométristes et les médecins sont déjà appelés à composer.

1 Comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'oculovisuel, Rapport, novembre 2012, ci-après : « Rapport du Comité d'experts ».

2 *Id.*, pp. 40 et 47-49.

3 Voir notamment le *Règlement sur les médicaments qu'un optométriste peut administrer et prescrire pour des fins thérapeutiques et sur les soins oculaires qu'il peut dispenser*, RLRQ, c. O-7, r. 11.

4 *Loi sur l'optométrie*, RLRQ, c. O-7, art. 16 à 19.1.1.

5 Voir notamment :

Règlement sur les normes de délivrance et de détention des permis habilitant un optométriste à administrer et à prescrire des médicaments et à dispenser des soins oculaires (lien url : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=68977.pdf>)

Règlement sur les médicaments qu'un optométriste peut administrer et prescrire et sur les soins oculaires qu'il peut dispenser (lien url : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=68976.pdf>)

Ce guide s'inscrit également dans le contexte où plusieurs intervenants dans le milieu de la santé participent à la gestion des soins oculaires au Québec :

- assistants en ophtalmologie
- technologistes en ophtalmologie
- photographes médicaux-orthoptistes
- infirmières auxiliaires
- infirmières
- infirmières cliniciennes
- pharmaciens
- ocularistes
- opticiens d'ordonnances
- optométristes
- médecins de famille
- médecins ophtalmologistes
- médecins ophtalmologistes surspécialisés

Tous ont un rôle important dans l'organisation des soins oculaires, basé sur leur formation et la loi qui réglemente leur pratique. La dynamique de leur relation repose sur un travail d'équipe afin de favoriser l'efficacité des soins et de permettre au médecin ophtalmologiste d'être disponible pour les patients ayant des maladies oculaires urgentes ou graves.

De façon plus particulière, l'optométriste est doté d'une excellente formation et de connaissances de l'anatomie de l'œil normal et de ses annexes qui lui permettent d'exercer un rôle primordial dans la prévention, dans le dépistage et dans le traitement de certains problèmes oculaires. Il est également souhaitable qu'il puisse amorcer le traitement dans certaines maladies oculaires, puis d'en assurer le suivi en cogestion ou en collaboration avec le médecin ou le médecin ophtalmologiste.

L'objectif final est de permettre au patient d'avoir les meilleurs soins oculaires possibles, dans les délais optimaux. Donc efficacité et qualité et, si possible, à coût raisonnable.

NOTES CONCERNANT L'UTILISATION DU MOT « MÉDECIN » :

Dans le texte qui suit, lorsque le mot médecin est utilisé sans autre spécification, il réfère autant au médecin de famille, au médecin ophtalmologiste ou, lorsque les circonstances le requièrent, au médecin de toute autre classe de spécialité.

Toute référence spécifique au médecin de famille ou au médecin ophtalmologiste est explicite dans le texte.

A – Principes encadrant la réalisation des activités de l'optométriste liées à la santé oculaire, en partenariat avec les médecins

Dans la réalisation de ses activités professionnelles en matière d'évaluation, de traitement et de suivi de diverses atteintes oculaires, l'optométriste adhère aux principes suivants :

- **Il fait primer l'intérêt du patient**

L'optométriste et le médecin ophtalmologiste exercent leurs activités en collaboration avec les autres professionnels de la santé, d'abord et avant tout, au bénéfice du patient. Les soins offerts doivent être de qualité, toujours efficace et sécuritaire, tout en favorisant l'accès dans la continuité des soins.

De plus, l'optométriste, comme le médecin, doit respecter, autant que possible, le droit du patient de consulter le professionnel de son choix, à l'endroit de son choix.

- **Il favorise la continuité des soins, par le bon professionnel, au bon endroit et au bon moment**

Dans bien des situations, l'optométriste est le bon professionnel, accessible au bon endroit et au bon moment pour le patient aux prises avec un problème oculaire. Ainsi, suivant l'autorisation réglementaire intervenue en 2003, le nombre de patients vus en urgence oculaire par les optométristes est passé de 106 992 par an en 2006 à 140 799 par an en 2013⁶.

Les éléments contenus dans le présent guide visent à jeter les bases d'une franche et efficace collaboration entre les optométristes et les médecins. Le recours à des normes de références et de prise en charge du patient, reconnues par tous, favorise également la continuité des soins au bénéfice du patient ainsi que l'usage optimal des ressources du système de santé.

Il est bon de noter que, bien que les conditions et modalités décrites dans ce guide ne concernent pas l'ensemble des activités professionnelles de l'optométriste, notamment en matière d'évaluation de la fonction visuelle, en orthoptique et en lentilles ophtalmiques, il est par ailleurs compris que celles-ci sont indissociables du rôle joué par ce dernier en matière d'évaluation, de traitement et de suivi de divers problèmes de santé oculaire.

- **Il favorise les pratiques collaboratives et l'échange d'information entre les professionnels de la santé**

La majorité des activités décrites dans ce guide comporte une part importante de communication entre l'optométriste et le médecin ophtalmologiste partenaire. En conséquence, il devient impératif pour ces deux professionnels d'avoir un entendement mutuel sur les façons les plus efficaces d'échanger entre eux.

6 Statistiques de la RAMQ extraites le 4 mai 2015.

LA COGESTION EN GLAUCOME

Bien que prévu aux règlements adoptés en 2003, le principe de cogestion des cas de glaucome, entre l'optométriste et le médecin ophtalmologiste, trouve difficilement son application sur le terrain. Il en découle une perte d'opportunité de soins pour les patients ainsi que des délais plus importants que souhaité dans le traitement de ces cas.

Ainsi, le présent guide tente de baliser plus spécifiquement le rôle de chacun des professionnels, afin de favoriser l'émergence d'un réel modèle de cogestion, et ce, partout au Québec. Le tout repose sur les concepts énoncés précédemment concernant l'interdisciplinarité.

À terme, il est souhaitable que l'optométriste et le médecin ophtalmologiste conviennent de travailler en étroite collaboration en vue d'atteindre des objectifs communs liés à la prise en charge de patients glaucomeux. Il s'agit ici d'une responsabilité partagée.

Cette collaboration entre les professionnels aurait avantage à faire l'objet d'une entente suffisamment précise pour que chacun des partenaires en comprenne toutes les conditions et modalités applicables, notamment dans les soins entourant le patient atteint de glaucome.

Ce guide vise à établir un lien de collaboration étroite respectant le principe du bon professionnel au bon endroit afin de prodiguer les soins oculaires requis par un patient, en continuité, et en conformité avec les normes énoncées dans le présent guide.

Le Collège des médecins et l'Ordre des optométristes encouragent fortement leurs membres respectifs à respecter les modalités de cogestion ci-après décrites afin de baliser les corridors de services, au bénéfice des patients.

LA COMMUNICATION

Considérant la nature des activités et les professionnels impliqués, des communications soutenues entre l'optométriste et le médecin devront s'établir, dans le but de s'assurer que l'intérêt du patient est bien servi.

À cette fin, en annexe de ce document, des formulaires types d'échange d'information entre professionnels sont suggérés. Cela permettra que la communication entre l'optométriste et le médecin soit adaptée à la situation du patient. Ces communications peuvent être faites par voie électronique ou par télécopieur. Toutefois, dans les cas qui nécessitent une orientation rapide du patient ou pour lesquels une prise en charge doit être confirmée, il est essentiel que la communication se fasse de façon verbale. À ce titre, chacun des intervenants devra s'assurer de se rendre disponible en informant le personnel afin que les appels entre professionnels soient facilités, que ce soit en milieu hospitalier afin que l'optométriste joigne l'ophtalmologiste de garde, ou au cabinet de l'ophtalmologiste, durant les heures d'ouverture.

Finalement, certaines situations peuvent entraîner l'orientation du patient vers une ressource médicale ou une ressource professionnelle autre (ex. : équipe multidisciplinaire en basse vision, orthopédagogie pour un enfant en difficulté scolaire, etc.). La collaboration de l'optométriste et du médecin avec ces autres professionnels et intervenants est bien sûr également importante.

- **Il est formé pour évaluer la santé oculaire et traiter certaines atteintes oculaires**

L'optométriste est formé pour procéder à l'évaluation de la santé oculaire. À cet effet, il peut reconnaître les signes et les symptômes communiqués par le patient et en traiter un certain nombre, suivant les conditions et modalités définies par règlement. Son action s'inscrit dans le respect des normes scientifiques généralement reconnues, en suivant notamment celles proposées dans le présent guide.

Dans les circonstances actuelles d'une meilleure formation des optométristes et de la présence courante d'équipements technologiques de pointe dans les cliniques optométriques, il apparaît souhaitable d'optimiser la contribution des optométristes dans la prévention, le dépistage, le suivi et le traitement de plusieurs atteintes oculaires, dont celles visées par le présent guide et les suivantes :

- dépistage, traitement initial et cogestion de certaines pathologies oculaires (glaucome, uvéites, herpès), selon les modalités précisées ci-après ;
- dépistage et cogestion de la dégénérescence maculaire, soins en basse vision ;
- cogestion en soins de la cataracte ;
- dépistage et cogestion des maladies oculaires chroniques comme le kératocône ; traitement par lentilles cornéennes lorsque requis ;
- dépistage des problèmes de toxicité oculaire de certains médicaments (ex. : plaquenil) ;
- évaluation et traitement de la sécheresse oculaire ;
- prévention des problèmes liés au port de lentilles cornéennes, incluant l'orthokératologie.

De plus, l'optométriste doit s'assurer de maintenir ses connaissances à jour, suivant notamment les exigences qui lui sont applicables en matière de formation continue.

- **Il engage pleinement sa responsabilité professionnelle**

L'optométriste est entièrement responsable de son exercice professionnel, suivant ce que prévoit le *Code de déontologie des optométristes*⁷. Il doit ainsi engager sa responsabilité civile personnelle pour les actes qu'il a posés, quelles que soient les conditions dans lesquelles il dispense ses services.

Toujours suivant ces obligations, l'optométriste doit exercer sa profession suivant les principes généralement reconnus dans sa profession, en plus de faire preuve de prudence et de diligence.

Lorsque requis, dans un contexte de collaboration interprofessionnelle ou lors de l'orientation d'un patient, l'optométriste informe le médecin de ses interventions et observations. Pour ce faire, des formulaires de communication ont été développés pour optimiser la transmission d'informations entre les professionnels. Dans les cas où l'optométriste souhaite une attention ou une intervention médicale plus rapide compte tenu du problème identifié, il tente d'abord de communiquer verbalement avec l'ophtalmologiste. Si ce dernier n'est pas disponible, l'optométriste doit alors tenter de joindre l'ophtalmologiste de garde à l'urgence hospitalière.

L'ophtalmologiste doit prévoir à son lieu d'exercice un mécanisme de réception des appels permettant aux optométristes qui orientent un patient de leur parler. Il met également en place un mécanisme de suivi des formulaires de communication en provenance des optométristes afin de donner suite de façon appropriée et en temps opportun à ces communications. Ce mécanisme devrait s'inspirer des normes prévues au Cadre de gestion pour le suivi sécuritaire des résultats d'investigation ou de dépistage⁸.

De même, dans le cadre d'un suivi en collaboration, notamment pour le glaucome ou en suivi de chirurgie de la cataracte, ou dans le cadre d'une évaluation d'atteinte oculaire en présence de maladie systémique (ex. : diabète), le médecin doit communiquer les informations pertinentes à l'optométriste afin que ce dernier puisse assurer un suivi adéquat du patient.

7 *Code de déontologie des optométristes*, RLRQ, c. O-7, r. 5.

8 Cadre de gestion pour le suivi sécuritaire des résultats d'investigation ou de dépistage, document conjoint AQESSS-ACMDP-CMQ, septembre 2012. Accessible dans le site Web du Collège au www.cmq.org, section Publications.

B – Activités cliniques décrites dans le présent guide

Les activités professionnelles de l'optométriste discutées dans ce guide sont liées aux traitements et aux soins suivants :

- Dispensation de soins oculaires :
 - Extraction de corps étrangers de la surface de l'œil et les soins complémentaires requis
 - Occlusion des points lacrymaux
- Traitement de la kératite infiltrative
- Traitement de l'uvéite antérieure
- Traitement des atteintes herpétiques
 - Herpès simplex
 - Zona ophtalmique
- Traitement du glaucome primaire à angle ouvert
- Collaboration relative à la chirurgie de la cataracte
- Collaboration en dépistage des atteintes oculaires reliées au diabète

Pour chacune de ces activités, une description sera offerte, et les conditions et modalités entourant chacune d'elles seront discutées.

Les éléments de communication entre professionnels seront abordés par la suite, de même que les formulaires types à utiliser, soit pour communiquer, soit pour une attention rapide (voir annexes).

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

1.1. DESCRIPTION

De tous les traumatismes mineurs affectant le segment antérieur, la présence d'un corps étranger dans l'œil ou de sidérose (rouille causée par un dépôt métallique en surface de l'œil) représente 70 % de tous les cas, donc plus de 5 000 événements par année⁹. Tous ces cas d'atteintes du segment antérieur de l'œil constituent des cas cliniques couramment rencontrés par les optométristes du Québec.

Les urgences majeures que sont les blessures oculaires reliées à l'exposition aux produits chimiques, de même que les traumatismes violents ou à plaie ouverte, nécessitent une prise en charge en milieu hospitalier et ophtalmologique. Ce type de blessure ne représente que 3 % de tous les cas d'atteintes oculaires.

1.2. CONDITIONS ET MODALITÉS :

1.2.1 Anamnèse

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

- a) 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 et une radiographie est souvent nécessaire. Une consultation en médecine est alors demandée au besoin ;
- b) déterminé le risque que le patient ait une perforation du globe oculaire auquel cas il doit être immédiatement adressé en ophtalmologie, sans autre intervention ;
- c) éliminé la présence d'infection ou d'autres pathologies oculaires ;
- d) appliqué les normes en matière de désinfection et de stérilisation de l'instrumentation.

9 Données de la CSST, 2011.

1.2.2 Procédures cliniques effectuées par l'optométriste

- a) Mesurer l'acuité visuelle avant de procéder à l'enlèvement du corps étranger ;

Note : Instiller une goutte d'anesthésique topique si le patient est trop souffrant.
- b) Inspecter la surface oculaire à la lampe à fente ;
- c) Éverser la paupière supérieure et examiner le cul-de-sac inférieur pour identifier tout corps étranger ;
- d) Prendre la pression oculaire ;
- e) Procéder à l'extraction du corps étranger de surface à l'aide de l'instrumentation appropriée ;
- f) Procéder aux soins oculaires complémentaires :

- i. Débridement des cellules épithéliales dévitalisées si nécessaire (en cas d'érosion cornéenne).

À cette fin, l'optométriste utilisera préférentiellement une éponge ophtalmique faite de méthylcellulose ou d'acrylate polyvinylique. Il doit éviter l'usage d'aiguilles, de lames ou d'autres instruments invasifs (outil de polissage diamanté (diamond burr) ou spatule de Kimura) ou de pinces.

- ii. 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 ce qui lui aura été enseigné.

Toutefois, l'optométriste ne peut procéder au nettoyage de la sidérose si elle se situe dans la zone centrale de la cornée (5 mm). Le patient doit alors être dirigé en ophtalmologie. Il ne peut également procéder si la sidérose est profonde et pénètre le stroma antérieur.

- g)** Instiller un antibiotique topique à large spectre;
- h)** Prescrire cet agent pour usage prophylactique jusqu'à réépithélisation complète de la cornée;
- i)** Éviter l'usage de pansement oculaire avec compression (*patch*);
- j)** Traiter la douleur avec des agents pharmaceutiques topiques si requis, mais à l'exception d'analgésiques topiques tels que l'alcaïne ou autres produits de la même classe de médicament, ainsi que toute médication orale (anti-inflammatoires non stéroïdiens), en vente libre, jugée nécessaire;
- k)** Faire le suivi du patient après 24 heures puis, périodiquement, jusqu'à guérison de la lésion;
- l)** Dans les jours suivants, bien que rarement nécessaire, traiter la réaction inflammatoire post-traumatique de la chambre antérieure avec les moyens appropriés.

1.3 COMMUNICATION/ORIENTATION EN OPHTALMOLOGIE

L'optométriste doit communiquer avec l'ophtalmologiste et lui adresser le patient dans les cas suivants :

- a)** Corps étranger profond qui pénètre le stroma cornéen ou intraoculaire;
- b)** Présence de signes d'hémorragies ou de saignement conjonctival laissant suspecter la possibilité d'une particule à haute vitesse en intraoculaire;
- c)** Présence de lacération conjonctivale ou palpébrale;
- d)** Présence de sidérose dans l'aire centrale de la cornée (2,5 mm de chaque côté de l'axe visuel – 5 mm total) et profonde telle que définie ci-haut;
- e)** Atteinte qui n'évolue pas normalement dans les jours suivant la procédure.

2. Occlusion des canaux lacrymaux

2.1 DESCRIPTION

L'occlusion des canaux lacrymaux à l'aide de clous méatiques est une technique chirurgicale mineure qui s'inscrit dans le traitement du syndrome de l'œil sec.

L'usage de clous méatiques est associé à peu d'effets secondaires sérieux et est, en général, bien toléré par les patients. Ils sont indiqués lorsque la sécheresse devient modérée.

2.2 CONDITIONS ET MODALITÉS

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

- a) procédé à un bilan de la sécheresse oculaire selon le guide de pratique canadien des optométristes¹⁰ ou un autre standard reconnu (DEWSII, etc.);
- b) appliqué des traitements de l'atteinte selon un algorithme reconnu et mesuré la limite et les effets de cette thérapie;
- c) mis sous contrôle l'inflammation oculaire pouvant être associée à la sécheresse oculaire, avec les moyens appropriés;
- d) éliminé la présence d'infection ou d'autres pathologies des paupières avant la pose des clous méatiques.

2.2.1 Procédure clinique effectuée par l'optométriste

La procédure doit être effectuée selon un protocole reconnu et suivant une formation clinique de l'optométriste par une personne qualifiée.

2.2.2 Nature des produits utilisés

L'optométriste ne peut utiliser que les produits suivants :

- a) Clous méatiques en collagène – temporaires (bien que rarement utilisés);
- b) Clous méatiques en silicone dont l'extrémité demeure visible à la surface de la paupière (type « parasol »).

2.3 COMMUNICATION/ORIENTATION EN OPHTALMOLOGIE

L'optométriste doit orienter le patient à l'ophtalmologiste :

- a) si le patient nécessite l'occlusion des puncta supérieurs une fois les puncta inférieurs traités;
- b) afin d'évaluer l'opportunité de procéder à une cautérisation des puncta, soit chez un patient qui aurait vu une amélioration notable de son état et chez qui les clous permanents ont été utilisés depuis au moins six mois avec succès.

10 Prokopitch L. Bitton E. Caffery B et al. *Screening, diagnosis and management of dry eye disease: practical guidelines for Canadian optometrists*. Can J. Optom. 2014.

3. Traitement de la kératite infiltrative

3.1 DESCRIPTION

La kératite bactérienne survient lorsqu'une bactérie réussit à vaincre les mécanismes naturels de défense et envahir le tissu cornéen. On compte environ 30 000 cas annuellement aux États-Unis. Cette pathologie est fréquemment associée au port de verre de contact. L'optométriste doit être vigilant à informer adéquatement les porteurs de lentilles cornéennes concernant les facteurs de risque de développer une kératite bactérienne. Une attention particulière doit être portée aux patients faisant l'objet d'un traitement en orthokératologie ou qui se trouvent dans une autre situation impliquant le port prolongé des lentilles. Un suivi plus rigoureux est requis dans ces cas.

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 à la fois 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.

3.2 PROCÉDURES CLINIQUES EFFECTUÉES PAR L'OPTOMÉTRISTE

L'optométriste qui traite une kératite bactérienne doit effectuer les étapes suivantes :

- a) Anamnèse détaillée ;
- b) Prise d'acuité visuelle ;
- c) Mesure de la réaction pupillaire ;
- d) Examen externe
 - i. Apparence générale du patient – incluant les atteintes dermatologiques
 - ii. Position du globe et des paupières
 - iii. Conjonctives
 - iv. Appareil nasolacrymal
- e) Examen détaillé à la lampe à fente ;
- f) Prise de pression intraoculaire (Goldmann si possible ou, sinon, à jet d'air).

Il est à noter que, lorsqu'il entreprend un traitement, l'optométriste (ou un collègue de son cabinet 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 (voir algorithme 1).

3.3 COMMUNICATION/ORIENTATION EN OPHTALMOLOGIE

L'optométriste doit orienter le patient vers un ophtalmologiste dans les plus brefs délais, (moins de 72 heures) lorsque la kératite bactérienne présente l'une des conditions suivantes :

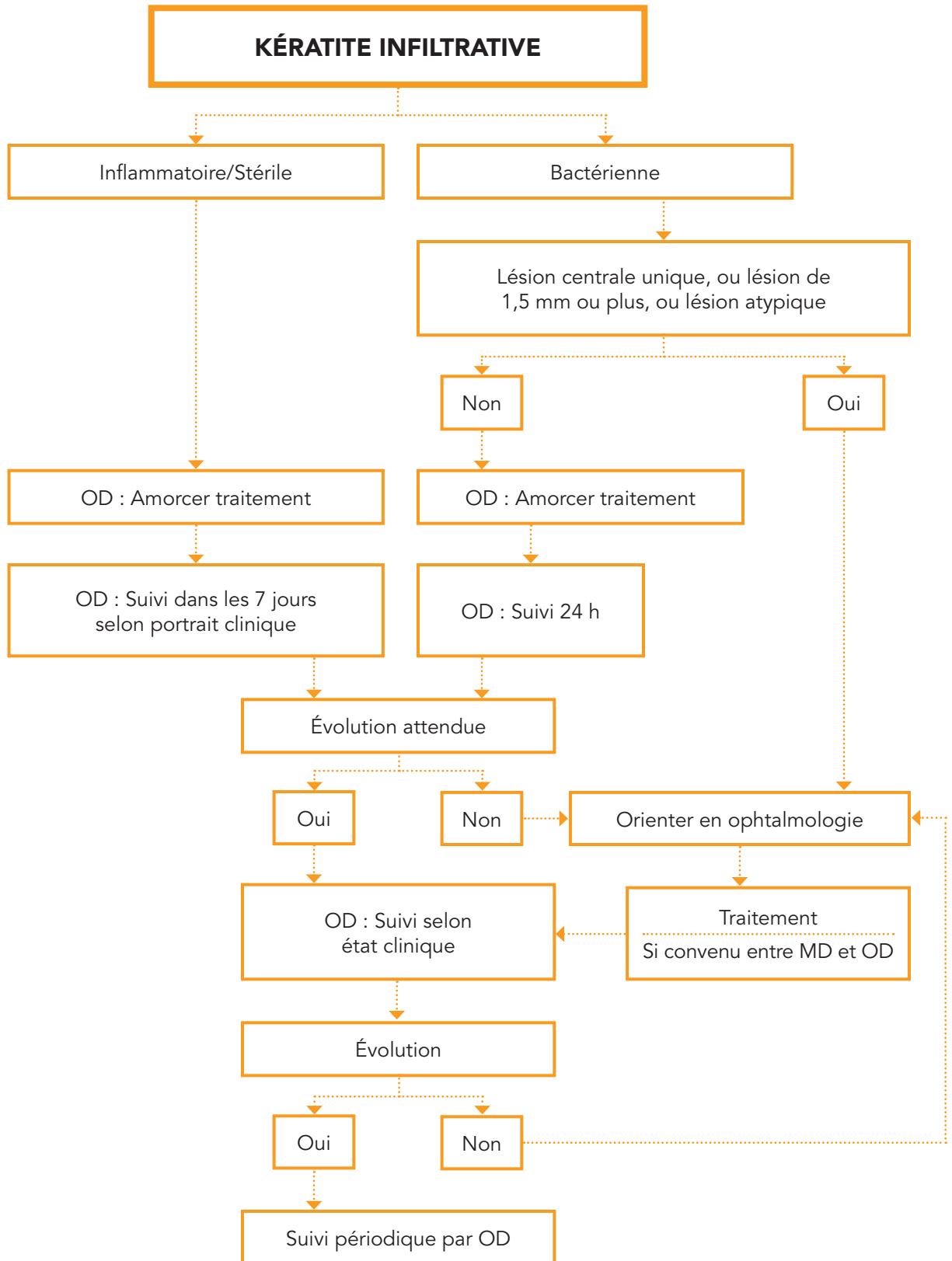
- a) Lésion située dans l'aire centrale de la cornée (5 mm), peu importe sa taille ou sa profondeur ;
- b) Lésion unique dont le diamètre atteint 1,5 mm ou plus, peu importe sa localisation dans la cornée ;
- c) Lésion d'apparence atypique (forme, apparence, texture, couleur ou autre élément inhabituels) ou symptômes atypiques (réaction inflammatoire anormale importante) ;
- d) Si le portrait clinique n'évolue pas tel qu'anticipé durant les 24 premières heures.

3.3.1 ALGORITHME 1

Les infiltrats inflammatoires, stériles, sont habituellement de petite taille (< 1 mm), d'apparence gris-blanc, se situant en zone périphérique de la cornée, à moins de 3 mm du limbe. Les patients peuvent présenter des symptômes légers à modérés de rougeur, de chémosis ou d'irritation oculaire tout en maintenant une acuité visuelle normale. La lésion peut être associée à un déficit épithélial léger. Il n'y a pas, en général, d'activité en chambre antérieure¹¹.

11 Mah, F. *Corneal infiltrates merit care*. <http://ophthalmologytimes.modernmedicine.com/ophthalmologytimes/news/modernmedicine/modern-medicine-news/corneal-infiltrates-merit-care?page=full>.

3.3.1 Algorithme 1



4. Traitement de l'uvéite antérieure

4.1 DESCRIPTION

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, une investigation médicale systémique de toute inflammation intraoculaire incluant une uvéite antérieure représente la meilleure pratique, lorsque les ressources le permettent.

4.2 CONDITIONS ET MODALITÉS

a) 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 reconnu¹², mettant l'accent sur la recherche de symptômes caractéristiques d'une uvéite.

4.2.1 Procédures cliniques effectuées par l'optométriste

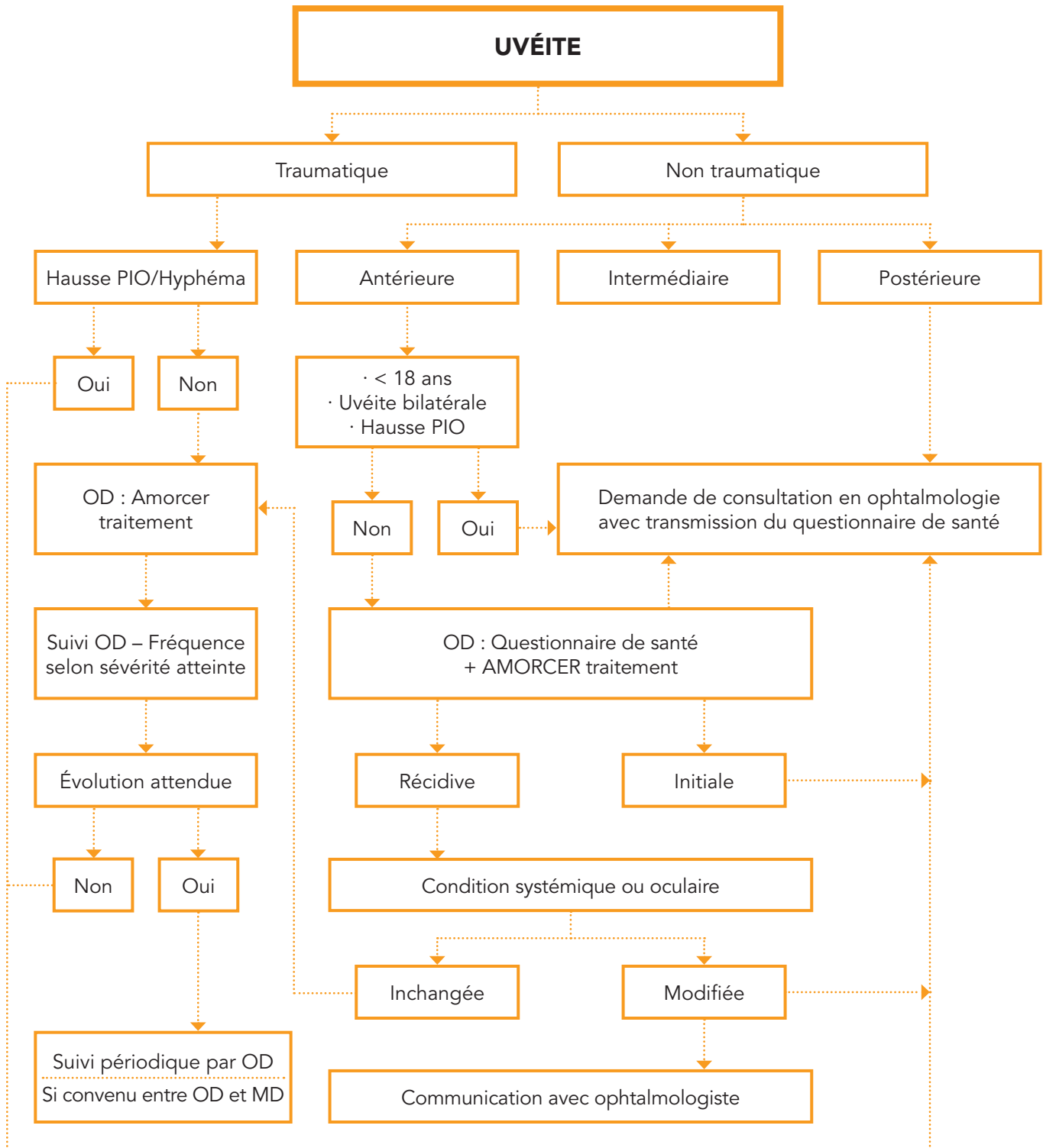
- Observation physique sommaire
- Acuité visuelle
- Examen externe de la région de l'œil et de l'orbite
- Examen des pupilles
- Observation détaillée à la lampe à fente
- Pression intraoculaire
- Examen détaillé du fond d'œil sous dilatation
 - Recherche d'inflammation intermédiaire ou postérieure de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

12 Exemple : <http://www.uveitis.org/uveitis-questionnaire>

4.3 COMMUNICATION/ORIENTATION EN OPHTALMOLOGIE

- a) 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 l'ophtalmologiste uniquement dans les cas qui n'évoluent pas de façon anticipée.
- b) L'optométriste peut amorcer le traitement du patient qui présente un premier épisode d'inflammation de la chambre antérieure. De plus, il doit demander une consultation en ophtalmologie afin qu'un diagnostic médical soit établi. Le patient devrait alors être vu par l'ophtalmologiste dans les meilleurs délais. Afin de faciliter cette consultation, l'optométriste verra à transmettre une copie 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.
- c) 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 doit communiquer avec l'ophtalmologiste afin de convenir des modalités de suivi de l'atteinte oculaire.
- d) L'optométriste ne peut amorcer le traitement du patient présentant une uvéite intermédiaire, une uvéite postérieure ou une panuvéite, et devra le diriger aussitôt que possible vers un médecin.

4.3.1 Algorithme 2



5. Atteintes herpétiques

5.1 DESCRIPTION DE L'HERPÈS SIMPLEX

On associe au virus herpétique la capacité de causer des infections oculaires notamment au niveau de la cornée. L'incidence de nouveaux cas de kératite herpétique est estimée entre 5 et 15 pour 100 000 de population. On estime également qu'il existe autant de cas de récurrence annuellement, ce qui fait que, aux États-Unis, entre 45 000 et 50 000 personnes présentent annuellement une kératite herpétique.

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 évaluée 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

5.2 PROCÉDURES CLINIQUES EFFECTUÉES PAR L'OPTOMÉTRISTE

- a) Observation détaillée
- b) Acuité visuelle
- c) Examen externe de l'œil et ses annexes
- d) Examen à la lampe à fente
- e) Mesure de la pression intraoculaire (PIO)
- f) Traitement de la kératite épithéliale (dendritique)

5.3 CONSULTATION/ORIENTATION EN OPHTALMOLOGIE

L'optométriste doit orienter le patient vers l'ophtalmologiste le plus rapidement possible dans les 72 heures, dans les cas suivants :

- a) 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;
- b) Kératite herpétique épithéliale survenant chez un patient de moins de 18 ans;
- c) Kératite herpétique épithéliale avec ulcération géographique, stromale, avec ou sans ulcération, de même que les cas de kératite endothéliale;
- d) Kératite herpétique de toute nature chez un patient immunosupprimé;
- e) Kératite épithéliale récidivante, si le traitement par médication orale n'est pas initié par l'optométriste.

Dans le cas où l'optométriste amorce un traitement par médication orale, il doit s'assurer de suivre le patient conjointement avec le médecin de famille de ce dernier.

6. Le zona ophtalmique (herpès zoster)

6.1 DESCRIPTION

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 V^e 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 démontrer 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 de 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 complications 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.

6.2 PROCÉDURES CLINIQUES EFFECTUÉES PAR L'OPTOMÉTRISTE

- a) Observation mettant l'accent sur les signes et symptômes suggérant la présence d'un prodrome significatif de l'atteinte zostérienne ;
- b) Examen externe du patient ;
- c) Examen détaillé à la lampe à fente ;
- d) Observation de la rétine et du nerf optique ;
- e) Prise de la pression intraoculaire.

6.3 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 puis de diriger le patient vers un médecin pour sa prise en charge, notamment pour le traitement de la douleur.

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. Il devra diriger en ophtalmologie tout patient présentant des complications oculaires reliées à son zona ophtalmique.

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

7. Glaucome

7.1 CONTEXTES DE LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE

L'optométriste est amené très souvent à recevoir en consultation des patients pour lesquels une atteinte de glaucome est suspectée ou identifiée. Considérant l'importance de favoriser l'accessibilité aux services appropriés dans toutes les régions du Québec, il est pertinent d'impliquer davantage les optométristes dans le traitement initial et le suivi des patients stables. Plus les suivis des cas stables et le renouvellement de la médication seront faits en première ligne optométrique, plus du temps sera libéré pour les ophtalmologistes afin qu'ils puissent évaluer de nouveaux patients.

À cette fin, les parties qui suivent décrivent les conditions et modalités d'une telle cogestion entre optométriste et ophtalmologiste.

7.2 DESCRIPTION ET DÉFINITIONS

Le glaucome se caractérise par une neuropathie optique, 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 :

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

Le présent guide s'intéressera d'abord au glaucome à angle ouvert, puis au glaucome à angle fermé.

Dans la catégorie des glaucomes chroniques à angle ouvert, on distingue les cas suivants, tels que définis par la Société canadienne d'ophtalmologie¹³ :

- Glaucome suspect
Patient qui présente une pression oculaire de 21 mmHg ou plus, 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.
- Glaucome débutant
Caractéristiques glaucomateuses précoces de la papille (par ex. C/D $< 0,65$) et/ou déficit mineur du champ visuel à l'extérieur de 10 degrés de fixation (par ex. Écart Moyen (ÉM) meilleur que -6 dB sur ACVH 24-2)
- Glaucome modéré
Caractéristiques glaucomateuses modérées de la papille (par ex. C/D vertical de 0,7-0,85) et/ou déficit modéré du champ visuel à l'extérieur de 10 degrés de fixation (par ex. ÉM entre -6 et -12 dB sur ACVH 24-2)
- Glaucome avancé
Caractéristiques glaucomateuses avancées de la papille (par ex C/D $> 0,9$) et/ou déficit du CV à l'intérieur de 10 degrés de fixation (par ex. ÉM moins bon que -12 dB sur ACVH 24-2)

7.3 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. Le diagnostic médical de la condition n'est pas toujours facile à faire. À preuve, les spécialistes en glaucome orientent plusieurs patients en neuro-ophtalmologie pour s'assurer qu'il s'agit bien d'un glaucome et éliminer d'autres possibilités.

13 Canadian Ophthalmological Society evidence-based clinical practice guidelines for the management of glaucoma in the adult eye. Can. J Ophthalmol 2009; 44, S7-S54

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, que ce soit par le médecin de famille ou par l'optométriste :

- a) Observation spécifique, ciblant notamment l'hérédité et les facteurs de risque de développer la maladie ;
- b) Prise d'acuité visuelle ;
- c) Mesure des réflexes pupillaires, avec attention sur la présence de déficit afférent ;
- d) Mesure du champ visuel avec un appareil automatisé ;
- e) Examen détaillé du segment antérieur à la lampe à fente ;
- f) Mesure de la pression intraoculaire, en notant l'heure de la prise de mesure :
 - i. Utiliser le tonomètre Goldmann, calibré ;
- g) Mesure de l'épaisseur cornéenne par ultrason ou par tomographie (OCT) :
 - i. 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.
Ex. : PIO de 22 mmHg à 12 h 30, ECC de 525 um (correct) ;
PIO de 24 mmHg à 12 h 30, compensée pour l'épaisseur (incorrect).

- h) Gonioscopie ;
- i) Examen du fond d'œil sous dilatation ;
- j) Photodocumentation de la papille.

7.3.1 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 :

- a) Glaucome suspect ;
- b) Glaucome débutant ;
- c) Glaucome modéré ;
- d) Glaucome avancé.

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

- 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.

7.4 CONDITIONS DE PARTENARIAT AUX FINS D'ASSURER UNE COGESTION

L'optométriste qui veut s'impliquer en traitement et en cogestion des patients de glaucome devra avoir accès aux équipements spécifiques requis dans le cadre de cette évaluation et être en mesure d'interpréter adéquatement les résultats des tests.

7.5 COMMUNICATION/ORIENTATION EN OPHTALMOLOGIE

Dans la gestion des cas de glaucome, l'action de l'optométriste doit viser l'accessibilité aux traitements requis, en favorisant par ailleurs l'établissement d'un diagnostic médical et la cogestion avec un médecin ophtalmologiste. Cette cogestion est généralement caractérisée par un plan de suivi et de traitement reconnu par l'optométriste et l'ophtalmologiste.

De façon spécifique, les interventions de l'optométriste doivent correspondre à ce qui suit :

- Glaucome suspecté ou débutant ou induit par l'effet d'usage chronique des stéroïdes

Avant d'amorcer ou de poursuivre un traitement pour l'une ou l'autre de ces atteintes oculaire, l'optométriste doit vérifier si le patient a déjà consulté en ophtalmologie à ce sujet.

Lorsqu'il s'avère que le patient ne fait pas l'objet d'un suivi en ophtalmologie pour une telle atteinte, l'optométriste peut amorcer le traitement, mais doit alors diriger le patient vers un ophtalmologiste pour faire établir le diagnostic et le bilan médical. Le patient devrait être vu par le médecin ophtalmologiste dans un délai de :

- trois mois s'il y a atteinte des champs visuels ou du nerf optique ;
- six mois si les champs visuels sont normaux et les nerfs optiques sont intacts.

Tant que le patient n'a pas obtenu une telle consultation de la part de l'ophtalmologiste et que son état reste stable, l'optométriste peut reconduire ou ajuster le traitement.

Si le patient fait l'objet d'un suivi en ophtalmologie pour cette atteinte, l'optométriste peut reconduire le traitement prescrit par l'ophtalmologiste si l'état du patient est stable. Si l'optométriste souhaite amorcer un traitement, il doit ensuite diriger le patient vers un ophtalmologiste dans les délais précités. S'il désire modifier le traitement établi, il doit obtenir l'accord de cet ophtalmologiste traitant avant de procéder.

Dans tous les cas, dès que l'état du patient devient instable, l'optométriste doit diriger le patient vers un ophtalmologiste.

7.5.1 Communication avec le médecin de famille

Lorsqu'il amorce un traitement de glaucome, l'optométriste doit informer par écrit (voir formulaire type en annexe) le médecin de famille du traitement prescrit, afin que ce dernier puisse s'assurer qu'il n'y a pas d'effets secondaires en relation avec un traitement de pathologie du patient ou avec les médicaments déjà prescrits.

7.5.2 Autres cas de glaucome

L'optométriste peut administrer ou prescrire un médicament avec l'autorisation verbale ou écrite d'un médecin ayant déjà évalué le patient ou qui accepte de recevoir ce dernier en consultation dans les délais requis. Il peut s'agir d'un cas où l'état du patient est instable ou d'une situation d'urgence pouvant notamment concerner un cas de glaucome modéré ou avancé. L'intervention de l'optométriste s'inscrit ici dans le cadre d'une prise en charge déjà établie ou à venir par un médecin. Dans un tel cas, un ophtalmologiste devrait être appelé à déterminer le plan de suivi et de traitement à moyen et à long terme.

7.5.3 Modalités de la cogestion

Pour les fins ci-avant mentionnées, il est important d'établir une bonne communication entre l'optométriste et l'ophtalmologiste. À cette fin, le présent guide propose des formulaires d'ententes types, spécifiques au glaucome, qui permettent un échange d'information essentiel au suivi du patient. Afin d'optimiser les ressources du système de santé et de minimiser les coûts pour le patient, il est convenu que, lors de leurs échanges, les deux professionnels partagent leurs données cliniques, en utilisant des liens sécurisés si les échanges se font de façon électronique. Lorsque l'optométriste doit obtenir l'accord d'un médecin préalablement à une intervention, il annote le dossier en conséquence et il y verse les documents faisant état de cet accord.

Le comité de vigie (voir section C) s'assurera de l'évolution normale et efficace de la cogestion en glaucome et, plus largement, de la collaboration entre les ophtalmologistes et les optométristes.

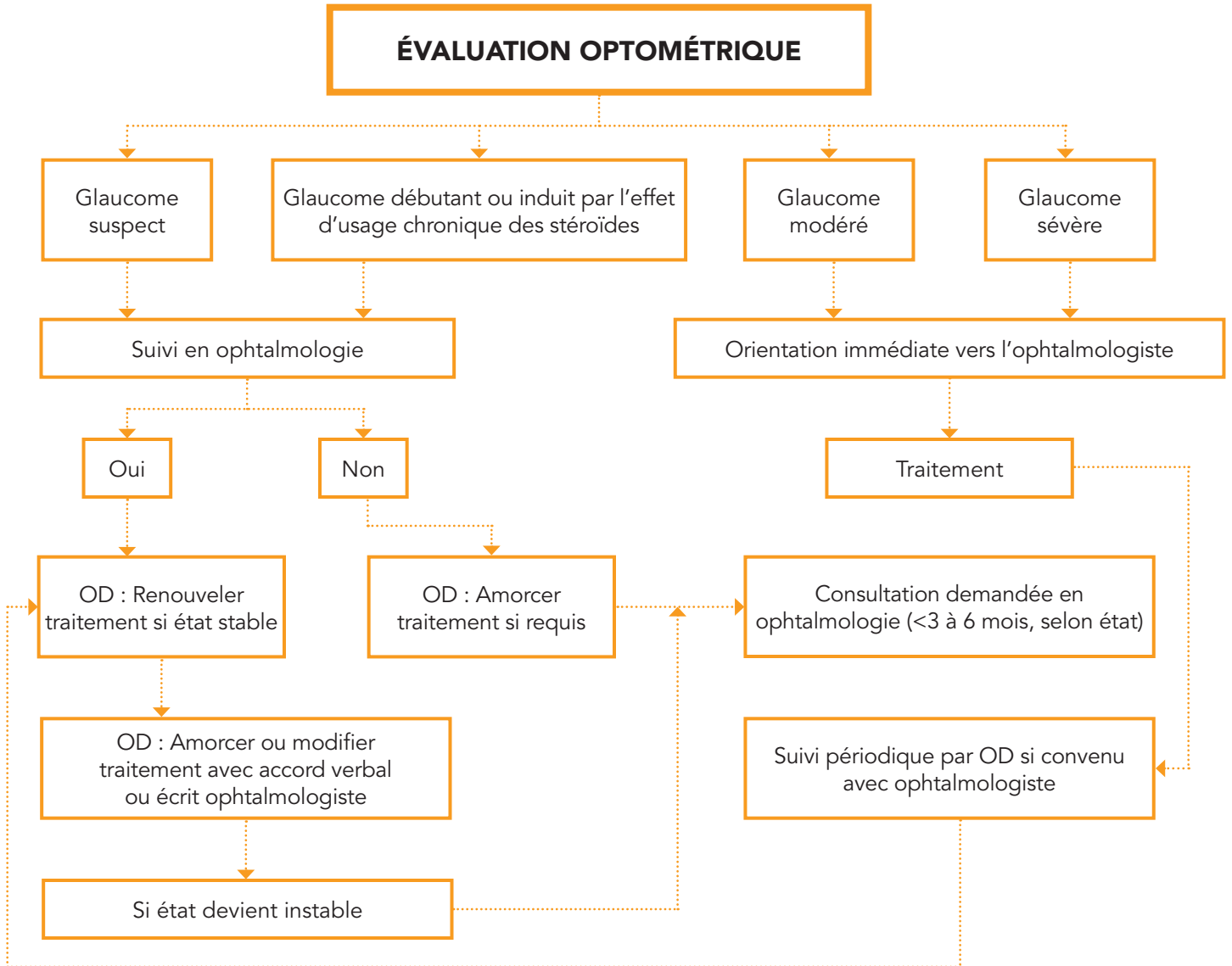
Cas du glaucome aigu symptomatique ou de PIO très élevée (>40 mmHg)

Sur le terrain, on note une nette amélioration de la formation des optométristes. À preuve, depuis environ cinq ans, nous notons une nette diminution de patients se présentant à l'urgence en crise de glaucome aigu. Les optométristes dépistent de mieux en mieux les patients à risque de crise de glaucome et les réfèrent plus rapidement pour des iridotomies préventives au laser.

Toutefois, dans les cas où la crise de glaucome aigu se manifeste soudainement, le traitement peut être amorcé par l'optométriste après une consultation téléphonique avec un ophtalmologiste, mais des dispositions doivent être prises pour que le patient soit vu par ce dernier dans les plus brefs délais. Si un ophtalmologiste ne peut être joint, le patient doit être dirigé sans délai à l'urgence hospitalière.

Dans le cas de pression intraoculaire élevée (>40 mmHg), l'optométriste doit entrer en contact avec l'ophtalmologiste traitant ou de garde et convenir avec ce dernier des modalités de traitement et de prise en charge du patient.

7.5.4 Algorithme 3¹⁴



14 OD : privilèges exercés suite à la réussite d'une formation approuvée par l'Ordre des optométristes du Québec.

8. Collaboration en soins de la cataracte

8.1 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 chirurgie de la cataracte est l'une des procédures les plus réussies, en médecine, et permet de restaurer la fonction visuelle des patients qui en sont atteints.

Le présent guide vise à favoriser une collaboration plus poussée entre l'optométriste et 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.

8.2 PROCÉDURES CLINIQUES

a) 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 représenter des facteurs négatifs par rapport à la chirurgie (dystrophie endothéliale de Fuch, pseudo-exfoliation, rétinopathie).

À cette fin, les tests suivants sont requis :

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

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

- i. Topographie cornéenne chez les porteurs de lentilles cornéennes :

NOTE : En cas de distorsion induite de la cornée, l'optométriste doit prendre les moyens requis pour restaurer la surface cornéenne avant de procéder à la demande de consultation.

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

b) 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.

8.3 COMMUNICATION

Lorsque l'optométriste oriente le patient vers l'ophtalmologiste, il doit lui indiquer sa disponibilité pour effectuer les suivis.

Lorsqu'un patient est orienté en ophtalmologie, l'optométriste doit transmettre à ce dernier 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 antérieures à une chirurgie réfractive ;
- Copie des tests d'imagerie (si effectués) ;
- Toute autre information jugée pertinente.

a) Les soins postopératoires

De plus en plus, l'optométriste est appelé à participer aux soins postopératoires afin d'assurer le suivi du patient. Dans ces cas, il doit y avoir un échange d'informations pertinentes entre l'ophtalmologiste et l'optométriste. Notamment, l'information transmise par l'ophtalmologiste touche le déroulement de la procédure chirurgicale (si complications survenues ou attendues), les médicaments recommandés et leur posologie, de même que toute indication spécifique à chaque cas. La surréfraction visée et l'acuité visuelle attendue sont également requises. Ce dernier doit également informer le patient de frais possibles s'il n'est pas couvert pour les services optométriques par le système de santé public.

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 pré- 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.

i. 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 :

- a.** Visite 24 à 48 heures après la chirurgie
- b.** Visite dans les deux premières semaines
- c.** Suivi délégué à d'autres professionnels
- d.** 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 doit obligatoirement voir au moins une fois son chirurgien ophtalmologiste à l'intérieur des deux semaines postopératoires. Toutefois, de façon exceptionnelle, ce dernier peut en confier la conduite à un optométriste qui a été formé par le chirurgien à cette fin, et 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'ophtalmologiste devra 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.

Généralement, une seconde visite doit être faite après une semaine, puis un mois après l'opération, après quoi, si tout est normal, le patient peut être libéré. Ces visites de suivi peuvent être faites soit chez l'optométriste, soit chez l'ophtalmologiste, suivant l'entente entre les deux professionnels.

ii. 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 :

- a.** Observation :
 - Signes et symptômes du patient;
 - Autoévaluation qualitative de l'acuité visuelle;
 - Observance de la médication.
- b.** Prise d'acuité visuelle sans correction (trou sténopéïque au besoin);
- c.** À une semaine : réfraction objective (auto-réfractomètre) avec mesure subjective de l'acuité visuelle;
- d.** À un mois : 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;
- e.** Examen détaillé du segment antérieur et du vitré antérieur à la lampe à fente;
- f.** Prise de pression intraoculaire;
- g.** Tout autre test requis en fonction des symptômes du patient;
- h.** Recommandations et suivi.

iii. Échange d'information

L'ophtalmologiste qui recommande au patient d'effectuer les visites de suivi chez l'optométriste doit faire parvenir à ce dernier un rapport (voir formulaire type en annexe).

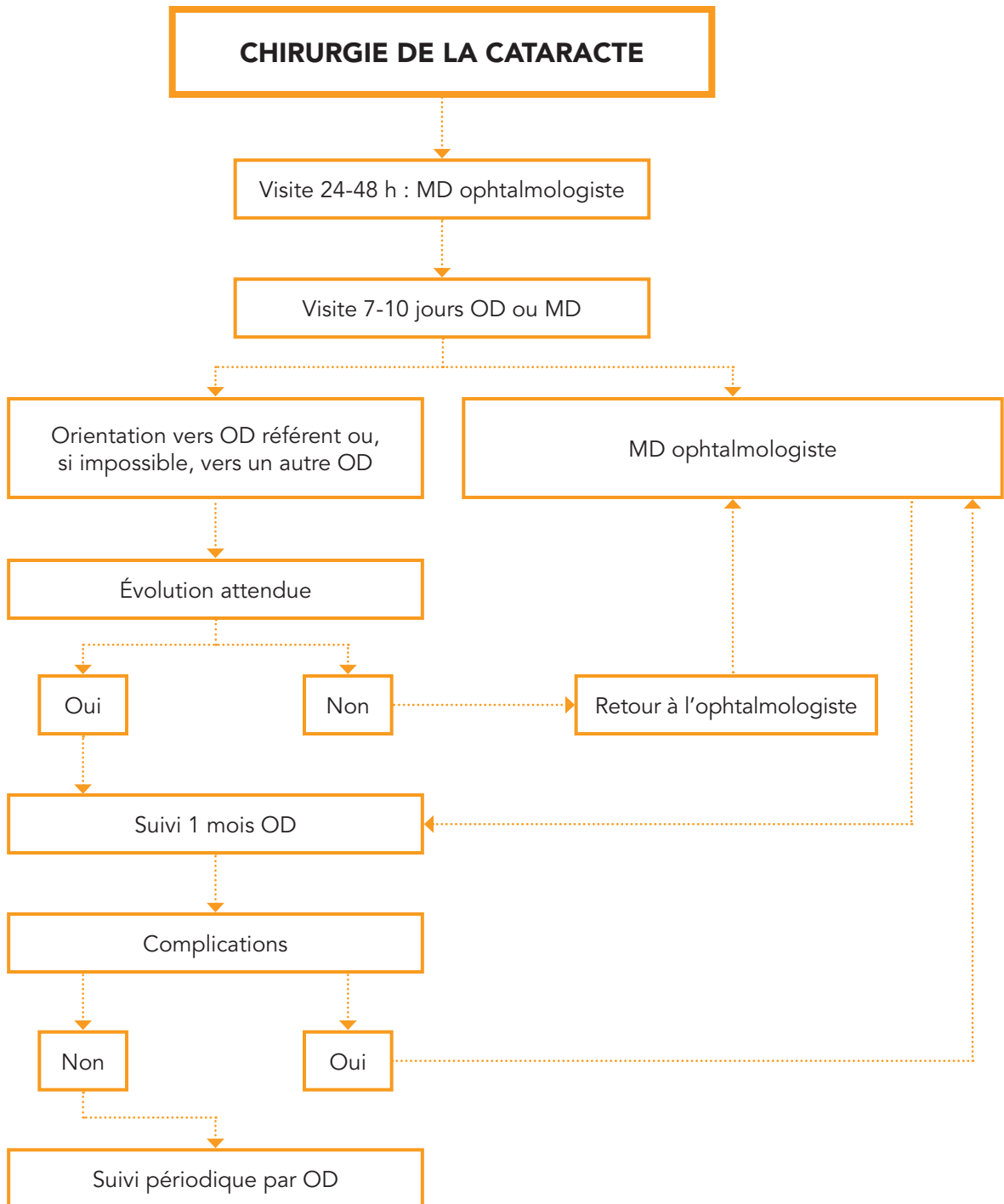
De son côté, l'optométriste fait parvenir un rapport de ses observations à l'ophtalmologiste une fois la visite de suivi effectuée (voir rapport type en annexe).

b) Aspects déontologiques

Lorsque l'optométriste accepte de fournir des soins postopératoires, il accepte d'engager sa responsabilité professionnelle, qu'il y ait ou non entente préalable avec l'ophtalmologiste quant aux soins à prodiguer. Il doit notamment s'assurer de détenir les permis de pratique requis à ses interventions diagnostiques et thérapeutiques.

NOTE : 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.

8.3.1 Algorithme 4



9. Collaboration en dépistage de la rétinopathie diabétique

9.1 DESCRIPTION

Le diabète constitue une problématique de santé publique pour l'ensemble de la population québécoise, mais principalement pour les Premières Nations, touchées plus particulièrement que les autres groupes populationnels. Alors que, dans la population générale, la prévalence du diabète est d'environ 7 %, elle touche près du double de personnes chez les Premières Nations. Il est connu que le diabète affecte plusieurs composantes oculaires et représente actuellement la première cause de cécité chez les adultes en âge de travailler, ce qui en fait une maladie à potentiel de haute morbidité. Le dépistage de la rétinopathie diabétique s'avère l'un des moyens les plus efficaces de minimiser les effets néfastes de la maladie et son potentiel d'induire la cécité.

Les optométristes constituent une ressource, en première ligne, facilement accessible sur tout le territoire québécois. Les normes cliniques actuellement adoptées par l'Ordre des optométristes du Québec recommandent que tout patient diabétique subisse périodiquement 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.

Pour certaines populations autochtones éloignées et à risque, la récente mise sur pied d'un centre de lecture (télémédecine) à l'École d'optométrie de l'Université de Montréal, en collaboration avec le département d'ophtalmologie de la même université, permet d'effectuer des examens périodiques chez cette population à risque et permet un accès au traitement requis en temps opportun diminuant ainsi potentiellement la perte de vision.

Le cas échéant, de telles initiatives de télémédecine, ailleurs sur le territoire, devraient autant que possible favoriser la collaboration entre les optométristes et les ophtalmologistes. De plus, des politiques devraient entourer une telle initiative, notamment afin de s'assurer que le patient est vu périodiquement par un professionnel compétent afin d'évaluer les complications autres que la rétinopathie.

9.2 CONSIDÉRER LES RECOMMANDATIONS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

L'Association médicale canadienne¹⁵ recommande que le dépistage de la rétinopathie diabétique soit fait :

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

Les méthodes de dépistage préconisées sont :

- a) l'examen par ophtalmoscopie directe ou indirecte, ou biomicroscopie du fond d'œil, sous dilatation pupillaire, par un professionnel de la vue ;
- b) la photographie numérique de fond d'œil ;
- c) la photographie 7 champs, stéréoscopiques, en couleur, interprétée par un lecteur formé.

9.3 CONSIDÉRER LA SITUATION ACTUELLE

On sait qu'au Québec une partie importante des patients diabétiques ne reçoit pas de dépistage adéquat de la rétinopathie diabétique dans les délais prescrits. Comme il est clairement démontré dans la littérature qu'un dépistage de la RD permet de diminuer significativement la perte de vision due aux complications du diabète, une participation des optométristes à un programme de dépistage de rétinopathie diabétique est certainement souhaitée.

Les patients diabétiques pourraient alors bénéficier d'un examen oculovisuel complet chez l'optométriste et d'un service de dépistage donnant un accès direct aux traitements médicaux et chirurgicaux relevant des ophtalmologistes lorsque leur état le requiert.

Les patients diabétiques ainsi dépistés par leur optométriste seraient référés lorsque leur RD est à un stade de morbidité plus sévère que faible, soit une rétinopathie diabétique de base avec présence d'œdème maculaire, ou une rétinopathie diabétique préproliférante ou proliférante.

15 Canadian Journal of Diabetes, Clinical Practical Guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada, avril 2013
http://guidelines.diabetes.ca/App_Themes/CDACPG/resources/cpg_2013_full_en.pdf.

9.4 PROCÉDURES CLINIQUES

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

- a)** Observation orientée, tenant compte des données transmises par le médecin;
- b)** Prise d'acuité visuelle avec la meilleure correction en place;
- c)** Examen de la vision binoculaire, incluant la recherche de parésie oculomotrice s'il y a plainte de diplopie récente;
- d)** Examen de la capacité accommodative du patient (< 45 ans);
- e)** Réflexes pupillaires;
- f)** Examen du segment antérieur de l'œil à la lampe à fente;
- g)** 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 chez le patient hypermétrope pour voir si la fermeture de l'angle est possible;
- h)** Mesure de la pression intraoculaire, selon les standards reconnus;
- i)** Examen détaillé du vitré, de la rétine et du pôle postérieur, sous dilatation pupillaire;
- j)** Photodocumentation (fortement recommandée s'il y a des signes cliniques à la rétine ou au pôle postérieur).

En sus, 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).

9.5 PROCÉDURES À EFFECTUER 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);
- Tests d'imagerie et photo-documentation lorsqu'appropriés.

a) 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.

b) 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 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.

NOTES

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.

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

9.6 CRITÈRES D'ORIENTATION APPLICABLES

c) 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 maximum pour les types II.

Lorsque l'optométriste évalue un patient diabétique, il doit diriger ce dernier vers un ophtalmologiste en se basant sur les éléments suivants :

- a) Sévérité de la rétinopathie ;
- b) Présence d'œdème maculaire ;
- c) Toute autre cause nécessitant une prise en charge ophtalmologique (cataractes, glaucome secondaire, etc.).

L'American Academy of Ophthalmology propose les critères de référence suivants, qui s'appliquent autant en visite initiale que lors des suivis :

Sévérité	Ophtalmoscopie	ETDRS	Thérapeutique
Non apparente	Pas d'anomalie	10	Contrôle glycémie, HTA, lipides
RDNP faible	Microanévrismes	20	Contrôle
RDNP modérée	Microanévrismes	43,47	Contrôle et orientation en ophtalmologie
RDNP sévère	AMIR, anomalies	53A-E	
RD proliférative	Néovascularisation Hémorragies dans le vitré	61 à 85	

Ceci implique que l'optométriste peut assurer le suivi du patient jusqu'à ce que ce dernier présente une atteinte correspondante à une rétinopathie non proliférante modérée (RDNP).

Cependant, tout patient présentant un œdème maculaire suspect, selon les tests cliniques ou manifestes (mesurés par imagerie), doit être orienté immédiatement en ophtalmologie, peu importe le stade de la rétinopathie. De même, toute baisse de vision inexplicée ou la présence de déchirure rétinienne devrait faire l'objet d'une consultation immédiate en ophtalmologie.

Une fois que l'ophtalmologiste a complété son intervention et qu'il considère le patient stable, il peut lui demander d'effectuer ses suivis auprès de l'optométriste référent, sachant que si ce dernier identifiait une détérioration du portrait clinique, le patient lui serait dirigé de nouveau.

9.7 COMMUNICATION ENTRE PROFESSIONNELS

Le médecin de famille devrait idéalement diriger un patient pour une évaluation oculaire en premier lieu vers un optométriste, à moins d'avoir identifié une rétinopathie modérée non proliférante (RDNP), auquel cas il doit diriger son patient vers l'ophtalmologiste. Le médecin de famille qui oriente un patient doit transmettre à l'optométriste ou à l'ophtalmologiste les informations suivantes (voir annexe) :

- a) Durée du diabète (moment du diagnostic);
- b) Indications sommaires sur la stabilité de la glycémie, ainsi que des données pertinentes sur l'hypertension artérielle, le cholestérol et les lipides;

- c) Médication prescrite;
- d) Tout élément autre, pertinent à la compréhension du cas, y compris la symptomatologie visuelle rapportée.

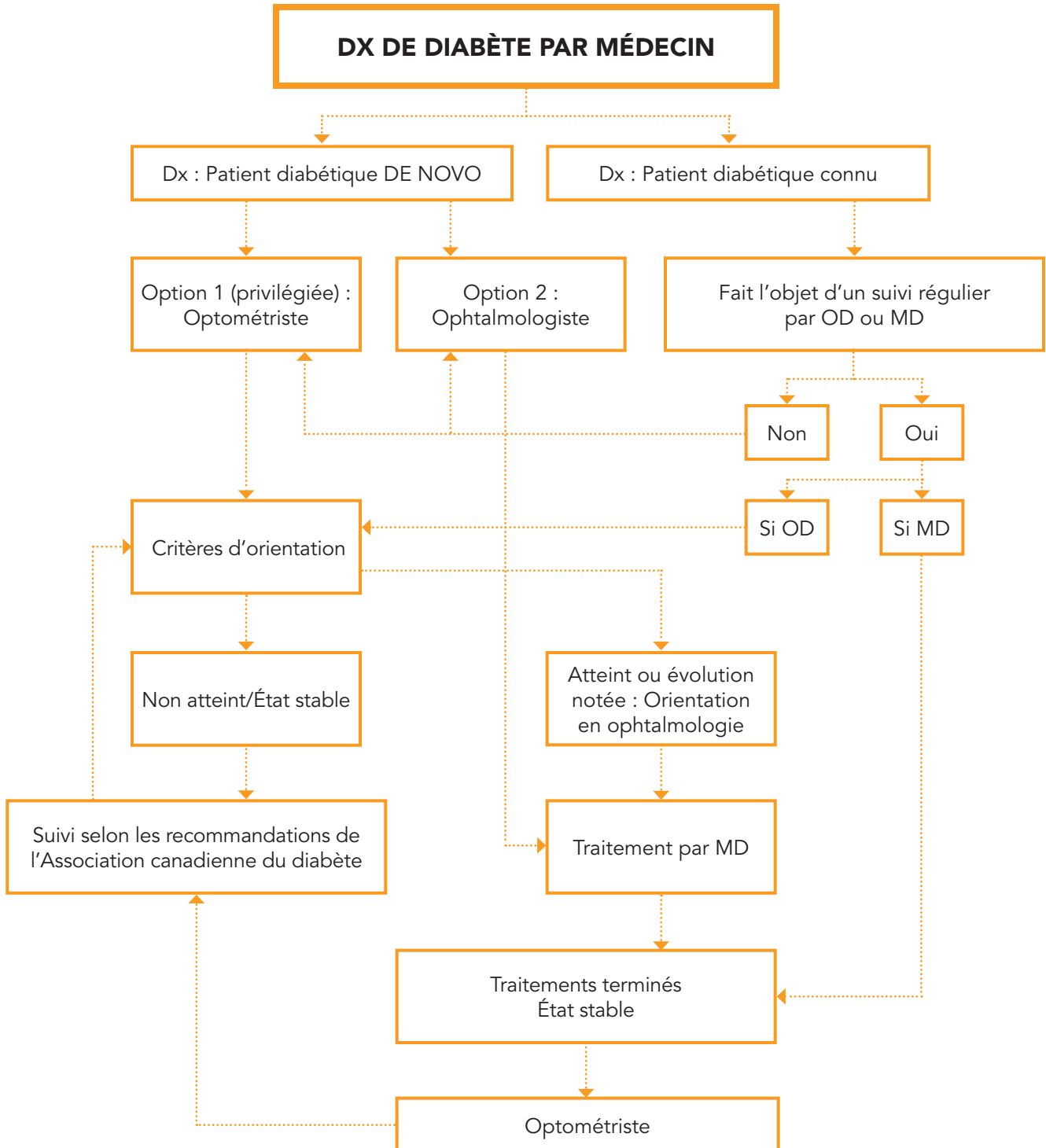
L'optométriste qui a reçu une demande de consultation doit retourner un rapport de ses observations au référent (voir annexe), incluant :

- a) Données d'acuité visuelle;
- b) Bilan de la vision binoculaire, incluant l'accommodation;
- c) Bilan de la santé oculaire;
- d) Pression intraoculaire;
- e) Toute anomalie oculaire pouvant être reliée au diabète;
- f) Nécessité de consulter un ophtalmologiste et identification de ce dernier;
- g) Toute autre recommandation jugée pertinente pour le suivi et la prise en charge du patient.

L'optométriste qui dirige un patient vers un ophtalmologiste doit lui indiquer les éléments pertinents de son évaluation ainsi que lui faire parvenir une copie des tests d'imagerie effectués. Il doit informer l'ophtalmologiste de l'identité du médecin de famille du patient, si connue.

L'ophtalmologiste qui reçoit un patient qu'on lui a adressé doit s'assurer de transmettre un rapport de son observation au médecin de famille et à l'optométriste identifiés au dossier. Dans le cas où l'ophtalmologiste désire que les suivis du patient soient effectués par l'optométriste, il doit indiquer à ce dernier le calendrier de visite établi ainsi que toute information jugée nécessaire. Des formulaires types d'orientation sont suggérés en annexe.

9.7.1 Algorithme 5



C – Suivi de l’implantation des activités (comité de vigie)

Afin de soutenir les pratiques associées aux activités décrites dans ce guide, de répondre aux interrogations nouvelles et d’assurer la collaboration optimale entre optométristes et médecins, un comité de vigie interordres OOQ-CMQ peut intervenir directement et rapidement.

Le tout s’inscrit dans un processus continu d’amélioration de la qualité des soins et des services afin de résoudre les défis émergents, prévenir les malentendus d’interprétation et ainsi garantir la prestation de soins de qualité et sécuritaires.

Le comité de vigie interordres est composé de représentants de patients ainsi que des deux ordres professionnels qui pourront consulter des patients, des optométristes, des médecins et d’autres professionnels de la santé dans l’exercice de leurs fonctions. Il aura la possibilité de proposer des interventions visant à soutenir les professionnels ou de recommander des changements au présent guide.

Le comité de vigie interordres OOQ-CMQ sera en place pour une période indéterminée, soit tant et aussi longtemps que son rôle apparaîtra pertinent. La durée du mandat des représentants sera précisée par les deux ordres professionnels de façon à assurer une continuité, mais également prévoir un renouvellement périodique des personnes en place.

Information

Formulaire de communication de l'optométriste à l'ophtalmologiste

Nom de l'optométriste

Nom : _____

N° de pratique : 3- _____

Tél. : _____

Télec. : _____

Nom de l'ophtalmologiste

Nom : _____

N° de pratique : 1- _____

Tél. : _____

Télec. : _____

Patient (e) : _____	DDN : _____
Adresse : _____	Tél. : _____

Demande de consultation Note d'évolution du dossier

Délai (voir verso) : 3-10 jours 2-12 mois

Raisons de la consultation :

Tableau clinique/Notes d'évolution : OD OS OU

Signature : _____ Date de transmission : _____

Information

Formulaire de communication de l'optométriste à l'ophtalmologiste

	3-10 jours	2-12 mois
Angle iridocornéen		X
Chalazion surinfecté	X	
Chalazion chronique		X
Conjonctivite résistante	X	
Diplopie – diplopie ou ptose ou anisocorie avec douleur : < 24-48 heures. – diplopie ou ptose ou anisocorie sans douleur : < 3-10 jours	X	
Kératite sèche		X
Anisocorie	Douloureuse : 24-48 h Non douloureuse : 3-10 jours	
Lésion palpébrale d'allure maligne		X
Lésion palpébrale d'allure bénigne		X
Ptose	Douloureuse : 24-48 h	X
Rétinopathie diabétique (sans œdème maculaire)		X
Zona ophtalmique	X	

Urgent

Formulaire de communication de l'optométriste à l'ophtalmologiste

Nom de l'optométriste

Nom : _____

N° de pratique : 3- _____

Tél. : _____

Télééc. : _____

Nom de l'ophtalmologiste

Nom : _____

N° de pratique : 1- _____

Tél. : _____

Télééc. : _____

→ Tenter de joindre l'ophtalmologiste par téléphone d'abord

Patient (e) : _____	DDN : _____
Adresse : _____	Tél. : _____

Demande de consultation dans les 72 heures

Raisons de la consultation :

Traumatisme oculaire

Corps étranger

Cellulite

Perte de CV homonymes bilatéraux

Céphalée inhabituelle

Uvéite

Glaucome aigu

Perte de vision subite

Ulcère cornéen

Rétinopathie diabétique avec œdème maculaire

Problèmes rétinien

Autre : _____

Tableau clinique/Notes d'évolution : OD OS OU

Signature : _____

Date de transmission : _____

Glaucome

Formulaire de communication de l'optométriste à l'ophtalmologiste

Nom de l'optométriste

Nom : _____

N° de pratique : 3- _____

Tél. : _____

Télec. : _____

Nom de l'ophtalmologiste

Nom : _____

N° de pratique : 1- _____

Tél. : _____

Télec. : _____

Patient (e) : _____	DDN : _____
Adresse : _____	Tél. : _____

Demande de consultation

Note d'évolution du dossier

Amorcer le traitement

Modifier le traitement

Renouveler le traitement

Tableau clinique : OD OS OU

Historique/Antécédents : _____

Résultats cliniques : _____

Pression intraoculaire : ____/____ Épaisseur cornéenne : ____/____ Heure : _____

Gonioscopie : _____

Champs visuels : _____

Papilles/fundi : _____

Autres : _____

Médication : _____

Suivi : _____ OD MD

Tests d'imagerie joints : Champs visuels OCT photos de fond d'œil

Signature : _____

Date de transmission : _____

Glaucome

Formulaire de communication de l'optométriste au médecin

Nom de l'optométriste

Nom : _____

N° de pratique : 3- _____

Tél. : _____

Télec. : _____

Nom du médecin

Nom : _____

N° de pratique : 1- _____

Tél. : _____

Télec. : _____

Patient (e) : _____ DDN : _____

Adresse : _____ Tél. : _____

Note d'évolution du dossier

Docteur,

C'est avec plaisir que je vous transmets certains résultats cliniques et vous informe qu'un traitement par agent anti-glaucomeux a été amorcé chez ce patient. Si, selon vous, il existe une contre-indication par rapport au bilan médical du patient, veuillez m'en aviser le plus rapidement possible.

Résultats cliniques :

Pression intraoculaire : ____/____ Épaisseur cornéenne : ____/____ Heure : _____

Champs visuels : _____

Papilles/fundi : _____

Autres : _____

Médication : _____

Suivi en optométrie : _____ sem./mois

Consultation demandée en ophtalmologie : 3 mois 6 mois

Signature : _____

Date de transmission : _____

Cataracte – Évaluation préopératoire

Formulaire de communication de l'optométriste à l'ophtalmologiste

Nom de l'optométriste

Nom : _____

N° de pratique : 3- _____

Tél. : _____

Télec. : _____

Nom de l'ophtalmologiste

Nom : _____

N° de pratique : 1- _____

Tél. : _____

Télec. : _____

Patient (e) : _____	DDN : _____
Adresse : _____	Tél. : _____

Historique/Antécédents oculaires incluant données pré-chx réfractive/Symptômes :

Type d'implants discutés : monofocal torique multifocale monovision

Tableau clinique

Acuité visuelle non corrigée : OD OS OU

Acuité visuelle corrigée : OD OS OU

Porteur lentilles cornéennes : Oui Non Type : _____

Réfraction :

OD _____

OS _____

Santé oculaire (incluant type de cataracte, gradation) :

OD _____

OS _____

PIO Goldman : OD _____ mmHg OS _____ mmHg Heure : _____

Épaisseur cornéenne : OD _____ um OS _____ um

Autre : _____

Je suis disponible pour faire le suivi : 7-10 jours 1 mois

Je peux faire la dilatation pupillaire : Oui Non

Signature : _____ Date de transmission : _____

Cataracte – Évaluation évolution

Formulaire de communication de l'optométriste à l'ophtalmologiste

Nom de l'optométriste

Nom : _____

N° de pratique : 3- _____

Tél. : _____

Télec. : _____

Nom de l'ophtalmologiste

Nom : _____

N° de pratique : 1- _____

Tél. : _____

Télec. : _____

Patient (e) : _____	DDN : _____
Adresse : _____	Tél. : _____

Date de la chirurgie : _____ OD OS OU Visite : 7-10 jours 1 mois

Symptômes/confort/satisfaction/observance de la médication :

Tableau clinique

Acuité visuelle non corrigée : OD OS OU

Acuité visuelle corrigée : OD OS OU

Réfraction :

OD _____

OS _____

Santé oculaire (incluant type de cataracte, gradation) :

OD _____

OS _____

PIO Goldman : OD _____ mmHg OS _____ mmHg Heure : _____

Épaisseur cornéenne : OD _____ um OS _____ um

Autre/changement au traitement : _____

Signature : _____ Date de transmission : _____

Demande de consultation – Suivi en optométrie

Formulaire de communication de l'ophtalmologiste à l'optométriste

Nom de l'ophtalmologiste

Nom : _____

N° de pratique : 1- _____

Tél. : _____

Télec. : _____

Nom de l'optométriste

Nom : _____

N° de pratique : 3- _____

Tél. : _____

Télec. : _____

Patient (e) : _____	DDN : _____
Adresse : _____	Tél. : _____

Date de la chirurgie : _____ OD OS OU Suivi : 7-10 jours 1 mois

Type d'implant posé : monofocal torique multifocal monovision

Médication prescrite :

Tableau clinique

Acuité visuelle non corrigée : OD OS OU

Réfraction cible : OD plano ou _____

OS plano ou _____

Complications survenues/problèmes anticipés/autres données pertinentes :

Signature : _____

Date de transmission : _____

Rapport d'évaluation du patient diabétique

Examen oculovisuel

Nom du médecin

Nom : _____

N° de pratique : 1- _____

Tél. : _____

Télééc. : _____

Nom de l'optométriste

Nom : _____

N° de pratique : 3- _____

Tél. : _____

Télééc. : _____

Patient (e) : _____	DDN : _____
Adresse : _____	Tél. : _____

Date du diagnostic de diabète : _____

- Type I II Insulinodépendant Non Insulinodépendant
- Acuité visuelle corrigée : OD _____ OS _____
- Cataractes : OD _____ OS _____
- Pression intraoculaire (PIO) : OD _____ mmHg OS _____ mmHg
- Rétinopathie diabétique : OD : Aucune OS : Aucune
- Médication courante : Insuline Hypoglycémifiants oraux Hygiène de vie (diète)

Fondoscopie :

Rétinopathie diabétique non proliférative (RDNP) :

OD Légère Modérée Sévère OS Légère Modérée Sévère

Rétinopathie diabétique proliférative (RDP) : OD OS

Œdème maculaire cliniquement significative (OMCS) : OD OS

En me basant sur les observations cliniques précédentes, je recommande

- Un examen de contrôle dans _____ mois
- De référer le patient à _____ pour opinion et traitement

Commentaires :

Il me fera plaisir de vous informer de tout changement significatif au portrait clinique de ce patient.

Signature : _____ Date de transmission : _____

Dépistage du diabète

Formulaire de communication du médecin à l'optométriste

Nom du médecin

Nom : _____

N° de pratique : 1- _____

Tél. : _____

Télec. : _____

Nom de l'optométriste

Nom : _____

N° de pratique : 3- _____

Tél. : _____

Télec. : _____

Patient (e) : _____	DDN : _____
Adresse : _____	Tél. : _____

Date du diagnostic de diabète : _____

Type I II Insulinodépendant Stable Instable

Historique oculaire pertinent/Symptômes visuels exprimés :

Médication prescrite :

Autres données :

Signature : _____

Date de transmission : _____

1265, rue Berri, bureau 505
Montréal (Québec) H2L 4X4
T 514 499.0524
F 514 499.1051
www.ooq.org