


VOLUME 46 | NUMÉRO 5 SEPTEMBRE | OCTOBRE 2024

L'OPT MÉTRISTE

PUBLICATION DE L'ASSOCIATION
DES OPTOMÉTRISTES DU QUÉBEC

.....
ARTICLE 1
Comprendre la myopie en 2024

.....
ARTICLE 2
Les lentilles ajustables à la
lumière: Quoi savoir?



Nous imprimons notre revue
sur du papier certifié FSC.
Une autre facette de notre
engagement environnemental.



MacuMira

DMLA sèche

Le premier traitement approuvé par Santé Canada avec une indication visant à améliorer la fonction visuelle chez les patients atteints de DMLA sèche.

- Le protocole de traitement consiste de 4 traitements dans les premiers 10 jours, suivi d'un (1) seul traitement à chaque 2,5 à 3 mois

- ✓ SÉCURITAIRE
- ✓ NON-INVASIF
- ✓ INDOLORE
- ✓ SESSIONS DE 32 MINUTES
- ✓ SANS INJECTIONS
- ✓ SANS MÉDICAMENTS SYSTÉMIQUES

COMMENT LE TRAITEMENT FONCTIONNE

MacuMira utilise une stimulation électrique à micro-courant délivrée à travers les paupières fermées pour stimuler les cellules de l'épithélium pigmentaire rétinien (EPR). Cela améliore la fonction cellulaire et l'élimination des déchets maculaires.

Découvrez-en plus
sur MacuMira



www.MacuMira.com/fr/

ÉDITEUR

Association des Optométristes du Québec
1255, boul. Robert-Bourassa, bureau 1400
Montréal, Québec H3B 3X1
COURRIEL | aoq@aoqnet.qc.ca

PRÉSIDENT

Docteur Guillaume Fortin, optométriste

ABONNEMENT ANNUEL

CANADA | 85,45 \$
ÉTRANGER | 125,00 \$ (taxes incluses)

COORDONNATEUR SCIENTIFIQUE

Docteur Jean-Pierre Lagacé, optométriste, M.Sc.
COURRIEL | jppierre.lagace@aoqnet.qc.ca

COORDONNATRICE DE LA PRODUCTION

Josée Lusignan | 514 288-6272
COURRIEL | josee.lusignan@aoqnet.qc.ca

PUBLICITÉ

Cynthia Fournelle
CPS Média Inc.
TÉLÉPHONE | 450 227-8414, poste 318
COURRIEL | cfournelle@cpsmedia.ca

CONCEPTION GRAPHIQUE

BooDesign.ca

ARTICLES DEMANDÉS

L'Optométriste ouvre ses pages à toute collaboration pouvant intéresser la profession optométrique sur le plan professionnel, social, économique et syndical. Le Comité de rédaction invite tous les optométristes à soumettre le rapport d'un cas ou un article susceptible d'intéresser leurs confrères. Tous les écrits soumis deviennent la propriété de la revue l'Optométriste. Le Comité de rédaction se réserve le droit de publier un article dans le numéro qui lui convient. Aucune indemnité ne sera versée à l'auteur pour l'utilisation d'un article. Les textes ainsi que les publi-reportages publiés dans cette revue n'engagent que leur auteur.

VEUILLEZ ENVOYER VOS ARTICLES À L'ÉDITEUR

Revue l'Optométriste
1255, boul. Robert-Bourassa, bureau 1400
Montréal, Québec H3B 3X1

TÉLÉPHONE | 514 288-6272

TÉLÉCOPIEUR | 514 288-7071

COURRIEL | aoq@aoqnet.qc.ca

SITE INTERNET | www.aoqnet.qc.ca

Bibliothèque nationale du Québec 2^e trimestre 1979
Reproduction interdite sans autorisation.

LE PRÉSENT NUMÉRO A ÉTÉ TIRÉ À

3 050 exemplaires

ISSN-0708-3173

Numéro de convention postale :

41129579

DÉFINITION DE L'OPTOMÉTRISTE

«L'optométriste (O.D.) est un professionnel de la santé de première ligne, détenteur d'un doctorat universitaire de 5 ans, qui agit comme porte d'entrée des services ophtalmiques. Il évalue la vision, la binocularité et la santé oculaire. Son rôle est de procéder à l'examen des yeux et de la vision. Il peut également prescrire et administrer des médicaments aux fins de l'examen de la vision et du traitement de certaines pathologies oculaires. Il prescrit les lentilles ophtalmiques nécessaires, qu'elles soient cornéennes ou pour lunettes, et des traitements de rééducation visuelle. L'optométriste prodigue des conseils afin de prévenir les troubles visuels et de promouvoir la saine santé ophtalmique de ses patients et, au besoin, il peut diriger le patient vers d'autres professionnels de la santé.»

.....

SOMMAIRE



6



17

05 ÉDITORIAL

Attiser les braises

Docteur Guillaume Fortin, optométriste, Président

06 ARTICLE 1

Comprendre la myopie en 2024

Docteur Langis Michaud optométriste,
M.S. Dipl (AAO) FSLs FBCLA FEAOO FIAOMC

17 ARTICLE 2

Les lentilles ajustables à la lumière: Quoi savoir?

Docteur Kevin Messier, optométriste, M.Sc, FAAO

22 CHRONIQUE LES CONSEILS D'AFFAIRES MNP

Comment améliorer le rendement de votre clinique?

24 CHRONIQUE JURIDIQUE

Les documents légaux: l'aptitude, l'inaptitude et le décès!
Des éclaircissements s'imposent!

26 CHRONIQUE FMOQ

REEE pour petits-enfants: comment l'intégrer judicieusement
à sa planification successorale.

28 CHRONIQUE LUSSIER

28 Cinq conseils pour préparer votre prochaine escapade en auto

30 Changement d'assurance-vie avant la fin d'un contrat:
4 précautions à prendre

33 LES PETITES ANNONCES CLASSÉES DE L'AOQ



L'institution financière des optométristes

Une offre pensée et développée pour
vos besoins personnels et professionnels.

Faites comme plusieurs optométristes et profitez de l'offre Distinction.

1 844 778-1795 poste 30
desjardins.com/optometriste



Association des
OPTOMÉTRISTES
du Québec





Attiser les braises

Pour la première fois depuis des années, les négociations entre l'AOQ et le ministère n'ont pas complètement cessé pendant l'été et malgré des hauts et des bas, nous continuons d'espérer une ouverture et une progression dans la compréhension de nos enjeux de la part de nos vis-à-vis. Nous sommes cependant malheureusement loin d'une entente et nous avons pris bonne note des volontés de nos membres lors de notre AGA et grâce aux contacts constants entretenus par plusieurs d'entre vous avec votre Association.


Vous êtes nombreux à nous avoir signifié votre ras-le-bol et votre empressement d'en finir avec le régime public en optométrie. Nous vous entendons et nous réitérons qu'aucun moyen n'est mis à l'écart par le comité de négociation pour corriger ou à tout le moins, atténuer les aberrations de la RAMQ en optométrie.

Entretemps, les optométristes en établissement qui tiennent à bout de bras les services de basse vision au Québec ont déjà signifié l'état des lieux à un système qui leur a gravement manqué de respect dans les dernières années. Nos collègues de basse vision ont en effet récemment diminué massivement leurs heures de pratique en établissement. Ce geste a évidemment pour but de signifier à la fois les conditions salariales inacceptables et les offres gouvernementales pitoyables en basse vision! Plusieurs de nos membres en établissement pourraient même privilégier les dépistages scolaires puisqu'ils y sont rémunérés de façon plus acceptable que dans le système de santé, et de plus avec une responsabilité et une complexité nettement moindres.

Nos vis-à-vis considèrent que la prime d'attraction instaurée lors de la dernière négociation n'a pas fonctionné et leur solution pour l'instant est de l'abolir. Dans les faits, malgré cette prime, les optométristes en établissement ont des conditions salariales de loin inférieures aux professions comparables comme les dentistes ou les pharmaciens. De plus, la présence d'échelles salariales rend l'attraction de nouveaux diplômés pratiquement impossible alors que certains d'entre eux seraient intéressés par cette pratique. Ces échelles salariales n'existent plus pour les médecins alors pourquoi sont-elles toujours en place pour nous? Qu'est-ce que le ministère attend pour répondre positivement à notre demande de les abolir?

Nos collègues de la basse vision ont de plus des difficultés administratives inquiétantes dont celle, pour certains d'entre eux, de simplement recevoir leur paye en temps! Les optométristes qui font de la basse vision le font par vocation. Ils permettent le maintien de l'autonomie d'un grand nombre de patients et cela n'a pas de prix! Nous savons tous que ceux qui ont fait ce choix de pratique ne l'ont pas fait pour une rémunération avantageuse...

Mais il ne faut pas non plus exagérer en abusant de leur bonté, en ne reconnaissant pas leur expertise, en leur offrant des salaires qui n'arrivent pas à s'approcher de ceux que le ministère de l'Éducation octroie aux optométristes en simple dépistage scolaire! Encore une fois, c'est au gouvernement de choisir ce qu'il veut offrir comme qualité de soins aux Québécois. Les docteurs en optométrie qui ont orienté leur pratique en basse vision en sont les seuls experts et ils méritent plus que de l'admiration. Ils méritent une rémunération et des conditions à la hauteur de leur formation et de leur apport au système.

Alors, est-ce que nos collègues en basse vision soufflent sur les braises? Nous ne pouvons qu'encourager leurs démarches, car le gouvernement se doit de reconnaître leur pleine valeur. Autrement, ce qui est attisé par ces membres va se transformer en incendie. 

Docteur Guillaume Fortin, optométriste
Président

POUR NOUS JOINDRE

514 288-6272
1 888-SOS-OPTO

DES QUESTIONS ?

écrivez-nous à
aoq@aoqnet.qc.ca

FAIRE UN CHANGEMENT D'ADRESSE

Rendez-vous sur le portail
de l'AOQ | aoqnet.qc.ca



PAR LE DOCTEUR LANGIS MICHAUD
OPTOMÉTRISTE,
M.S. Dipl (AAO) FSLs FBCLA FEA00 FIAOMC

ARTICLE 1

.....

Comprendre la myopie en 2024



Le sujet de la myopie n'est pas nouveau, mais de plus en plus de publications définissent sa gestion comme étant la pratique standard à adopter.

Tout commence avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui a organisé un sommet sur la myopie en 2015¹ où, pour la première fois, des spécialistes se sont réunis afin d'étudier la menace de l'augmentation de la myopie et ses conséquences sur les populations. En effet, des travaux préliminaires avaient déjà établi d'une part que toute myopie est liée à un risque plus élevé de pathologies oculaires², et que la prévalence de la myopie atteindrait 50% de la population mondiale en 2050³. Fait plus inquiétant, la progression de la forte myopie, liée à des risques plus élevés, augmentait encore plus rapidement.

En se basant sur des données probantes, cette réunion a permis de dégager plusieurs consensus, notamment sur la définition de la myopie et surtout de la forte myopie; le fait que la myopie doit être considérée comme un facteur de risque de handicap visuel et non seulement comme une simple erreur de réfraction, notamment en lien avec le développement d'une dégénérescence maculaire myopique et le fait que, afin de prévenir ces atteintes irréversibles, la détection et la prise en charge de la myopie doivent faire partie intégrante des services oculo-visuels offerts aux populations.

L'OMS réitère ces conclusions en 2019⁴, dans un rapport touchant cette fois tous les aspects de la vision. Elle identifie la myopie comme facteur important de cécité évitable et appelle toutes les parties prenantes (gouvernements, agences de santé publique, professionnels de la vision, etc.) à joindre leurs efforts afin de réduire les risques associés à la myopie, notamment en dépistant la condition le plus rapidement possible et en la gérant de façon appropriée.

.....

**C'est sur cette base
que plusieurs organismes professionnels
ont adopté des prises de position
confirmant l'importance de l'enjeu
et appelant leurs membres à agir
en conséquence⁵⁻⁷.
Des articles de la presse professionnelle
incitent également les opticiens
et optométristes à assumer leur rôle respectif
dans la lutte contre la myopie⁸.**

.....

International Myopia Institute White Papers

À la suite de l'intervention de l'OMS dans ce dossier, l'International Myopia Institute (IMI) a été formé afin de faire le suivi des recommandations de l'OMS et d'établir des consensus scientifiques périodiques sur ce sujet. L'IMI a ainsi réuni des tables de scientifiques afin de rédiger une série de livres blancs (white paper) touchant plusieurs sujets reliés à la myopie (résumés disponibles sur <https://myopiainstitute.org/imi-white-papers-clinical-summaries/>). Provenant de toutes les parties du monde, et possédant une expérience clinique ou scientifique de haut niveau, ces experts ont ainsi défini l'état de la science et les recommandations cliniques qui doivent en découler.

Ce que l'on sait... à ce jour!

Il y a plus de 2000 publications scientifiques touchant la myopie publiées annuellement, dans des revues arbitrées par les pairs. Ceci constitue un niveau énorme de connaissance, en évolution constante. Ceci étant, il est possible de résumer l'état des connaissances actuelles sur la myopie de la façon suivante:

À partir des premiers moments suite à la naissance, le phénomène d'emmétropisation se déclenche. Ce dernier implique que plus l'œil s'allonge, par croissance physique normale, autant les autres structures de l'œil s'adaptent^{9,10}. Notamment, le cristallin s'aplatit et perd de la puissance qu'il avait à la naissance. Un défaut réfractif, dont la myopie, apparaît lorsque le mécanisme d'emmétropisation est perturbé ou devient non fonctionnel. Cette mécanique d'allongement calibré permet au bébé de passer d'une acuité très réduite (20/400) à la naissance, à une acuité normale de chacun des yeux (20/20) à l'âge de 6 mois. Retenons ce point: l'œil s'allonge pour éclaircir son image, cela aura une importance dans un contexte clinique et de traitement du jeune myope.

L'emmétropisation se produit sous l'influence d'un processus d'homéostasie rétinienne¹¹. En effet, il est maintenant connu que la croissance de l'œil est dictée par la réponse de la rétine à la qualité du signal optique qui l'atteint¹². Le cerveau n'est pas impliqué dans ce processus. La rétine peut interpréter si le signal optique est à foyer, important en central, ou hors foyer, important en périphérie^{13,14}. Les protéines morphogénétiques osseuses (MO) 2,4,7 sont principalement impliquées¹⁵.

La rétine peut de plus interpréter si la défocalisation se crée en avant de la rétine (myopique) ou derrière celle-ci (hypermétropique). Cette interprétation des deux signaux peut se faire en même temps¹⁶. La défocalisation myopique (DÉF-) est générée par une lentille convexe. Dans le détail, ce sont des aberrations sphériques positives qui constituent l'élément clé qui déclenche la réaction rétinienne¹⁷. Les protéines MO 2,4,7 sont alors stimulées¹⁵. La défocalisation hypermétropique (DÉF+) est générée par une lentille concave, associée à des aberrations sphériques négatives¹⁷. Les protéines sont alors inhibées¹⁵. La DÉF- entraîne une réaction rétinienne presque immédiate. C'est un réflexe protecteur¹⁵. *A contrario*, la DÉF+ n'enclenche une réaction que plus tardivement, si le signal optique négatif est maintenu pendant un certain temps (30-60 minutes)¹⁵. La DÉF- enclenche la production de biomodulateurs, substances chimiques, qui voyagent à travers 3 voies principales (dopamine, acide rétinoïque, adénosine)¹⁸. En réponse, le flot sanguin de la choroïde augmente et ce tissu épaisse. Les cellules de la sclère et les fibres de collagène se réorganisent pour définir un tissu plus rigide et qui résiste donc à l'élongation¹⁹. De ce phénomène, on comprendra que l'exposition à une DÉF- est une bonne chose pour l'œil qui résiste à son élongation, donc à la progression de la myopie.

La DÉF+ enclenche une réaction inverse: le flot sanguin de la choroïde est réduit et ce tissu s'amincit. La sclère réorganise ses fibres, mais cette fois cela résulte en un tissu plus mou, déformable. Donc l'œil s'allonge et devient plus myope¹⁹.

Il existe une dose-réponse au plan de la rétine. Une défocalisation plus importante (+ ou -) entraîne une plus forte réaction²⁰⁻²³. Cette réponse demeure toutefois individuelle²⁴: les myopes qui évoluent rapidement et les plus forts myopes demandent une «dose» plus importante pour bien contrôler l'évolution de leur amétropie.

L'homéostasie rétinienne est définie comme l'équilibre entre les deux types de défocalisation²⁵. Cette homéostasie permet de garder la longueur de l'œil et donc sa réfraction stables, une fois la croissance physique terminée. La rétine centrale joue un certain rôle, mineur, c'est d'avantage la rétine périphérique qui dicte la réaction oculaire²⁶. Cette périphérie rétinienne est limitée en aire: soit de 10 à 20 degrés autour de la fovéa, ce qui correspond *grosso modo* à l'aire maculaire^{27,28}. Ceci n'est pas surprenant puisque la rétine est symétrique à l'intérieur de cette zone, et devient asymétrique au-delà²⁹.

Traduction clinique

Il est possible de traduire cliniquement ces données scientifiques:

Il faut aider l'œil à garder son processus d'emmétropisation intacte. Cela passe entre autres par l'exposition à des stimuli visuels qui augmentent la rigidité sclérale. Lorsque la myopie se développe, il est possible d'en moduler l'évolution en changeant le signal optique touchant la rétine.

Une sous-correction ou une absence de correction optique entraîne une perte de stimulation (privation de forme) qui contribue à la myopisation et à son évolution³⁰.

L'œil qui réalise un flou central adopte son réflexe primaire et s'allonge: l'œil devient plus myope! Dans ce cas précis, la protéine 1 de la matrice extracellulaire de type fibuline contenant EGF influence la matrice extra-cellulaire de la sclère. En cas de flou central (*privation de forme*, par sous correction ou absence de correction), cette protéine est surstimulée et affaiblit la sclère, ce qui permet à l'œil de s'allonger et de devenir plus myope. Il faut donc maintenir en tout temps une correction optique centrale à foyer. Cela implique de revoir le myope fréquemment et d'adapter sa correction à mesure que sa réfraction change.



Pour freiner ou ralentir la myopie, il est encore plus important de stimuler la zone maculaire, donc la région périphérique de la macula. La DÉF - est protectrice et ralentit l'élongation. La DÉF + est néfaste et encourage l'élongation.

Les lunettes simple vision produisent en périphérie une DÉF- et des aberrations sphériques négatives, myopisantes. Autant en verres de lunettes qu'en lentilles cornéennes³¹. Il n'est donc pas recommandé de les prescrire à un jeune dont la myopie évolue.

A contrario, l'ajout de convexe qui atteint la zone maculaire engendre une DÉF +, protectrice. C'est la base des interventions optiques en lunettes ou en lentilles cornéennes. Ces verres «anti-myopie» permettent donc de conserver une image centrale claire (essentielle) tout en générant, par la zone plus convexe périphérique, une DÉF + protectrice³².

Les grands myopes et les myopes dont la condition évolue rapidement doivent être exposés à des niveaux de DÉF + davantage élevés (dose-réponse). C'est pourquoi il est recommandé de prescrire de plus fortes valeurs convexes. C'est notamment atteint lorsqu'on utilise des lentilles cornéennes multifocales forte addition ou l'orthokératologie. En lunette, des microlentilles ou des systèmes optiques permettent d'atteindre également des niveaux de DÉF + efficaces.

Les lentilles doivent être portées selon les recommandations du fabricant et suffisamment longtemps pour engendrer une réaction positive et un contrôle. Des suivis réguliers doivent être faits³³.

L'atropine comme médicament peut être ajoutée puisqu'elle influence la choroïde (épaississement)³⁴ et contribue donc à influencer la réponse oculaire (fibres de la sclère deviennent plus rigides et résistent à l'élongation).

Impact de la myopie sur la santé oculaire

Il est connu que toute myopie peut entraîner une pathologie oculaire². La prévention de ces pathologies est la principale raison de contrôler l'évolution myopique.

	Glaucome	Cataracte sous-capsulaire post	Décollement rétine	Maculopathie myopique
-1,00 à -3,00	2,3	2,1	3,1	2,2
-3,00 à -5,00	3,3	3,1	9,0	9,7
-5,00 à -7,00	3,3	5,5	21,5	40,6
>-7,00	--	--	44,2	126,8

Les pathologies décrites prennent un contexte particulier en présence de myopie:

La cataracte du patient grand myope se développe à un plus jeune âge et se différencie de la cataracte sénile standard. Il s'agit d'une cataracte sous-capsulaire postérieure, très dérangeante visuellement. Bien que traitable par chirurgie, l'intervention revêt un caractère de risque plus élevé que dans le cas d'un non myope (22% de plus pour chaque mm de longueur axiale supérieure à la normale)³⁵.

Le glaucome du patient myope n'est pas de même nature que le glaucome chronique à angle ouvert. Les modifications structurelles générées par l'allongement oculaire peuvent imiter des déficits glaucomeux ou masquer l'évolution du glaucome présent. Il y a donc un grand défi sur le plan du diagnostic et du suivi des patients, d'autant que les techniques d'investigation sont déficientes pour ce type de patients³⁶. Les traitements sont également beaucoup plus complexes en raison de la nature des changements liés à la forte myopie³⁷.

- Les atteintes de la rétine entraînent des conséquences mineures ou majeures, selon la sévérité de l'atteinte et la rapidité de sa prise en charge. Encore ici, le risque d'atteinte et de déchirure s'accroît à mesure que l'œil grandit³⁸. Les longueurs axiales les plus importantes sont donc plus à risque que les autres, bien que tout myope présente un risque accru par rapport aux emmétropes.
- La maculopathie myopique est sans doute la conséquence pathologique la plus importante. Similaire à une dégénérescence maculaire humide, elle peut entraîner un handicap visuel majeur^{39,40}.

Le contrôle de la myopie permet de réduire le risque de ces pathologies et leurs effets négatifs, en limitant la progression de la longueur axiale. Ceci doit concerner tous les myopes car, comme il a été établi, il n'existe pas de niveau «sécuritaire» de myopie.

5.0 Traiter la myopie

Le contrôle de la myopie se fait de plusieurs façons, reconnaissant le côté multifactoriel de cette atteinte. Il n'existe pas une seule méthode qui puisse convenir à tous les enfants et qui à elle seule peut être efficace contre l'apparition ou l'évolution de la myopie. Seul un suivi rigoureux et rapproché du patient permet d'ajuster la stratégie de traitement.

5.1 Traiter le pré-myopie

Les études ont prouvé qu'il est possible d'identifier à l'avance les enfants qui sont les plus susceptibles de développer une myopie. Le tableau suivant⁴¹ décrit le niveau de réfraction suspecte, sous cycloplégie, en fonction de l'âge.

Niveau d'hypermétropie	Âge
$\leq +0,75$	6
$\leq +0,50$	7-8
$\leq +0,25$	9-10
Emmétropie ou myopie	11

Tout enfant qui présenterait une hypermétropie inférieure à ces niveaux est considéré comme à fort risque de développer une myopie dans les deux ans suivants. De même, tout enfant chez qui la progression de la longueur axiale est déterminée comme excédant la croissance normale d'un emmétrope est considéré comme pré-myope⁴².

Il existe des moyens d'intervenir chez ces pré-myopes afin de retarder l'évolution de la myopie et de réduire les risques pathologiques qui y sont associés.

A. Exposition à la lumière du jour.

Méthode efficace en prévention⁴³

- Moins évident comme facteur bénéfique une fois la myopie installée.
- Le port de lunettes solaires ne réduit pas le bénéfice de cette exposition⁴⁴.
- Il y a une dose-réponse associée à cette exposition : le bénéfice est proportionnel au temps passé à l'extérieur⁴⁵.
- Une exposition de 2 h par jour (14 h/semaine) peut être considérée comme optimale⁴⁶.
- Elle permet même de compenser, en partie, l'effet détriminaire des écrans⁴⁷.

B. Travail au près

- Des méta-analyses indiquent que le travail en vision rapprochée soumet le système visuel à un stress qui peut constituer un risque de myopisation ou de progression myopique, autant chez l'enfant que chez l'adulte^{48,49}.
- Le travail au près prolongé est donc considéré comme un facteur de risque important de myopisation et d'évolution myopique⁵⁰.
- Les téléphones et tablettes sont consultés à des distances inférieures à 32 cm.

- En ce sens, ce n'est pas l'usage de l'écran lui-même qui est en jeu, mais bien la manière de l'utiliser (voir point suivant).
- Rôle des professionnels pour apprendre ces bonnes habitudes de lecture aux parents et aux enfants.

C. Écrans

- Les écrans en soi ne sont pas nuisibles, mais c'est bien l'usage qu'on en fait.
- Même un usage limité, 20 minutes de consultation d'un téléphone intelligent, est associé à un risque accru de myopie⁵¹.
- La distance d'observation a été traitée.
- Le travail sur écran limite les pauses que l'on pourrait observer naturellement à la lecture d'un livre par exemple. Il y a donc différence selon le médium utilisé pour lire ou apprendre⁵².
- La règle du 20-20-20 (pause de 20 sec - aux 20 minutes, en regardant à 20 pieds) n'est pas utile. Il faut une pause de 5 minutes par heure pour détendre suffisamment le système visuel⁵³.
- L'OMS indique que tout bébé de 0 à 2 ans ne devrait JAMAIS être exposé aux écrans; avant 5 ans, l'usage des écrans doit être limité à 1 h/jour⁵⁴.
- Encore ici, le professionnel de la santé doit informer les parents de ces réalités.

D. Nutrition

- Nouveau champ de recherche
- L'obésité infantile est un facteur qui peut favoriser la myopie⁵⁵.
- L'obésité peut créer une résistance à l'insuline et donc favoriser la myopie⁵⁶. En effet, l'insuline joue un rôle important dans la transmission des biomodulateurs dont nous avons parlé⁵⁷ et influence également la réaction du cristallin durant l'emmétropisation.
- L'éducation des parents et des jeunes patients au sujet d'une alimentation saine doit faire partie du discours du professionnel de la santé.

E. Poussée de croissance

- Une poussée de croissance est reconnue comme facteur de risque de myopisation⁵⁸. Tout changement trop rapide de la longueur axiale empêche le système optique de s'ajuster.

F. Anomalie de la vision binoculaire⁵⁹

- Certaines anomalies de la vision binoculaire contribuent à l'apparition de la myopie (par exemple: fort décalage accommodatif).
- Certaines autres contribuent davantage à son évolution (excès de convergence, exotropie intermittente).
- L'évaluation et le traitement des anomalies de la vision binoculaire font partie intégrante d'une approche rationnelle du diagnostic et de la prise en charge de la myopie, tel que recommandé par un groupe d'experts⁶⁰.

5.2 Identifier les facteurs de risque — non modifiables

Les facteurs de risque suivants sont non modifiables, mais doivent interpeller les professionnels de la santé. La présence de ces facteurs permet de considérer l'enfant ou le patient comme myope potentiel ou un myope dont la condition évoluera rapidement⁶¹. Dans tous les cas, les stratégies de contrôle doivent être adaptées afin de contrôler l'évolution myopique.

d. Âge⁶²

- i. Toute myopie qui apparaît avant 10 ans est considérée comme évoluant rapidement.

e. Ethnie⁶²

- i. Les patients d'origine asiatique présentent un risque plus élevé de myopie que les Caucasiens ou autres origines ethniques.

f. Hérité/Génétique⁶³

- i. Les enfants qui ont un parent myope sont plus à risque de myopisation. Ce risque augmente si l'autre parent est également myope.
- ii. Lorsque les parents et les grands-parents sont myopes, le risque de l'enfant de devenir myope est presque de 100%.
- iii. La présence d'une forte myopie chez les parents ou les grands-parents est un facteur de risque de forte myopie chez l'enfant.
- iv. La génétique ne compte toutefois que pour 30% au maximum de la myopisation. L'environnement dans lequel l'enfant évolue y contribue davantage.

g. Sexe à la naissance⁶⁴

- i. La myopie progresse plus rapidement chez les filles, notamment parce que leur croissance physique est plus rapide en général.

6.0 Traiter le myope confirmé

La stratégie de traitement repose sur une approche rigoureuse et personnalisée. Il n'existe pas d'approche unique pour tous les myopes. Les stratégies doivent englober : l'environnement dans lequel évolue le myope, la réfraction

de base et son évolution, les caractéristiques du patient, les moyens optiques portés, l'ajout de traitement secondaire et l'observance. C'est une approche complexe qui ne peut pas se limiter à un seul élément.

Les étapes importantes sont⁶⁵ :

- 1) Confirmer le diagnostic de la myopie par examen sous cycloplégie.
- 2) Traiter toute anomalie significative de vision binoculaire qui pourrait contribuer à son évolution.
- 3) Selon l'âge du patient et sa condition oculovisuelle, déterminer le type de stratégie à adopter.
- 4) La longueur axiale initiale du patient (première visite) relativement à son âge détermine l'intensité du traitement.
- 5) Si on veut augmenter l'intensité du traitement ou si on constate que la myopie évolue plus que prévu, il est possible d'ajouter l'atropine à faible dose comme élément.

7.0 Produits optiques de contrôle de myopie

Tous les produits optiques utilisés pour contrôler la myopie partagent les caractéristiques suivantes :

- Assurent une mise à foyer en vision centrale (VL).
- Assurent une défocalisation qui joue sur la périphérie rétinienne.

Certains sont conçus spécifiquement pour le contrôle de la myopie, d'autres sont utilisés d'une autre manière que celle indiquée sur l'étiquette, comme cela se fait couramment en médecine ou en soins oculaires.

7.1 Verres de lunettes

Le Canada est un des rares pays à travers le monde qui a accès aux principaux designs de verres de lunettes anti-myopie. Le tableau suivant⁶⁶ résume les caractéristiques de ces designs et leur relative efficacité.

Options de verres de lunettes pour le contrôle de la myopie						
Type	Cie	Design	Études cliniques	Variation long. axiale (part./contrôle)	Variation Rx	Efficacité
DIMS	Hoya	Zone centrale de 9 mm entourée d'une zone de 33 mm de micro-lentille de +3,50 D (ratio 50-50)	6 ans	An 1 : 0,10/0,32 An 3 : 0,31/s.o. An 6 : 0,60/s.o.	-0,18/-0,58 -0,53/s.o. -0,95/s.o.	Élevée
HALT	Essilor	Zone centrale de 9 mm entourée de 11 anneaux de lentille hautement asphérique (50-50), avec puissance de +3,5 à +6,0 D. Distribution et puissance varient en fonction de la correction myopique	3 ans	An 1 : 0,12/0,36 An 3 : 0,49/0,98	-0,25/-0,82 -1,00/-2,05	Élevée

Options de verres de lunettes pour le contrôle de la myopie

DOT	Sight Glass	Zone centrale de 5 mm entourée de diffuseurs microscopiques translucides de 0,014 mm de diamètre sur toute la surface	4 ans	An 1 : 0,15/0,30 An 3 : 0,59/0,72	-0,14/-0,54 -0,83/-1,16	Modérée
CARE	Zeiss	A : zone centrale de 7 mm entourée de microcylindres générant +4 D (âge < 10 ans) B : zone de 9 mm entourée de microcylindres de +3,75 D (âge > 10 ans)	1 an (prototype — pas produit final)	An 1 : 0,26/0,36	-0,56/-0,71	Faible
MDPL	IOT	Zone centrale de 7 mm – Zone de défocalisation asymétrique (temporal +1,87 D/nasal +1,50 D/ inférieur +2 D/ supérieur - aucun	1 an	0,14/0,23	-0,25/-0,36	Faible
Perifocal Mycon Myorelax	Rodenstock et autres	Zone centrale de 10 mm avec deux zones de défocalisation asymétrique (+2,50 @ 25mm temp; +2,00 @ 25 mm nasal)	4 ans	Résultats de la seule étude publiée non crédibles; Plusieurs éléments douteux		Non recommandé — en attente d'autres données plus crédibles

Il existe aussi des études qui prouvent que certains types de verres de lunettes NE SONT PAS efficaces⁶⁷:

- Verres progressifs standard
- Verres bifocaux standard

À l'exception de cas très spécifiques (forte éso au près avec un fort décalage accommodatif): alors un verre bifocal ou progressif doté de prismes peut être considéré. Ceci étant, les verres modernes anti-myopie sont préférables et, au besoin, peuvent être prescrits avec prismes.

7.2 Lentilles cornéennes

Deux types de lentilles anti-myopie peuvent être prescrites. L'orthokératologie est reconnue depuis longtemps comme moyen efficace de contrôler la progression myopique⁶⁸. Ses designs évoluent et on voit apparaître maintenant des designs destinés au contrôle de la myopie qui s'éloignent un peu des designs standard^{69,70}, développés pour la correction myopique. L'efficacité des designs spécifiques au contrôle de la myopie est plus élevée. Cela s'explique par le fait que les designs faits pour la correction de la myopie tendent à adopter de larges zones optiques afin de repousser la zone de défocalisation en dehors de la pupille, pour éviter la perception de halos et d'éblouissement. Cela est contraire à une gestion de la myopie où l'on veut concentrer les rayons de défocalisation dans la pupille (minimum 60% de l'aire pupillaire couverte). C'est pourquoi il faut recourir à des zones centrales plus petites. Certains designs incorporent déjà ce type de zone réduite (par exemple: Dreamlens).

D'autres ont introduit cette solution de rechange récemment, comme dans le cas de la CRT. Cela étant, dans ce dernier cas, le fait que la lentille repose sur un design de tangente ne permet pas une traduction directe de la zone optique réduite sur la cornée. Il faut donc confirmer par la topographie que la zone réduite permet effectivement de couvrir adéquatement la pupille par la défocalisation. À défaut, un autre design doit être envisagé.

La majorité des lentilles OK doivent aussi être prescrites avec des périphéries toriques. Il est assez simple d'en déterminer la nécessité. L'analyse de la topographie, au rayon de 7 mm, est cruciale. En utilisant la carte d'élévation, une différence de 25 microns ou plus entre les méridiens principaux indique le besoin de recourir à un design torique. De même, la présence d'un astigmatisme cornéen limbe à limbe ne laisse pas de doute sur la nécessité d'adopter des périphéries toriques.

L'enjeu principal avec l'orthokératologie demeure l'hygiène, considérant le port de nuit de la lentille. Des instructions claires, bannir l'exposition à l'eau du robinet pour rincer la lentille ou l'étui, et des suivis réguliers du patient font de l'orthokératologie une méthode aussi sécuritaire que le port de lentilles cornéennes de jour.

Le second type de lentilles cornéennes est constitué de lentilles souples, dont la majorité est à usage unique (1 jour). Le tableau de la page suivante⁶⁶ résume leurs caractéristiques et leur efficacité relative.

Type	Cie	Matériau	Paramètres	Design
MiSight	Cooper	Omafilcon A	8,7/14,2 -0,50 à -7 D	Optique double focalisation au centre entourée d'un premier anneau de défocalisation, suivi d'une zone VL et d'un deuxième anneau de défocalisation. Diamètre de 3,4 mm/4,8/6,8/8,8 mm.
Ability 1 Day	J&J	Senofilcon A	7,9/13,8 -0,25 à -8 D	Nouveau design qui comprend une zone de défocalisation de puissance non coaxiale de +7 D à 6 mm. Zone de puissance optimisée de +10, centrale, de diamètre de 0,79 mm.
Naturalvue	VTI Technology	Etafilcon A	8,3/14,5 +4 D à -12,25 D	Design non monotone, basé sur optique caténaire. Il génère une augmentation de puissance convexe presque immédiate (< 0,5 mm) qui atteint un max de puissance (+3,38 D) à un rayon de 2,6 mm. Crée un effet de trou sténopéique. Ensuite la puissance + se réduit. Malgré ce qu'en dit le fabricant, ce n'est pas un design de type EDOF.
Biofinity MF	Cooper Vision	Comfilcon A	8,6/14,0 +6 D à -8 D Design D (+1,50 à +2,50 D add.)	Zone centrale de 1,5 mm — Augmentation de +1,5 à +2 D sur un rayon de 1,5 à 2 mm suivants. L'addition est maintenue jusqu'à 3,8 mm. Utilisée surtout chez les jeunes adultes. NOTER : le profil de puissance dénote une sous-corrrection de 0,50 D par rapport à la puissance inscrite (une -3,00 est dans les faits une -2,50. Demande donc souvent une surcorrection myopique).
EDOF	Plusieurs distributeurs	Silicone Hydrogel	8,4/14,2 +5 D à -12 D 3 add.	Manipulation des aberrations d'ordre supérieur pour créer un profil optique qui étend la plage de focalisation au près. Le signal optique alterne entre l'avant et l'arrière de la rétine.

Performance des lentilles souples

Lentille	Durée	Variation LA			Variation Rx			Efficacité
		Test	Contrôle	Diff.	Test	Contrôle	Test	
Ability	6	0,08	0,19	-0,11	-0,12	-0,35	-0,13	Élevée
Mylo (EDOF)	6	0,11	0,17	-0,06	-0,13	-0,29	-0,16	Faible
MiSight	12	0,09	0,24	-0,15	-0,18	-0,58	-0,40	Haute
Naturalvue	12	0,12	0,29	-0,17	-0,18	-0,59	-0,41	Haute
EDOF	12	0,19	0,34	-0,15	-0,34	-0,57	-0,23	Faible
Biofinity	36	0,42	0,66	-0,24	-0,60	-1,05	-0,55	Faible
EDOF	36	0,55	0,97	-0,42	-0,90	-1,54	-0,54	Faible
MiSight	36	0,30	0,62	-0,32	-0,50	-1,25	-0,75	Élevée

8.0 Produits pharmacologiques

Plusieurs molécules ont été considérées pour le contrôle de la myopie, soit en monothérapie ou en combinaison avec des produits optiques.

8.1 Atropine MONOTHÉRAPIE

Plusieurs études ont été effectuées à ce sujet et, en monothérapie, l'approche hollandaise fait office de référence⁷¹:

- Prescrire atropine 0,5% pour tout patient atteignant 75 percentile ou plus sur la charte de Tideman⁷².

Rx appoint de lunettes progressives (add +1,75 D) photochromiques pour compenser les effets de photophobie et la réduction de l'accommodation générée à cette dose d'atropine.

La médication doit être réduite en palier lorsque l'on envisage de cesser le traitement.

- Prescrire atropine 0,05% pour tout autre patient sous 75 percentile.

Rx appoint (photochromique, prog.) au besoin, selon symptômes, rarement utilisés.

La médication doit aussi être réduite en palier.

L'étude LAMP⁷³ a prouvé qu'en monothérapie, il existait aussi une dose-réponse: la concentration de 0,05% est beaucoup plus efficace en contrôle que la 0,01%. Ceci étant, la 0,05% n'est pas suffisante pour assurer un bon contrôle chez les jeunes de moins de 10 ans chez qui la myopie progresse très rapidement.

Tout traitement sous atropine doit être poursuivi jusqu'à stabilité de la longueur axiale (croissance max de 0,05 mm par année deux années de suite, ou absence d'élongation 2 ans de suite) ou jusqu'à l'âge de 16 ans.

8.2 Atropine – COMBINÉE

En thérapie combinée, l'atropine 0,05% est aussi la molécule de choix pour les plus jeunes patients (< 12 ans). Cette concentration peut être ramenée à 0,025% chez les plus âgés. D'une part, elle est mieux tolérée (photophobie et accommodation) et l'intensité du contrôle peut être réduite (chez les plus âgés, la myopie progresse moins vite que chez les plus jeunes).

9.0 Efficacité des traitements

La vaste majorité des traitements qui sont prescrits en contrôle de myopie ont fait l'objet d'études scientifiques randomisées sur plusieurs années. Ces études sont publiées dans des revues avec comité de lecture et font l'objet d'une rigueur scientifique qu'on ne peut pas remettre en cause.

Par exemple :

- Lentille MIsight de Cooper Vision: données sur une période de 6 ans prouvant un ralentissement significatif de la myopie⁷⁴.
- Verre Miyosmart de Hoya: données sur 6 ans prouvant leur efficacité⁷⁵.

Ceci étant, les méta-analyses indiquent qu'il n'existe pas une méthode de choix. Il faut adapter la méthode à l'enfant en tenant compte de sa condition, ses préférences, le budget, etc. Toutes les méthodes, si elles sont bien prescrites et si le patient respecte leur usage (observance), démontrent une efficacité similaire autour de 60% de ralentissement de la croissance naturelle de l'œil myope. Ceci n'est pas banal!


L'ajout de l'atropine à faible dose à ces moyens optiques permet d'augmenter l'efficacité des traitements⁷⁶, pour atteindre plus de 80% de contrôle dans la majorité des cas.

En effet, il a été démontré que si on réduit d'une seule dioptrie la progression myopique d'un enfant, on réduit alors de 40% le risque de maculopathie⁷⁷, pathologie cécitante! Il y a très peu d'initiatives aussi performantes en matière de prévention en santé publique.

A contrario, ne rien faire et prescrire des lunettes simple vision revient à encourager l'œil à s'allonger, la myopie à progresser rapidement et les pathologies à se développer dans le futur. Ce serait comme donner un régime riche en sucre à un diabétique ou un paquet de cigarettes à un patient asthmatique!

Conclusion

Le contrôle de la myopie est devenu un standard de pratique. Comprendre d'où la myopie provient, il devient plus facile d'adapter la stratégie de contrôle à chaque enfant. Il est important de travailler autant sur les facteurs externes (jouer dehors, distance de vision de près, temps d'écran, etc.) que sur les facteurs optiques.

À ce titre, les stratégies sont toutes similairement efficaces bien que certains produits se démarquent des autres. Certains sont à éviter. C'est là que l'importance de la recommandation du professionnel entre en jeu. 



RÉFÉRENCES

1. Organization WH. The impact of myopia and high myopia: 2016 [cité le October 2019 2019]. Disponible: <https://www.who.int/blindness/causes/MyopiaReportforWeb.pdf>
2. Flitcroft DI. The complex interactions of retinal, optical and environmental factors in myopia aetiology. *Prog Retin Eye Res.* 2012;31(6):622-60. doi 10.1016/j.preteyeres.2012.06.004.
3. Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, Jong M, Naidoo KS, Sankaridurg P, et al. Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology.* 2016;123(5):1036-42. doi 10.1016/j.ophtha.2016.01.006.
4. Organization WH. World report on Vision. 2019.
5. Hendicott P, Block SS. How the World Council of Optometry produced new guidelines for myopia management. *Community eye health.* 2022;35(117):21-2.
6. Strabismus WSoPOa. Myopia consensus Statement: 2023;. Disponible: <https://www.wspos.org/swdcore/uploads/WSPoS-Myopia-Consensus-Statement-2023-1.pdf>
7. Optometrists CA. CAO Position Statement on Myopia Management: 2022;. Disponible: <https://opto.ca/sites/default/files/resources/documents/CAO%20Position%20Statement%20on%20Myopia%20Management%202022.pdf>
8. Taff S. The optician's role in Myopia Management. *Eyecare Business.* 2022;36(June 2022):52-4.
9. Ekdawi NS. Refractive Development: American Academy of Ophthalmology- education; 2018 [2024 July]. Disponible: <https://www.aao.org/education/disease-review/refractive-development>
10. Mayer DL, Hansen RM, Moore BD, Kim S, Fulton AB. Cycloplegic refractions in healthy children aged 1 through 48 months. *Arch Ophthalmol.* 2001;119(11):1625-8. doi 10.1001/archophth.119.11.1625.
11. Wallman J, Winawer J. Homeostasis of eye growth and the question of myopia. *Neuron.* 2004;43(4):447-68. doi 10.1016/j.neuron.2004.08.008.
12. Smith EL, 3rd, Hung LF, Huang J, Blasdel TL, Humbird TL, Bockhorst KH. Effects of optical defocus on refractive development in monkeys: evidence for local, regionally selective mechanisms. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2010;51(8):3864-73. doi 10.1167/iovs.09-4969.
13. Erdinest N, London N, Lavy I, Berkow D, Landau D, Morad Y, Levinger N. Peripheral Defocus and Myopia Management: A Mini-Review. *Korean J Ophthalmol.* 2023;37(1):70-81. doi 10.3341/kjo.2022.0125.
14. Smith EL, 3rd, Hung LF, Huang J, Arumugam B. Effects of local myopic defocus on refractive development in monkeys. *Optom Vis Sci.* 2013;90(11):1176-86. doi 10.1097/0px.000000000000038.

15. Zhang Y, Phan E, Wildsoet CF. Retinal Defocus and Form-Deprivation Exposure Duration Affects RPE BMP Gene Expression. *Sci Rep.* 2019;9(1):7332. doi 10.1038/s41598-019-43574-z.
16. Sander BP, Collins MJ, Read SA. The interaction between homatropine and optical blur on choroidal thickness. *Ophthalmic Physiol Opt.* 2018;38(3):257-65. doi 10.1111/opo.12450.
17. Lau JK, Vincent SJ, Cheung S-W, Cho P. Higher-Order Aberrations and Axial Elongation in Myopic Children Treated With Orthokeratology. *Investigative Ophthalmology & Visual Science.* 2020;61(2):22-. doi 10.1167/iovs.61.2.22.
18. Brown DM, Mazade R, Clarkson-Townsend D, Hogan K, Datta Roy PM, Pardue MT. Candidate pathways for retina to scleral signaling in refractive eye growth. *Exp Eye Res.* 2022;219:109071. doi 10.1016/j.exer.2022.109071.
19. Harper AR, Summers JA. The dynamic sclera: extracellular matrix remodeling in normal ocular growth and myopia development. *Exp Eye Res.* 2015;133:100-11. doi 10.1016/j.exer.2014.07.015.
20. Tse DY, To CH. Graded competing regional myopic and hyperopic defocus produce summated emmetropization set points in chick. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2011;52(11):8056-62. doi 10.1167/iovs.10-5207.
21. Walline JJ, Walker MK, Mutti DO, Jones-Jordan LA, Sinnott LT, Giannoni AG, et al. Effect of High Add Power, Medium Add Power, or Single-Vision Contact Lenses on Myopia Progression in Children: The BLINK Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2020;324(6):571-80. doi 10.1001/jama.2020.10834 %J JAMA.
22. Zhong Y, Chen Z, Xue F, Zhou J, Niu L, Zhou X. Corneal power change is predictive of myopia progression in orthokeratology. *Optom Vis Sci.* 2014;91(4):404-11. doi 10.1097/OPX.000000000000183.
23. Yam JC, Zhang XJ, Zhang Y, Wang YM, Tang SM, Li FF, et al. Three-Year Clinical Trial of Low-Concentration Atropine for Myopia Progression (LAMP) Study: Continued Versus Washout: Phase 3 Report. *Ophthalmology.* 2022;129(3):308-21. doi 10.1016/j.ophtha.2021.10.002.
24. Berntsen DA, Barr CD, Mutti DO, Zadnik K. Peripheral defocus and myopia progression in myopic children randomly assigned to wear single vision and progressive addition lenses. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2013;54(8):5761-70. doi 10.1167/iovs.13-11904.
25. Boote C, Sigal IA, Grytz R, Hua Y, Nguyen TD, Girard MJA. Scleral structure and biomechanics. *Prog Retin Eye Res.* 2020;74:100773. doi 10.1016/j.preteyeres.2019.100773.
26. Charman WN, Radhakrishnan H. Peripheral refraction and the development of refractive error: a review. *Ophthalmic Physiol Opt.* 2010;30(4):321-38. doi 10.1111/j.1475-1313.2010.00746.x.
27. Smith Iii EL, Arumugam B, Hung LF, She Z, Beach K, Sankaridurg P. Eccentricity-dependent effects of simultaneous competing defocus on emmetropization in infant rhesus monkeys. *Vision Res.* 2020;177:32-40. doi 10.1016/j.visres.2020.08.003.
28. Boily L, Michaud L, Garon ML, Marcotte R. Effects of Optical Zone Variation of High-Addition Multifocal Contact Lenses on the Global Flash Multifocal Electroretinography. *Eye Contact Lens.* 2024;50(7):315-20. doi 10.1097/icl.0000000000001099.
29. Arends M, Biegstraaten M, Wanner C, Sirrs S, Mehta A, Elliott PM, et al. Agalsidase alfa versus agalsidase beta for the treatment of Fabry disease: an international cohort study. *J Med Genet.* 2018;55(5):351-8. doi 10.1136/jmedgenet-2017-104863.
30. Logan NS, Wolffsohn JS. Role of un-correction, under-correction and over-correction of myopia as a strategy for slowing myopic progression. *Clin Exp Optom.* 2020;103(2):133-7. doi 10.1111/cxo.12978.
31. Banerjee S, Horton J. CADTH Health Technology Review. Lenses and Spectacles to Prevent Myopia Worsening in Children. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health Copyright © 2021 Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.; 2021.
32. Mutti DO, Sinnott LT, Berntsen DA, Jones-Jordan LA, Orr DJ, Walline JJ. The Effect of Multifocal Soft Contact Lens Wear on Axial and Peripheral Eye Elongation in the BLINK Study. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2022;63(10):17. doi 10.1167/iovs.63.10.17.
33. Verkicharla PK, Thakur S, Kekunnaya R, Dhakal R, Manoharan MK, Gupta SK, et al. The "IMPACT" myopia management guidelines. *Indian J Ophthalmol.* 2023;71(7):2882-4. doi 10.4103/ijo.ijo_744_23.
34. Chiang ST, Turnbull PRK, Phillips JR. Additive effect of atropine eye drops and short-term retinal defocus on choroidal thickness in children with myopia. *Sci Rep.* 2020;10(1):18310. doi 10.1038/s41598-020-75342-9.
35. Fesharaki H, Peyman A, Rowshandel M, Peyman M, Alizadeh P, Akhlaghi M, Ashtari A. A comparative study of complications of cataract surgery with phacoemulsification in eyes with high and normal axial length. *Adv Biomed Res.* 2012;1:67. doi 10.4103/2277-9175.102971.
36. Sun MT, Tran M, Singh K, Chang R, Wang H, Sun Y. Glaucoma and Myopia: Diagnostic Challenges. *Biomolecules.* 2023;13(3). doi 10.3390/biom13030562.
37. Vinod K, Salim S. Addressing Glaucoma in Myopic Eyes: Diagnostic and Surgical Challenges. *Bioengineering (Basel).* 2023;10(11). doi 10.3390/bioengineering1011260.
38. Williams K, Hammond C. High myopia and its risks. *Community eye health.* 2019;32(105):5-6.
39. Bullimore MA, Brennan NA. The underestimated role of myopia in uncorrectable visual impairment in the United States. *Sci Rep.* 2023;13(1):15283. doi 10.1038/s41598-023-42108-y.
40. Ye L, Chen Q, Hu G, Xie J, Lv H, Shi Y, et al. Distribution and association of visual impairment with myopic maculopathy across age groups among highly myopic eyes - based on the new classification system (ATN). *Acta Ophthalmol.* 2022;100(4):e957-e67. doi 10.1111/aos.15020.
41. Zadnik K, Sinnott LT, Cotter SA, Jones-Jordan LA, Kleinstein RN, Manny RE, et al. Prediction of Juvenile-Onset Myopia. *JAMA Ophthalmol.* 2015;133(6):683-9. doi 10.1001/jamaophthalmol.2015.0471.
42. Mutti DO, Hayes JR, Mitchell GL, Jones LA, Moeschberger ML, Cotter SA, et al. Refractive error, axial length, and relative peripheral refractive error before and after the onset of myopia. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2007;48(6):2510-9. doi 10.1167/iovs.06-0562.
43. Lingham G, Yazar S, Lucas RM, Milne E, Hewitt AW, Hammond CJ, et al. Time spent outdoors in childhood is associated with reduced risk of myopia as an adult. *Sci Rep.* 2021;11(1):6337. doi 10.1038/s41598-021-85825-y.
44. Lanca C, Teo A, Vivagandan A, Htoon HM, Najjar RP, Spiegel DP, et al. The Effects of Different Outdoor Environments, Sunglasses and Hats on Light Levels: Implications for Myopia Prevention. *Translational vision science & technology.* 2019;8(4):7-. doi 10.1167/tvst.8.4.7.
45. Ho CL, Wu WF, Liou YM. Dose-Response Relationship of Outdoor Exposure and Myopia Indicators: A Systematic Review and Meta-Analysis of Various Research Methods. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(14). doi 10.3390/ijerph16142595.
46. Yang Y-C, Hsu N-W, Wang C-Y, Shyong M-P, Tsai D-C. The Prevalence Trend of Myopia after Promoting Outdoor Activity among Preschoolers, 2014-2019: A Serial Cross-sectional Study in Yilan, Taiwan. *Investigative Ophthalmology & Visual Science.* 2021;62(8):2881-.

47. Enthoven CA, Tideman JW, Polling JR, Yang-Huang J, Raat H, Klaver CCW. The impact of computer use on myopia development in childhood: The Generation R study. *Prev Med*. 2020;132:105988. doi 10.1016/j.ypmed.2020.105988.
48. Karthikeyan SK, Ashwini DL, Priyanka M, Nayak A, Biswas S. Physical activity, time spent outdoors, and near work in relation to myopia prevalence, incidence, and progression: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Indian J Ophthalmol*. 2022;70(3):728-39. doi 10.4103/ijoo.IJO_1564_21.
49. Dutheil F, Queslati T, Delamarre L, Castanon J, Maurin C, Chiambaretta F, et al. Myopia and Near Work: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(1). doi 10.3390/ijerph20010875.
50. Pärssinen O, Lassila E, Kauppinen M. Associations of Children's Close Reading Distance and Time Spent Indoors with Myopia, Based on Parental Questionnaire. *Children (Basel)*. 2022;9(5). doi 10.3390/children9050632.
51. Enthoven CA, Polling JR, Verzijden T, Tideman JW, Al-Jaffar N, Jansen PW, et al. Smartphone Use Associated with Refractive Error in Teenagers: The Myopia App Study. *Ophthalmology*. 2021;128(12):1681-8. doi 10.1016/j.ophtha.2021.06.016.
52. Read SA, Alonso-Caneiro D, Hoseini-Yazdi H, Lin YK, Pham TTM, Sy RI, et al. Objective Measures of Gaze Behaviors and the Visual Environment during Near-Work Tasks in Young Adult Myopes and Emmetropes. *Translational vision science & technology*. 2023;12(11):18-. doi 10.1167/tvst.12.11.18.
53. Pucker AD, Gawne TJ. Fighting Myopia with Intermittent Nearwork Breaks: 20 Seconds Every 20 Minutes Might Not Be Enough Time. *Optom Vis Sci*. 2023;100(1):31-2. doi 10.1097/OPX.0000000000001965.
54. Organization WH. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Geneva 2019.
55. Lee S, Lee HJ, Lee KG, Kim J. Obesity and high myopia in children and adolescents: Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *PLoS One*. 2022;17(3):e0265317. doi 10.1371/journal.pone.0265317.
56. Galvis V, López-Jaramillo P, Tello A, Castellanos-Castellanos YA, Camacho PA, Cohen DD, et al. Is myopia another clinical manifestation of insulin resistance? *Med Hypotheses*. 2016;90:32-40. doi 10.1016/j.mehy.2016.02.006.
57. Yang J, Ouyang X, Fu H, Hou X, Liu Y, Xie Y, et al. Advances in biomedical study of the myopia-related signaling pathways and mechanisms. *Biomed Pharmacother*. 2022;145:112472. doi 10.1016/j.biopha.2021.112472.
58. Tao L, Wang C, Peng Y, Xu M, Wan M, Lou J, Yu X. Correlation Between Increase of Axial Length and Height Growth in Chinese School-Age Children. *Front Public Health*. 2021;9:817882. doi 10.3389/fpubh.2021.817882.
59. Logan NS, Radhakrishnan H, Cruickshank FE, Allen PM, Bandela PK, Davies LN, et al. IMI Accommodation and Binocular Vision in Myopia Development and Progression. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2021;62(5):4. doi 10.1167/iovs.62.5.4.
60. Tapasztó B, Flitcroft DI, Aclimandos WA, Jonas JB, De Faber JHN, Nagy ZZ, et al. Myopia management algorithm. Annexe to the article titled Update and guidance on management of myopia. European Society of Ophthalmology in cooperation with International Myopia Institute. *Eur J Ophthalmol*. 2023;11206721231219532. doi 10.1177/11206721231219532.
61. Morgan IG, Wu PC, Ostrin LA, Tideman JW, Yam JC, Lan W, et al. IMI Risk Factors for Myopia. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2021;62(5):3. doi 10.1167/iovs.62.5.3.
62. Jones-Jordan LA, Sinnott LT, Chu RH, Cotter SA, Kleinstein RN, Manny RE, et al. Myopia Progression as a Function of Sex, Age, and Ethnicity. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2021;62(10):36. doi 10.1167/iovs.62.10.36.
63. Tedja MS, Haarman AEG, Meester-Smoor MA, Kaprio J, Mackey DA, Guggenheim JA, et al. IMI - Myopia Genetics Report. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2019;60(3):M89-m105. doi 10.1167/iovs.18-25965.
64. Jones-Jordan LA, Sinnott LT, Manny RE, Cotter SA, Kleinstein RN, Mutti DO, et al. Early childhood refractive error and parental history of myopia as predictors of myopia. *Investigative ophthalmology & visual science*. 2010;51(1):115-21. doi 10.1167/iovs.08-3210.
65. Michaud L, Simard P, Marcotte-Collard R, Ouzzani M, Sinnott LT. The Montreal Experience: A Retrospective Study Part I—Basic Principles and Treatment Algorithm. 2021;11(16):7455.
66. Michaud L. Myopia management: putting theory into practice. *Rev Optom*. 2024(June 2024):36-47.
67. Jonas JB, Ang M, Cho P, Guggenheim JA, He MG, Jong M, et al. IMI Prevention of Myopia and Its Progression. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2021;62(5):6. doi 10.1167/iovs.62.5.6.
68. Li X, Xu M, San S, Bian L, Li H. Orthokeratology in controlling myopia of children: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Ophthalmol*. 2023;23(1):441. doi 10.1186/s12886-023-03175-x.
69. Guo B, Cheung SW, Kojima R, Cho P. One-year results of the Variation of Orthokeratology Lens Treatment Zone (VOLTZ) Study: a prospective randomised clinical trial. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2021;41(4):702-14. doi 10.1111/opo.12834.
70. Queirós A, Beaujeux P, Bloise L, Chaume A, Colliot JP, Proust DP, et al. Assessment of the Clinical Effectiveness of DRL Orthokeratology Lenses vs. Single-Vision Spectacles in Controlling the Progression of Myopia in Children and Teenagers: 2 Year Retrospective Study. *Children (Basel)*. 2023;10(2). doi 10.3390/children10020402.
71. Klaver C, Polling JR. Myopia management in the Netherlands. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2020;40(2):230-40. doi 10.1111/opo.12676.
72. Tideman JW, Polling JR, Vingerling JR, Jaddoe VWV, Williams C, Guggenheim JA, Klaver CCW. Axial length growth and the risk of developing myopia in European children. *Acta Ophthalmol*. 2018;96(3):301-9. doi 10.1111/aos.13603.
73. Zhang XJ, Zhang Y, Yip BHK, Kam KW, Tang F, Ling X, et al. Five-Year Clinical Trial of the Low-Concentration Atropine for Myopia Progression (LAMP) Study: Phase 4 Report. *Ophthalmology*. 2024. doi 10.1016/j.ophtha.2024.03.013.
74. Chamberlain P, Bradley A, Arumugam B, Hammond D, McNally J, Logan NS, et al. Long-term Effect of Dual-focus Contact Lenses on Myopia Progression in Children: A 6-year Multicenter Clinical Trial. *Optom Vis Sci*. 2022;99(3):204-12. doi 10.1097/OPX.0000000000001873.
75. Lam CSY, Tang WC, Zhang HY, Lee PH, Tse DYY, Qi H, et al. Long-term myopia control effect and safety in children wearing DIMS spectacle lenses for 6 years. *Sci Rep*. 2023;13(1):5475. doi 10.1038/s41598-023-32700-7.
76. Gao C, Wan S, Zhang Y, Han J. The Efficacy of Atropine Combined With Orthokeratology in Slowing Axial Elongation of Myopia Children: A Meta-Analysis. *Eye Contact Lens*. 2021;47(2):98-103. doi 10.1097/icl.0000000000000746.
77. Bullimore MA, Brennan NA. Myopia Control: Why Each Diopter Matters. *Optom Vis Sci*. 2019;96(6):463-5. doi 10.1097/OPX.0000000000001367.

LES NOUVELLES DU CPRO

DERNIERS JOURS POUR VOUS INSCRIRE AU COLLOQUE!

Le Colloque se tiendra les 4 et 5 octobre prochains au Palais des congrès de Montréal.

Profitez de plus de 11 heures de formation pour accumuler vos UFC et retrouver vos collègues!

Pour la programmation complète et vous inscrire, visitez le portail du CPRO.



LES CONFÉRENCES EN LIGNE CET AUTOMNE

En complément du Colloque, participez à nos 4 conférences en ligne cet automne.

Au programme:

- ✓ **Le pouvoir de la recommandation**
- ✓ **La loi 5 et ses impacts (ED)**
- ✓ **Le kératocône et l'ectasie post-LASIK**
- ✓ **Le contrôle de la myopie**

Tous les détails et inscription sur le portail du CPRO.



PAR LE DOCTEUR KEVIN MESSIER
OPTOMÉTRISTE, M.Sc, FAAO

Les lentilles ajustables à la lumière : Quoi savoir ?



Épidémiologie de la cataracte

Selon la World Health Organization (WHO), les cataractes restent la cause principale de cécité affectant plus de 65,2 millions de personnes dans les pays développés et non développés¹. La chirurgie de la cataracte est l'une des chirurgies les plus pratiquées dans le monde et on estime que le volume de procédures va s'accroître à un rythme de 3,1% par année². La chirurgie consiste à retirer la cataracte par une technique de phacoémulsification et à remplacer le cristallin opacifié par une lentille intraoculaire (LIO)³.

Chirurgie phacoréfractive

La chirurgie de la cataracte est donc une possibilité pour le patient de corriger son erreur réfractive et ainsi réduire le besoin de porter des lunettes ou des lentilles cornéennes après la procédure. Plusieurs LIO sont disponibles pour corriger l'amétropie des patients (monofocales, multifocales incluant les trifocales, lentilles à profondeur de champ étendue, accommodatives et toriques)³. Cependant, malgré des efforts constants pour calculer avec précision la puissance de la LIO en y incluant la toricité de la cornée (antérieure et postérieure), un certain nombre de patients n'obtiennent pas les résultats réfractifs souhaités^{4,5}. En effet, selon une étude incluant plus de 282 000 patients, seulement 72,7% des patients avaient un équivalent sphérique après la chirurgie à l'intérieur de +/- 0,50 D. L'auteur mentionne qu'il existe plusieurs facteurs de risque favorisant une surprise réfractive tels qu'une mauvaise acuité visuelle corrigée avant la chirurgie, la présence d'autres comorbidités oculaires ainsi qu'un historique de chirurgie oculaire⁴.

Lentilles ajustables à la lumière

Pendant de nombreuses années, les erreurs de réfraction résiduelles ont été traitées avec succès par les incisions relaxantes, le laser excimer (Lasik ou PRK) ou même par l'implantation d'une LIO supplémentaire.

Cependant, comme le patient a déjà subi une procédure intraoculaire, il serait souhaitable d'obtenir le résultat réfractif désiré sans devoir y réaliser une autre chirurgie oculaire et exposer le patient à des risques supplémentaires.

Pour arriver à ce résultat, un matériel photosensible a été décrit pour la première fois en 2003⁶. La lentille ajustable à la lumière (LAL) (RxSight inc., Aliso Viejo, CA) est la seule LIO sur le marché qui permet d'ajuster sa puissance après l'implantation à l'intérieur de l'œil. L'implantation de la LIO se fait de la même façon que les autres LIO sur le marché. Les LAL sont des lentilles biconvexes mesurant 13 mm (le diamètre de l'optique est de 6 mm) à trois pièces qui s'insèrent dans le sac capsulaire dans la chambre postérieure de l'œil. Les lentilles sont disponibles dans un intervalle de +10,0 D à +30,0 D.

La LAL repose sur un macromère de silicone photoréactif dans une matrice de polymère de silicone de qualité médicale. L'optique est composée d'une couche de silicone allant jusqu'à 100 µm d'épaisseur moulée sur la surface postérieure de la LIO. La LIO possède une couche absorbante de silicone dont la concentration est plus élevée que le matériel de base, ce qui permet de renforcer les propriétés de filtration de la lumière ultraviolette (UV) et de protéger la rétine contre les rayons UV lors des ajustements de la puissance⁷. En 2021, RxSight (RxSight inc., Aliso Viejo, CA) a lancé la deuxième génération de LAL et de dispositifs d'administration de lumière (LDD)⁸. Ceux-ci offrent trois avantages clés: une barrière plus forte contre les UV à la surface postérieure de la LIO (ActivShield Technology), un intervalle de puissance plus grand de la LIO, et un meilleur profil de traitement du LDD. Cette protection renforcée réduit la nécessité de porter des lunettes de protection contre les UV après l'implantation. La matrice améliorée et le LDD permettent un ajustement postopératoire plus rapide et nécessitent une énergie UV plus faible. La réduction de l'exposition lors du verrouillage permet de réduire le pic d'exposition radiante à la rétine⁹.

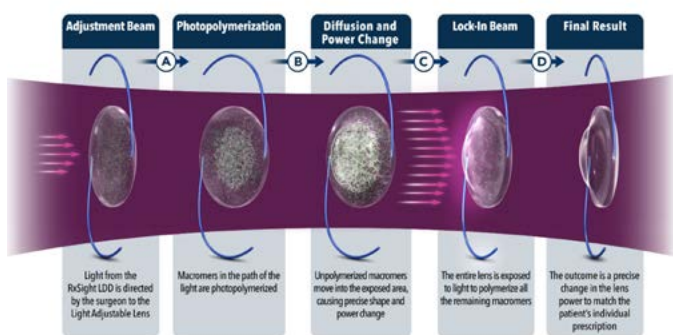


Figure 1: Fonctionnement de la technologie de la LIO ajustable à la lumière. Image fournie par la compagnie RxSight (RxSight Inc., Aliso Viejo, CA).

Ajustement avec le dispositif de transmission de la lumière (LDD)

Après l'extraction de la cataracte et l'implantation de la LAL, les patients portent des lunettes de protection contre les UV tout au long de la journée (à l'extérieur et devant les fenêtres) afin de s'assurer que la lentille ne se modifie pas suite à une exposition aux rayons UV de façon non contrôlée.

Après la guérison de la chirurgie, généralement après 3 à 4 semaines, la lentille est façonnée en fonction de la réfraction spécifique du patient.

Lors d'une exposition à un rayonnement UV (365 nm) délivré par un dispositif de transmission de la lumière, les macromères se polymérisent. Tous les macromères ne sont pas exposés à la lumière. La présence de polymères et de macromères crée un gradient de concentration chimique dans la lentille. En l'espace de 12 h, les macromères qui n'ont pas été irradiés vont alors migrer à travers ce gradient de concentration, modifiant la forme structurelle de la lentille et modifiant ainsi la puissance réfractive. L'apport de lumière peut modifier la sphère de la lentille de +/- 2,0 D, et le cylindre de la lentille de -0,75 D à -2,0 D^{8, 10}.

La lentille est ajustée en fonction de la réfraction spécifique du patient. La radiation sélective sur la lentille implantée en fonction de la lumière à l'aide de l'appareil modifie la courbure de la lentille et entraîne une modification prévisible de la puissance sphérique et/ou cylindrique après l'opération. Il est possible de faire jusqu'à 3 traitements par œil avec un intervalle d'au moins trois jours entre les traitements. La durée du traitement varie de 40 à 120 s, avec une moyenne de 90 s, et la dilatation des pupilles doit être minimalement de 6,5 mm. Après l'ajustement, la lentille est verrouillée (lock-in 1) par rayonnement sur l'ensemble de la lentille. Un traitement supplémentaire est administré s'il reste des macromères non polymérisés (lock-in 2). Le traitement clinique dure généralement aux alentours de 5-6 semaines¹⁰ et permet une précision comparable au LASIK¹¹.

De plus, il est possible de générer une puissance avec une profondeur de champ étendue en respectant certains critères lors de l'ajustement avec la lumière UV¹²⁻¹⁵. Par conséquent, en induisant une légère myopie dans l'œil non dominant, il est possible d'utiliser ces LIO afin de couvrir un intervalle de distance intéressant, permettant aux patients de fonctionner sans lunettes la plupart du temps. Aussi, puisque la tolérance à l'anisotropie varie selon les patients, l'ajustement progressif de la LIO permet aux patients de s'adapter et d'essayer la différence entre les yeux dans leur environnement avant de prendre la décision finale sur le résultat réfractif.



Figure 2: Le dispositif de transmission de la lumière UV (LDD) utilisé pour faire l'ajustement des LAL en postopératoire. Image fournie par RxSight.

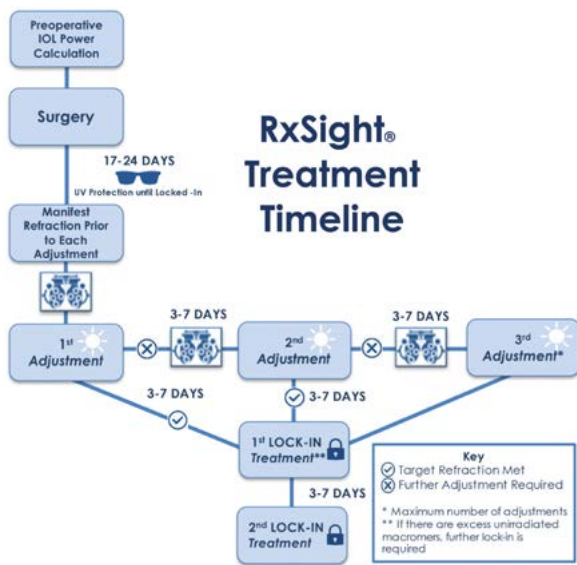


Figure 3: Algorithme de traitement pour la lentille ajustable à la lumière (LAL) de la compagnie RxSight¹⁰.

Résultats dans la littérature

Une étude sur une durée de 7 ans incluant 93 yeux a été menée à Bochum, en Allemagne¹⁶. Les valeurs recueillies 1 an et 7 ans après la chirurgie et l'ajustement de la puissance de la lentille ont démontré une acuité visuelle stable ($P < 0,001$). Aucun changement significatif de l'épaisseur de la cornée centrale n'a été signalé, ce qui suggère qu'il n'y a pas d'effets néfastes à long terme des traitements UV. Les résultats ont confirmé la stabilité de la réfraction, de bons résultats visuels et un profil de sécurité élevé pour les LAL. Les chercheurs ont ajouté que deux yeux ayant des antécédents de pathologies oculaires ont acquis des opacités mineures au niveau de la LIO, ce qui a été jugé cliniquement négligeable par les auteurs¹⁶.

Plusieurs études récentes sur un groupe de patients ayant subi une ou plusieurs chirurgies réfractives cornéennes au préalable ont permis de confirmer que 86,0% - 97,1% des patients avaient une réfraction résiduelle de $\pm 0,50$ D^{17,18}. Une autre étude a présenté les résultats de la LAL combinée à une chirurgie de DMEK¹⁹. Dans cette étude, 100% des patients avaient une acuité visuelle de 20/40 ou mieux et 93% des patients avaient $\geq 0,50$ D d'astigmatisme après la guérison. Les auteurs rapportent donc que les résultats visuels sont meilleurs avec la combinaison de la chirurgie cornéenne avec la LAL comparativement à une LIO traditionnelle¹⁹.

Des rapports de cas indiquent le succès des LAL en conjonction avec d'autres chirurgies cornéennes, telles que DMEK et CXL^{20, 21}. Cependant, des recherches plus approfondies sur ces sous-groupes de patients spécifiques sont nécessaires puisque le nombre de patients est limité.

Effets secondaires et considérations

Même si les ajustements de la LIO avec les rayons UV ont démontré une sécurité à long terme dans les yeux des patients, il est tout de même possible de voir un changement dans la perception des couleurs à court terme.

En effet, il n'est pas rare que les patients manifestent une vision rosée orangée suivant les traitements avec la lumière UV (plus fréquent après les procédures de verrouillage de la LIO). Ces changements de couleur sont temporaires et sont d'une durée maximale de 24 h - 48 h. Il est donc important de mentionner ces effets possibles aux patients et d'obtenir leur consentement avant la procédure d'ajustement. De plus, il est essentiel de contrôler régulièrement l'adhésion du patient au port de lunettes anti-UV jusqu'à ce que les ajustements soient complètement terminés⁹.

Les effets indésirables sont peu fréquents, mais comprennent une érythroïdie après irradiation, des anomalies de la vision des couleurs, une augmentation persistante et inexpliquée de la réfraction et une réactivation de l'herpès simplex oculaire^{12, 22}. Les LAL comportent également les mêmes risques communs à toutes les implantations de LIO. Il n'existe aucune preuve que les traitements à la lumière UV nécessaires provoquent des lésions à long terme de la cornée ou de la rétine, y compris de la macula^{23, 24}.

Le matériel en silicone des LAL est un facteur de risque connu pour l'opacification des LIO. Le suivi de ces patients est donc important pour s'assurer de leur acuité visuelle⁹. Cependant, Schojai et coll. ont suivi 103 yeux de 61 patients pendant une durée de 7,2 ans et seulement 2 patients ont eu des opacifications mineures sans effet sur la vision¹⁶.

Rôle de l'optométriste

Comme pour les LIO multifocales ou toriques, la LAL implique des coûts que le patient doit déboursier de sa poche. Plusieurs visites supplémentaires sont nécessaires pour faire les ajustements sur les LIO. De plus, il est nécessaire d'obtenir une réfraction précise lors de chacune des visites afin de pouvoir faire l'ajustement en conséquence. Il est donc important de pouvoir bien ajuster le roulement en clinique afin de recevoir ces patients convenablement.

Une cogestion active entre optométristes et ophtalmologistes est donc pertinente et souhaitable dans ce contexte. Les ophtalmologistes peuvent se consacrer à leurs responsabilités chirurgicales alors que l'optométriste peut prendre en charge le suivi des patients par la suite pour la réfraction et les ajustements. Un optométriste pourrait même prendre en charge les patients provenant de plusieurs chirurgiens⁹. D'un point de vue pratique, cette stratégie permet d'optimiser le flux de travail et d'améliorer les services pour les patients⁹.

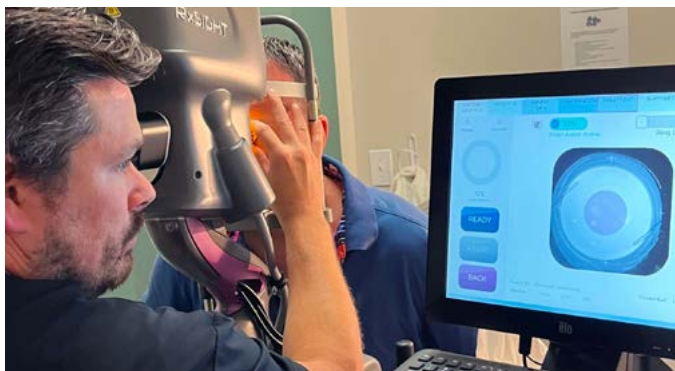



Figure 4: L'optométriste qui fait un ajustement sur un patient avec l'aide du LDD.

Conclusion

En conclusion, les LAL sont maintenant disponibles au Québec depuis le 3 mai 2023. Il est évident que le concept d'une LIO ajustable à la lumière est très intéressant, en particulier pour les yeux présentant des erreurs de réfraction élevée (myopie élevée, astigmatisme et/ou hypermétropie), qui présentent un plus grand degré de variabilité réfractive en postopératoire, ainsi que pour les yeux ayant subi une chirurgie réfractive. Cette nouvelle technologie a le potentiel d'améliorer davantage les résultats réfractifs après l'implantation d'une LIO avec, à l'heure actuelle, un risque minimal de complications.

Il ne serait donc pas surprenant que les optométristes voient de plus en plus de ces LIO dans les prochaines années. Ces derniers seront aussi les mieux placés pour faire la recommandation de ces LIO à leurs patients.

Dr Kevin Messier, optométriste, MSc, FAAO est professeur adjoint à l'École d'optométrie de l'Université de Montréal. Il pratique aussi l'optométrie dans les cliniques Michel Pop et à la clinique d'ophtalmologie Bellevue. On peut le joindre au kevin.messier@umontreal.ca pour toute question ou tout commentaire en lien avec cet article. 



RÉFÉRENCES

1. World report on vision. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>. Accessed July 22, 2024.
2. Chen X, Xu J, Chen X, Yao K. Cataract: Advances in surgery and whether surgery remains the only treatment in future. *Adv Ophthalmol Pract Res*. 2021;1(1):100008. doi:10.1016/J.AOPR.2021.100008
3. Cataract Surgery: Risks, Recovery, Costs - American Academy of Ophthalmology. <https://www.aao.org/eye-health/diseases/what-is-cataract-surgery>. Accessed July 22, 2024.
4. Lundström M, Dickman M, Henry Y, et al. Risk factors for refractive error after cataract surgery: Analysis of 282 811 cataract extractions reported to the European Registry of Quality Outcomes for cataract and refractive surgery. *J Cataract Refract Surg*. 2018;44(4):447-452. doi:10.1016/J.JCRS.2018.01.031
5. Olsen T, Cooke DL, Findl O, et al. Surgeons need to know more about intraocular lens design for accurate power calculation. *J Cataract Refract Surg*. 2023;49(6):556-557. doi:10.1097/J.JCRS.0000000000001159
6. Schwartz DM. LIGHT-ADJUSTABLE LENS. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 2003;101:411-430.
7. Kohnen T. Light-adjustable intraocular lens technology. *J Cataract Refract Surg*. 2011;37(12):2091. doi:10.1016/J.JCRS.2011.10.005
8. Premarket Approval (PMA). <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfpma/pma.cfm?ID=P160055S015>. Accessed July 29, 2024.
9. Jun JH, Lieu A, Afshari NA. Light adjustable intraocular lenses in cataract surgery: considerations. *Curr Opin Ophthalmol*. 2024;35(1):44-49. doi:10.1097/ICU.0000000000001015
10. Moshirfar M, Martin DJ, Jensen JL, Payne CJ. Light adjustable intraocular lenses: An updated platform for cataract surgery. *Curr Opin Ophthalmol*. 2023;34(1):78-83. doi:10.1097/ICU.0000000000000911
11. Healthcare Professionals | The Light Adjustable Lens from RxSight. <https://rxsight.com/healthcare-professionals/>. Accessed August 1, 2024.
12. Villegas EA, Alcón E, Mirabet S, Yago I, Marín JM, Artal P. Extended depth of focus with induced spherical aberration in light-adjustable intraocular lenses. *Am J Ophthalmol*. 2014;157(1):142-149. doi:10.1016/J.AJO.2013.08.009
13. Light Adjustable Intraocular lenses versus Extended Depth of Focus Lenses- How do I pick? - Claris Eye Surgery & LASIK. <https://clariseyecare.com/light-adjustable-intraocular-lenses-versus-extended-depth-of-focus-lenses-how-do-i-pick/>. Accessed August 5, 2024.
14. Keeping Up With the Newest IOLs. <https://www.reviewofoptometry.com/article/keeping-up-with-the-newest-iols>. Accessed August 5, 2024.
15. David F. Chang. CONGRESS OF THE ESCRS Light adjustable IOLs. 2019:37.
16. Schojai M, Schultz T, Schulze K, Hengerer FH, Dick HB. Long-term follow-up and clinical evaluation of the light-adjustable intraocular lens implanted after cataract removal: 7-year results. *J Cataract Refract Surg*. 2020;46(1):8-13. doi:10.1016/J.JCRS.2019.08.011
17. Wong JR, Folden D V, Wandling GR, et al. Visual Outcomes of a Second-Generation, Enhanced UV Protected Light Adjustable Lens in Cataract Patients with Previous LASIK and/or PRK. *Clin Ophthalmol*. 2023;17:3379-3387. doi:10.2147/OPHTH.S432457
18. Jones M, Terveen DC, Berdahl JP, Thompson V, Kramer BA, Ferguson TJ. Clinical outcomes of the light adjustable lens in eyes with a history of prior corneal refractive surgery. *J Cataract Refract Surg*. May 2024. doi:10.1097/J.JCRS.0000000000001481
19. Price DA, Dudasko KN, Hall TA, Price MO, Price FW. Initial results of DMEK combined with cataract surgery and implantation of the light-adjustable lens. *J Cataract Refract Surg*. 2024;50(3):270. doi:10.1097/J.JCRS.0000000000001372
20. Eisenbeisz HC, Bleeker AR, Terveen DC, Berdahl JP. Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty and light adjustable lens triple procedure. *Am J Ophthalmol case reports*. 2021;22. doi:10.1016/J.AJOC.2021.101061
21. Hura AS, Jee KJ, Wiley WF. Use of Adjustable Intraocular Lens After Cataract Surgery in a Patient With Post-LASIK Ectasia Stabilized With CXL. *J Refract Surg Case Reports*. 2021;1(1). doi:10.3928/JRSCR-20210412-01
22. Premarket Approval (PMA). <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfpma/pma.cfm?ID=P16005>
23. Werner L, Yeh O, Haymore J, Haugen B, Romaniv N, Mamalis N. Corneal endothelial safety with the irradiation system for light-adjustable intraocular lenses. *J Cataract Refract Surg*. 2007;33(5):873-878. doi:10.1016/J.JCRS.2007.01.024
24. Werner L, Chang W, Haymore J, et coll. Retinal safety of the irradiation delivered to light-adjustable intraocular lenses evaluated in a rabbit model. *J Cataract Refract Surg*. 2010;36(8):1392-1397. doi:10.1016/J.JCRS.2010.02.018



Votre expertise est nécessaire !

+ Devenez optométriste désigné par la CNESST.

La CNESST est à la recherche d'optométristes qui feront partie de la liste des professionnelles et professionnels de la santé désignés par l'organisation.

Quel est le rôle du professionnel de la santé désigné ?

À l'occasion, la CNESST a besoin de l'avis d'un autre professionnel de la santé dans l'analyse des dossiers de travailleuses et travailleurs ayant subi une lésion. Dans ce contexte, l'organisation peut demander l'avis d'un professionnel désigné sur certains sujets. Ainsi, il :

- +** analyse le dossier médical du travailleur ou de la travailleuse;
- +** réalise un examen;
- +** formule ses conclusions dans un rapport d'expertise qu'il remet ensuite à la CNESST.

Quels sont les avantages ?

- +** Vous bénéficierez d'un horaire flexible. La prise de rendez-vous est faite par la CNESST en fonction des plages horaires qui vous conviennent.
- +** Vous aurez la possibilité d'effectuer les expertises à vos bureaux. Une rémunération supplémentaire est attribuée.
- +** Vous rencontrerez le travailleur seulement lors de l'expertise. Vous ne devenez pas son professionnel de la santé traitant.
- +** Vous serez autonome. Vous demeurez indépendant de la CNESST, ce qui vous permet de faire des expertises pour d'autres mandataires, à l'exception du Bureau d'évaluation médicale.

Comment s'inscrire à la liste des professionnels de la santé désignés par la CNESST ?

Pour s'inscrire en tant que professionnel désigné, il est nécessaire de satisfaire certaines conditions. Par exemple :

- +** être membre actif de son ordre professionnel;
- +** remplir le formulaire d'inscription fourni par la CNESST;
- +** obtenir un certificat de conduite professionnelle auprès de son ordre.



Pour plus d'information sur le rôle de la professionnelle ou du professionnel de la santé désigné, les conditions et le processus d'inscription, consultez la page cnesst.gouv.qc.ca/medecins ou communiquez avec nous à soutienprofessionnelsante@cnesst.gouv.qc.ca.



**MONSIEUR ERIC GIRARD, CPA
ASSOCIÉ**
514 228-7853
ERIC.GIRARD@MNP.CA



**MADAME CAROLE MESSAOUDI, M. SC.,
ASSOCIÉE**
418 549-6650
CAROLE.MESSAOUDI@MNP.CA

Comment améliorer le rendement de votre clinique ?

Dans un environnement où la demande en soins visuels est en forte hausse, il est essentiel pour les optométristes de faire preuve de compétitivité. De simples changements au sein d'une clinique peuvent aider à bonifier la productivité, gagner en efficacité et augmenter la rentabilité. Dans ce texte, deux associés en consultation chez MNP, Eric Girard et Carole Messaoudi, explorent les différentes pratiques pour optimiser le rendement d'une clinique, en plus des bénéfices tangibles pour les professionnels de la santé et les patients.

Dans une clinique d'optométristes, le rendement affecte deux aspects qui sont dépendants l'un de l'autre : l'acte médical et l'acte commercial. L'objectif, pour un professionnel, est d'harmoniser le rendement global de sa clinique en tenant compte de ces deux aspects :

1. L'acte médical, centré sur la qualité des soins offerts et le bien-être de la clientèle, nécessite une administration efficace des consultations, des examens et des traitements. L'amélioration du rendement passe notamment par une gestion rigoureuse des processus et des ressources humaines, ainsi que l'adoption de technologies avancées, afin que les plages horaires soient comblées au sein de la clinique.
 - Processus structurés : l'objectif est de garantir que les patients se présenteront à leur rendez-vous afin d'éviter une diminution de rendement. Comment s'assurer d'avoir un taux de conversion élevé au point de vue de l'utilisation des plages horaires et des différents types de services offerts ?
 - Solutions numériques : l'aspect de l'utilisation des plages horaires repose notamment sur la bonne gestion des suivis qui sont faits avant et après les rendez-vous. Comment vérifier technologiquement qu'un patient va se présenter et ensuite, revenir ?
 - Ressources humaines : les cliniques d'optométristes n'échappent pas à la pénurie de main-d'œuvre. De plus, les heures de travail sont maintenant atypiques. Certaines cliniques réduisent leurs heures d'ouverture à cause d'un manque de personnel. Il faut donc s'assurer d'avoir assez d'employés pour répondre aux besoins des patients. Des offres en formation continue, ainsi que l'amélioration des conditions de travail et des programmes de mentorat sont des solutions qui peuvent aider au recrutement et la rétention du personnel. Au sein d'un grand cabinet qui comprend plusieurs optométristes, une bonne logistique est essentielle afin de garantir la qualité des soins. Afin de pallier cette problématique, l'analyse et l'optimisation des processus de travail sont des solutions qui peuvent améliorer l'efficacité et éliminer les goulots d'étranglement au quotidien.
- 2- L'acte commercial, ce qui inclut la vente de lunettes, de verres de contact et autres produits, doit être optimisé pour satisfaire à la rentabilité de la clinique. Après l'examen de la vue, comment garantir que le patient est converti au niveau de la vente au détail ? Au-delà de la transaction, quelle est l'approche utilisée par l'opticien ?

L'objectif est de s'assurer que le client ne quitte pas la clinique sans que le personnel ait l'occasion de lui présenter les produits au détail. L'accompagner vers un associé aux ventes où l'aménagement l'oblige à passer devant le comptoir avec les promotions en vigueur peut être une tactique intéressante.

Des solutions pour augmenter le rendement de votre clinique

Pour créer de la valeur au sein de leur clinique, les professionnels doivent se tourner vers des stratégies innovantes. L'amélioration du rendement ne se limite pas à la hausse de la productivité, mais englobe également les processus opérationnels, l'adoption de nouvelles technologies et la formation du personnel, entre autres. En voici quelques-unes :


- Optimisation des processus : en simplifiant vos procédés actuels et en encourageant l'adoption de nouvelles façons de faire, il est possible d'augmenter la productivité de votre clinique et ainsi, éviter les annulations de rendez-vous. Un exemple est d'analyser vos flux de travail existants selon les commentaires des employés.
- En cartographiant les étapes actuelles, de l'accueil des patients jusqu'à la sortie, vous pouvez identifier les irritants du quotidien de votre équipe pour améliorer votre efficacité.

- Investir dans le développement de votre personnel: que ce soit pour assurer une meilleure utilisation des technologies ou développer de nouvelles compétences en gestion, vous pouvez offrir des programmes de formation et des séances de coaching à vos employés. Ce type d'investissement est bénéfique pour améliorer les connaissances, la qualité des soins et la satisfaction des patients, ainsi que la rétention du personnel au sein de votre clinique.
- Adoption de solutions numériques: il existe différentes technologies de pointe pour bonifier la qualité des soins offerts aux patients et augmenter votre rentabilité, dont des systèmes de gestion de rendez-vous et des stocks, de nouveaux équipements ou des rappels automatisés par SMS, entre autres.
- Amélioration de l'expérience client: des processus pour attirer de nouveaux patients et développer des stratégies de rétention pour vos patients actuels vous aideront à accroître votre rendement. Quelques initiatives, comme l'amélioration de l'accueil et de l'attente, un service personnalisé selon les besoins de chaque patient et des sondages d'évaluation après les rendez-vous, peuvent mener à une plus grande satisfaction.

Ceux-ci possèdent une expertise approfondie des meilleures pratiques dans le domaine et peuvent vous proposer des solutions adaptées à vos besoins. Mais comment fonctionne ce processus ?

Chez MNP, la première phase est le diagnostic. Cela consiste à comprendre et analyser ce qui se fait à l'intérieur d'une journée au sein de votre clinique (vos activités, vos tâches, les outils utilisés, vos ressources, etc.). Il s'agit d'évaluer chacune des étapes pour déterminer les pertes de temps, les activités à valeur ajoutée et non ajoutée, les actes de l'optométriste, les stratégies de vente des produits, etc. La deuxième phase, quant à elle, se résume à identifier un plan d'action et des pistes de solution à mettre en œuvre afin d'améliorer votre rentabilité. Quels que soient vos besoins (technologie, formation, recrutement, gestion de marchandises ou gestion financière, etc.), nos conseillers vous accompagneront tout au long de ce processus.

Une intervention initiale de ce genre est de courte durée. L'évaluation courante de votre clinique ne prendra pas beaucoup de votre temps. Notre équipe est en mesure de cerner les priorités et d'établir un plan de match rapidement afin d'avoir un impact à court terme. Nos conseillers peuvent vous aider à privilégier ce qui va créer de la valeur pour votre clinique, selon votre capacité.

Chaque clinique est unique et a ses propres besoins. Quelle que soit sa taille, nos conseillers seront disponibles en tout temps pour vous aider à déployer votre plein potentiel. 

.....

Un plan adapté selon vos besoins et votre emploi du temps.

Il est bénéfique de collaborer avec des conseillers en consultation pour améliorer le rendement de votre clinique.



MNP

Voyez-y clair avec notre équipe dévouée aux professionnels de la vue

Nos conseillers peuvent vous aider avec l'amélioration du rendement de votre clinique.

Carole Messaoudi, M. Sc., Associée | 418.549.6650 | carole.messaoudi@mnp.ca
Eric Girard, CPA, Associé | 514.228.7853 | eric.girard@mnp.ca



Partout où mènent les affaires

MNP.ca



PAR ME LIANE ROY-CASTONGUAY, AVOCATE
GROUPE FBA
1 877-579-7052

Les documents légaux: l'aptitude, l'inaptitude et le décès! Des éclaircissements s'imposent!

Qui ne s'est pas déjà posé l'une ou l'autre de ces questions: «Quels sont les documents à utiliser en cas d'inaptitude?», «Une procuration est-elle toujours valable en cas de décès?», «Puis-je ouvrir le mandat de protection si ma mère est inapte?».



Ce ne sont que quelques exemples de la multitude de questions qui peuvent survenir lorsque des représentations s'imposent au nom d'une autre personne. La confusion s'amplifie avec les concepts juridiques d'inaptitude et de décès. Cet article vous permettra d'y voir un peu plus clair!

En premier lieu, la *Code civil du Québec* prévoit que toute personne majeure est présumée apte¹ et que les seules façons de limiter la capacité d'une personne sont d'obtenir un jugement du tribunal ou par une disposition d'une loi qui stipule clairement, par exemple, l'âge requis pour exercer un droit.²

Ceci nous permet d'affirmer que dès la majorité, donc à partir de 18 ans pour le Québec, toute personne est présumée apte et peut rédiger des documents légaux, comme une procuration, un mandat de protection et un testament. Regardons de plus près la définition et l'utilisation de ces documents.

1. La procuration

La procuration est un mandat qu'une personne (appelée «le mandant») donne à une autre personne, soit le mandataire, pour l'aider et la représenter, notamment pour un acte particulier. Il s'agit alors d'une procuration spécifique comme une procuration bancaire ou une procuration pour signer un bail de logement. La procuration peut également être générale pour l'ensemble des affaires de la personne. Ce document doit être rédigé par une personne apte et il sera utilisé pendant l'aptitude³. Il est possible de rédiger la procuration soi-même ou de demander à un professionnel du droit de le faire. Par exemple, votre ami est à l'étranger pendant quelques mois et il a besoin qu'une personne signe un document légal pour lui. Il peut rédiger une procuration spécifique vous autorisant à le faire. La procuration est toujours volontaire et la personne peut changer d'idée ou restreindre les pouvoirs confiés au mandataire.

Elle n'a pas besoin de raison spécifique pour modifier ou mettre fin à la procuration.

2. Le mandat de protection

Un autre document très connu est le mandat de protection (anciennement appelé mandat d'inaptitude). Le mandat de protection est rédigé devant témoins (un modèle est disponible sur le site web du Curateur public⁴) ou par un notaire. Vous aurez à déboursier des frais pour le faire par un notaire. Cependant, votre mandat risque d'être plus complet et mieux rédigé que si vous le faites par vous-même. Le mandat de protection vous permet de nommer une ou des personnes qui s'occuperont de vous et de vos biens, et ce, en cas d'inaptitude. Qui décide si vous êtes inapte? Un médecin et un travailleur social devront rédiger des rapports afin de déterminer si vous êtes inapte et à quel niveau. Ces mêmes documents devront être utilisés dans le cas de l'ouverture d'un régime de tutelle. En effet, si vous n'avez pas de mandat de protection vous ne serez pas dépourvu de ressources. Il faudra demander l'ouverture d'un régime de tutelle (par le tribunal) et nommer une ou des personnes afin de s'occuper de vous. Comment pouvez-vous utiliser le mandat de protection qui a été rédigé? Il faudra tout d'abord obtenir les deux expertises (médicale et psychosociale) et ensuite procéder à l'opération judiciaire d'homologation du mandat de protection, et ce, peu importe que le mandat de protection soit fait devant notaire ou non.

¹ Article 153 C.c.Q.

² Article 154 C.c.Q. Par exemple, la vente de cannabis qui n'est permise qu'aux personnes de 21 ans et plus.

³ Une exception existe à l'article 2167.1 al. 2 C.c.Q. pour l'utilisation de la procuration pendant l'homologation du mandat de protection.

⁴ https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/curateur-public/pdf/form_broc_mandat.pdf.

Sachez qu'il est possible qu'un notaire procède à l'homologation si la demande n'est pas contestée. Le tribunal devra quand même vérifier que le tout est conforme. Pourquoi faire une procédure judiciaire? La présomption du *Code civil du Québec* est que toute personne majeure est présumée apte. Retirer l'aptitude ou une partie de celle-ci à quelqu'un ne doit pas être pris à la légère. Les étapes doivent donc être suivies à la lettre.

3. Le testament

Finalement, le testament représente les volontés d'une personne à la suite de son décès. Encore une fois, le document doit être rédigé par une personne apte. Deux exceptions existent pour le mineur et le majeur inapte. En effet, le mineur peut seulement léguer des biens de peu de valeur⁵. En ce qui concerne le majeur sous tutelle ou celui dont le mandat de protection a été homologué, le testament pourrait être confirmé par le tribunal sous certaines conditions⁶. La capacité s'évalue au moment de la rédaction du testament. Il faut donc retenir que l'aptitude demeure la règle en matière de rédaction de testament. En cas de non-respect de cette règle, les risques de contestation sont plus grands.

Il est à noter que le testament est un acte unilatéral et qu'il doit se faire seul. Il n'est donc pas possible de faire son testament à deux. Unilatéral signifie qu'il est possible de le modifier, sans l'accord de personne. À quel moment peut-on utiliser le testament? Au décès, seulement.


⁵ Article 708 C.c.Q.

⁶ Article 709 C.c.Q.

⁷ Les articles 666 et ss. C.c.Q. prévoient l'ordre de dévolution de la succession.

Si la personne est inapte, le testament ne sera pas « ouvert » puisque ce dernier représente les volontés de la personne à la suite de son décès et non en cas d'inaptitude! Qu'arrive-t-il si je n'ai pas de testament? Encore une fois vos biens ne seront pas perdus! Vérifiez qui sont les personnes qui hériteront à votre décès en vertu de la dévolution légale⁷. En effet, le *Code civil du Québec* identifie les personnes et les parts de chacune en cas de décès sans testament.

En résumé, sachez que la rédaction de tous ces documents se fait selon la volonté et les besoins de la personne. En général, la personne qui requiert ces documents doit être majeure et apte. Notez également qu'elle peut changer d'idée en tout temps, si ses besoins ou ses volontés évoluent ou diffèrent. L'important est d'être encore apte pour effectuer les modifications. En matière d'inaptitude, il n'y a aucune présomption légale qui édicte que vieillir fait perdre des droits. Que la personne soit âgée de 18 ans ou de 99 ans, la présomption d'aptitude est toujours applicable. Il faut donc respecter les choix des autres et surtout ne pas se laisser imposer des décisions!

Finalement, il ne faut pas hésiter à consulter un professionnel du droit afin de bien comprendre les conséquences de la signature de ces documents ou encore l'absence de ces documents dans des situations précises. Si vous avez des questions sur ce sujet ou sur toute autre question juridique, vous pouvez contacter les avocats de votre ligne d'assistance téléphonique juridique gratuite du lundi au vendredi de 8 h à 18 h en composant le 1-877-579-7052. 



VOUS AVEZ UNE QUESTION D'ORDRE JURIDIQUE ?



Association des
OPTOMÉTRISTES
du Québec

**UN AVOCAT
TOUJOURS
À PORTÉE
DE VOIX !**

Faites appel aux avocats d'expérience du Service d'assistance juridique téléphonique.

Ils feront des recherches, partageront des documents et des liens pertinents, s'assureront de répondre à vos questions sur une gamme étendue de sujets : vices cachés, bris de contrat, congédiement, liquidation de succession, vol d'identité, baux commerciaux, etc.



Service
confidentiel



Durée et nombre
d'appels illimités



8 h à 18 h
Lundi au vendredi

Service de validation de logo et d'affichage pour confirmer la conformité de vos publicités dans les médias de masse ou les médias sociaux.

Ne manquez pas de lire nos articles juridiques dans la revue **L'OPTOMÉTRISTE**

1 877 579 7052

Service offert par
FBA Solutions

En partenariat avec



REEE pour petits-enfants : comment l'intégrer judicieusement à sa planification successorale.

Nombreux sont les grands-parents qui aspirent à stimuler les ambitions académiques de leurs petits-enfants en leur ouvrant un régime enregistré d'épargne-études (REEE). C'est le cas de Réjean, qui a souscrit un REEE pour Noah, le fils de sa fille Martine. Cependant, Réjean a négligé d'inclure ce REEE dans sa planification successorale et se demande aujourd'hui quelle solution serait optimale pour faire respecter ses souhaits à son décès.



Stéphane Langlois, représentant-conseil adjoint, gestionnaire de portefeuille au sein de la gestion privée Fonds FMOQ, oriente les professionnels comme Réjean vers les solutions adaptées à leur situation particulière. Voici ses conseils.

Un scénario à proscrire : l'absence de disposition testamentaire

Pour bien comprendre la suite, il convient de rappeler brièvement les modalités du REEE : le REEE demeure la propriété du souscripteur, c'est-à-dire de la personne qui est à l'origine de l'ouverture du régime. Au décès du souscripteur, le REEE devient un actif de sa succession, relevant des dispositions de son testament. Ainsi, Stéphane Langlois rencontre fréquemment des clients détenant des REEE qui constituent de ce fait une part de leur succession.

«Décéder sans testament représente le scénario le plus fâcheux. Le REEE se trouve alors intégré à la cagnotte de la succession. L'absence de planification peut entraîner des conséquences indésirables, notamment le désenregistrement du REEE, le remboursement des subventions et un impôt supplémentaire de 20% sur le rendement. Les aspirations du défunt, de contribuer aux études de ses petits-enfants, risquent de ne pas être honorées», explique Stéphane Langlois. En effet, la valeur du REEE revient aux bénéficiaires de la succession, qui peuvent avoir des intérêts différents des souhaits de Réjean.

«Dans de telles circonstances, c'est le liquidateur qui prend les décisions», spécifie Stéphane Langlois. Ainsi, le liquidateur du testament de Réjean pourrait choisir d'attribuer le REEE à Martine dans sa part de l'héritage, et celle-ci le gèrera au nom de son enfant. Une situation qui est idéale dans ce cas. «Cependant, en cas de désaccords, le liquidateur pourrait opter pour une répartition équitable de la valeur du REEE entre tous les héritiers». Lorsque l'on met fin au REEE de cette façon, toutes les cotisations reviennent à la succession du souscripteur, mais toutes les subventions (qui devaient servir pour les études de Noah) sont remboursées au gouvernement.

Léguer le REEE au décès du souscripteur

«La plupart du temps, les individus respectent les volontés du défunt, souligne Stéphane Langlois, mais l'inclusion d'une clause à cet égard offre une sécurité supplémentaire». Réjean pourrait désigner Noah comme souscripteur remplaçant. «Les subventions demeurent réservées au bénéficiaire (le petit-enfant), mais Noah deviendrait alors propriétaire des contributions de son grand-père». Noah étant encore mineur, Réjean devrait également désigner un administrateur des fonds, Martine par exemple.

Si Noah était majeur, et que Réjean s'inquiétait de sa capacité à gérer judicieusement ses finances, il pourrait choisir de nommer sa mère, Martine, en tant que nouvelle souscriptrice, car léguer le REEE aux parents des petits-enfants visés par ce régime représente une excellente solution. Les cotisations à ce moment-là sont transférées à Martine.



Aussi, sans prévoir spécifiquement le legs à titre particulier du REEE à Martine, le testament de Réjean pourrait prévoir que le liquidateur aura l'obligation d'attribuer et d'inclure le REEE dans le lot successoral de Martine, par exemple, si elle a droit à 50 % de la succession.

Transférer le REEE à un nouveau souscripteur avant le décès

Réjean n'aspire guère à continuer de s'occuper du REEE de son vivant, car ce type de régime implique une gestion importante comme la signature de formulaires, l'obtention de preuves d'études et la gestion optimale de l'actif et de son décaissement dans un délai relativement court. Pourtant, Réjean peut, dès maintenant, transférer les placements du REEE à un autre REEE dont Martine est la souscriptrice et Noah le bénéficiaire.


«Transférer le REEE à Martine, la fille de Réjean, de son vivant, permettrait à cette dernière de prendre en charge dès maintenant les complexités du régime», explique Stéphane Langlois. Martine assumerait officiellement le rôle de souscriptrice, à la place de Réjean. Étant fort probablement déjà impliquée dans la gestion financière de son fils, elle serait mieux à même de planifier les décaissements du régime.

Stéphane Langlois identifie également un autre avantage pour le grand-parent: «Si le petit-enfant n'entreprend pas d'études postsecondaires, l'impact fiscal sera probablement moindre pour Martine que pour Réjean. Par exemple, si Martine possède des droits de cotisation REER inutilisés, elle pourrait alors transférer les revenus du REEE vers ses REER.» Elle devra cependant rembourser les subventions versées.

.....

Entre les mains de Réjean, ce scénario se traduirait aussi par le remboursement des subventions, mais également par une imposition avec pénalité qui peut monter jusqu'à 73,3 % sur les rendements du REEE, en tenant compte du taux marginal d'imposition du souscripteur et de la taxe additionnelle de 20 %.

.....

Finalement, la planification successorale impliquant un REEE requiert toute votre attention afin de garantir la pérennité de vos intentions. L'inclusion d'une clause spécifique dans votre testament est un pas dans la bonne direction. Pour vous assurer d'analyser tous les scénarios possibles avant de prendre une décision, communiquez avec nous. 

Stéphane Langlois
Représentant-conseil adjoint,
gestionnaire de portefeuille
Gestion privée Fonds FMOQ

.....

Cinq conseils pour préparer votre prochaine escapade en auto

Quelques simples initiatives vous procureront la sérénité nécessaire pour votre excursion ou votre voyage en voiture.



1. Planifiez votre trajet et vos arrêts

Les applications munies d'un GPS vous donneront la distance à parcourir. Déterminez alors les étapes. Portez toutefois une attention aux circuits proposés, car vous voudrez peut-être privilégier les jolis itinéraires à ceux plus rapides. Conducteurs d'un véhicule électrique, identifiez les bornes de recharge sur votre chemin.

2. Préparez votre véhicule

Les longs trajets sont exigeants pour votre voiture. Donc, vérifiez certaines composantes, comme la pression et l'état des pneus (dont celui de secours), les essuie-glaces, les liquides et lubrifiants ainsi que le niveau de la batterie.


3. Munissez-vous d'une trousse de secours pour la voiture

Elle comprendra des câbles de démarrage, un bloc d'alimentation portatif, une lampe de poche, une couverture, du lave-glace, des guenilles, un sifflet, des fusées éclairantes et certains outils de base (gants, pinces, tournevis à embouts multiples, ciseaux ou canif, attaches autobloquantes et ruban adhésif).

4. Dotez-vous d'une trousse de premiers soins

On y trouvera gants de plastique, serviettes antiseptiques, bandages adhésifs, thermomètre, solution saline, crème solaire, chasse-moustiques et pansements. Outre les médicaments propres à une personne, pensez à ceux pour les irritations et démangeaisons, les allergies, la douleur et la fièvre, les maux de ventre, les infections et le mal des transports.

5. Vérifiez vos assurances

Puisque votre véhicule sortira de sa zone habituelle, contactez votre assureur pour le protéger adéquatement. Si votre périple se déroule à l'étranger, songez à une assurance voyage. 



Association des
OPTOMÉTRISTES
du Québec

Programme **exclusif** aux membres

Nous couvrons tous vos besoins d'assurance



Assurance responsabilité professionnelle



Assurance des particuliers



Assurance clinique d'optométrie



Assurance collective

Appelez-nous pour une soumission dès aujourd'hui!

**Rabais
de groupe
disponibles**

Lussier

Cabinet de services financiers
1 877 543-2960

Lussier.co/AOQ



Changement d'assurance-vie avant la fin d'un contrat: 4 précautions à prendre

Vous avez décidé de résilier votre assurance-vie afin d'opter pour une police plus avantageuse? Soyez vigilant, car un changement d'assurance-vie avant la fin du contrat n'est pas sans incidence. Voici quatre principales précautions à prendre lorsque l'on souhaite changer de contrat d'assurance-vie.



Calculez l'imposition liée au changement de police

Si les primes versées sur le contrat et la prestation de décès sont exemptées d'impôt, la valeur de rachat de l'assurance touchée par l'assuré au moment de la résiliation du contrat est en partie imposable. En effet, en fonction de l'accroissement de la valeur des placements, l'assuré peut être amené à payer de l'impôt provincial et de l'impôt fédéral. Comme la résiliation du contrat d'assurance-vie peut coûter cher en impôt, mieux vaut savoir à l'avance à combien s'élèvera la facture fiscale: cela permet de déterminer de quelle somme on peut disposer sur la valeur de rachat, mais également de résilier le contrat en connaissance de cause.

Considérez l'emprunt si vous avez besoin de liquidités


Vous voulez peut-être changer d'assurance-vie pour disposer de la valeur de rachat du premier contrat, car vous avez besoin de fonds. Or, il existe d'autres solutions qui peuvent s'avérer plus avantageuses. Afin d'obtenir des liquidités, vous avez peut-être plus intérêt à conserver votre contrat d'assurance-vie et à demander un prêt en donnant la police en garantie.

Attendez d'avoir votre proposition avant de résilier le contrat en cours

En matière d'assurance, rien ne garantit qu'un dossier soit accepté tant que l'on ne détient pas la proposition entre les mains. Avant de résilier le contrat d'assurance-vie en cours, vous devez prendre connaissance attentivement de la nouvelle police et vérifier les clauses du nouveau contrat ainsi que le montant des primes.

Soyez vigilant sur la date d'effet

Il existe des contrats d'assurance qui entrent en vigueur dès que la proposition est signée et d'autres seulement lorsque certaines conditions bien précises sont remplies. Avant de signer le nouveau contrat et résilier l'ancien, lisez bien la proposition afin de vous assurer qu'elle ne contienne pas de conditions suspensives et que le contrat prenne effet immédiatement.

Les conseillers de Lussier, partenaire de l'AOQ, vous guideront vers la protection la mieux adaptée à vos besoins. Communiquez avec nous dès aujourd'hui! 

Remplacement mensuel

Une conception. Deux options.

Faites confiance aux lentilles cornéennes Biofinity[™] toric et MyDay[™] toric dont la conception torique avancée, l'excellente acuité visuelle⁶, la bonne stabilité⁷ et l'ajustement fiable⁷ en font le produit idéal pour presque tous⁵ vos patients astigmatiques.

Pour un confort tout au long de la journée, jour après jour.



Lentilles toriques
Biofinity[™] toric

Technologie AquaForm[™]Mo
Convient jusqu'à 99,9 % des patients astigmatiques³
Géométrie optimisée de la lentille torique^{MC}

Chose certaine, à tous points de vue

CooperVision offre à vos patients astigmatiques des performances inégales^{3,4}

Technologie AquaForm[™]Mo
Convient jusqu'à 99,9 % des patients astigmatiques³
Géométrie optimisée de la lentille torique^{MC}

Lentilles toriques à usage
unique MyDay[™] toric



Pour un confort tout au long de la journée, jour après jour.

Faites confiance aux lentilles cornéennes Biofinity[™] toric et MyDay[™] toric dont la conception torique avancée, l'excellente acuité visuelle⁶, la bonne stabilité⁷ et l'ajustement fiable⁷ en font le produit idéal pour presque tous⁵ vos patients astigmatiques.

Une conception. Deux options.

Usage unique

Apprenez-en davantage sur coopervision.ca/fr



1. Les commandes de [clariti[™] 1 day/MyDay[™] à usage unique, Biofinity[™] et MiSight[™] 1 day] comprennent les lentilles [clariti[™] 1 day sphere, clariti[™] 1 day toric, et clariti[™] 1 day multifocal/MyDay[™] à usage unique, MyDay[™] toric à usage unique, MyDay[™] multifocal à usage unique, Biofinity[™] sphere, Biofinity[™] XR, Biofinity[™] Energys, Biofinity[™] toric, Biofinity[™] XR toric, Biofinity[™] multifocal, Biofinity[™] toric multifocal et MiSight[™] 1 day] vendues et distribuées par CooperVision au Canada. 2. La neutralité en empreinte plastique nette est établie par l'achat de crédits auprès de la Plastic Bank. Un crédit représente la collecte et la conversion d'un kilogramme de plastique susceptible d'atteindre ou de se retrouver dans un cours d'eau à l'échelle mondiale. CooperVision achète un nombre de crédits égal au poids du plastique dans les commandes de [clariti[™] 1 day/MyDay[™] à usage unique, Biofinity[™] et MiSight[™] 1 day] au cours d'une période précise. Le plastique présent dans les commandes de [clariti[™] 1 day/MyDay[™] à usage unique, Biofinity[™] et MiSight[™] 1 day] est déterminé par le poids du plastique dans l'emballage-coque, les lentilles et l'emballage secondaire, y compris les stratifiés, les adhésifs et les agents auxiliaires (par exemple, l'encre). 3. Données internes, CVI, 2020. Sondage en ligne mené par Kubik auprès de professionnels de la vue aux États-Unis, en Allemagne, en Espagne, au Japon et en Corée du Sud. Échantillon pondéré total n = 549. Significativement plus élevé que Johnson & Johnson Vision, Alcon et Bausch + Lomb, p < 0,05. 4. Données internes, CVI, 2020. Revue sur le rendement tirée de 12 études sur les lentilles cornéennes souples toriques, comprenant les lentilles MyDay[™] toric à usage unique, Biofinity[™] toric, Avaira Vitality[™] toric et clariti[™] 1 day toric; n = 242 à 445 en fonction de l'attribut de performance précis. 5. Données internes, CooperVision, 2021. Base de données sur la couverture des prescriptions des patients âgés de 14 à 70 ans, n = 101 973. 6. Données internes, CooperVision, 2020. Sondage en ligne à l'insu mené par Kubik; n = 391 optométristes des É.-U. qui prescrivent des lentilles toriques Biofinity[™] toric. Les 3 premières cases, tout à fait d'accord, d'accord, légèrement d'accord. 7. Données internes, CVI, 2020. Sondage en ligne à l'insu mené par Kubik; n = 404 optométristes des É.-U. qui prescrivent des lentilles cornéennes toriques souples. SA#09825-1FRCA



CooperVision[™]



OPTOMETRY
giving sight

TEAM  OGS

Optometry Giving Sight lance une nouvelle campagne de dons durant toute l'année Le programme TEAM OGS est maintenant offert aux cliniques optométriques

GOLDEN (COLORADO) – Optometry Giving Sight (OGS) lance un nouveau programme qui offre aux cliniques optométriques des façons d'appuyer le travail d'OGS toute l'année durant en incorporant des activités de collecte de fonds dans leur fonctionnement au quotidien. Cette initiative appelée TEAM OGS, qui signifie « Together Eyecare Achieves Miracles » en anglais (Ensemble, le domaine des soins de la vue fait des miracles), est offerte à tous les optométristes aux États-Unis et au Canada.

Optometry Giving Sight est un organisme sans but lucratif ayant pour mission d'éliminer la cécité et les déficiences visuelles évitables à l'échelle mondiale. En tant qu'« organisme de bienfaisance du secteur de l'optométrie », OGS recueille des fonds auprès des optométristes, des cliniques d'optométrie et des sociétés et entreprises liées à l'optométrie afin d'octroyer des subventions à des projets durables et significatifs qui visent à élargir la profession et à améliorer l'accès aux soins de la vue dans les régions du monde où ces services sont peu accessibles.

« Depuis la création d'OGS, la communauté optométrique a généreusement appuyé notre travail, surtout dans le cadre de notre Défi de la Journée mondiale de la vue tenu chaque année depuis 2007 », déclare la directrice exécutive d'OGS, Lois Schoenbrun, cadre d'association émérite (à la retraite) et membre de l'American Academy of Optometry.

« Le Défi de la Journée mondiale de la vue est historiquement notre plus grande activité de collecte de fonds. Toutefois, elle ne dure que deux mois par année », explique Mme Schoenbrun. « Les cliniques optométriques ont commencé à nous demander comment elles pourraient recueillir des fonds autrement pendant le reste de l'année. Voilà comment le programme TEAM OGS a vu le jour », ajoute-t-elle.

« Les optométristes et les cliniques optométriques sont très généreux et font preuve de beaucoup de compassion. La majorité d'entre eux sont assez actifs dans leur collectivité, qu'ils aient un programme de responsabilité sociale ou non. Le soutien qu'ils offrent à OGS ainsi que leur participation au programme TEAM OGS témoignent de la façon dont ils se soucient des gens de partout dans le monde qui ont un accès limité ou inexistant aux soins de la vue », explique Mme Schoenbrun.

Grâce à TEAM OGS, les cliniques peuvent choisir différentes façons de recueillir des fonds pour OGS dans le cadre de leurs activités quotidiennes. Elles ont notamment la possibilité de donner une journée de frais d'examen de la vue par mois, de donner un pourcentage des ventes de montures de lunettes et d'autres produits, de promouvoir des rabais sur les soins de la vue et des programmes de récompense au profit d'OGS ou d'inviter leurs patients à faire des dons de différentes façons. Se joindre au programme TEAM OGS est gratuit et tout le matériel est fourni sans frais.

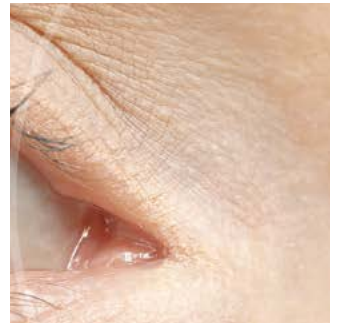
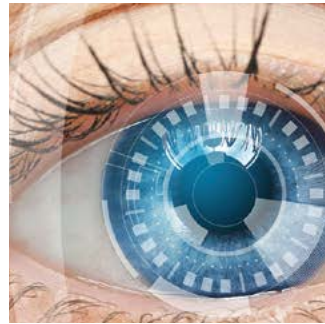
Mme Schoenbrun explique qu'au moment de choisir les activités de collecte de fonds à inclure au programme TEAM OGS, il fallait avant tout qu'il soit facile pour les professionnels de l'optométrie d'y participer. « Nous savons à quel point les optométristes et leurs employés sont occupés. Nous voulions qu'il soit facile pour eux de participer au programme TEAM OGS afin qu'ils puissent continuer de se concentrer sur les soins aux patients chaque jour », ajoute-t-elle.



PERSONNE-RESSOURCE :

Sarah Burtner
386 290-7400
sarah.burtner@givingsight.org

Les petites annonces classées de l'AOQ



OPTOMÉTRISTES RECHERCHÉ(E)S

SOREL-TRACY

Travailleur autonome

Opto-Réseau
opto-reseau.com

Docteure Valérie Bardier, optométriste
450 743-1010
vbardier.cvbg@videotron.ca

ON VOIT VOTRE TALENT ! Centre Visuel Bardier Godin est présentement à la recherche d'un(e) optométriste pour rejoindre son équipe. Possibilité d'explorer diverses spécialisations comme la sécheresse oculaire, équipement à la fine pointe de la technologie, équipe de support dans une clinique rénovée au goût du jour. Joignez-vous à nous !

MONTREAL ET QUÉBEC

Fournisseur de services, travailleur autonome
Temps plein / partiel / poste permanent entreprise

FYidoctors - Bonlook
bonlook.ca/fr/pages/carrieres
Docteur Frédéric Marchand, optométriste

Monsieur Elias Laraichi
438 779-2778
elias.laraichibedoui@fyidoctors.com

VOUS AIMEZ LA MODE? L'optométrie ARRIVE chez Bonlook Rejoignez Bonlook, MAINTENANT intégré à FYI / Visique, un groupe dirigé par des optométristes passionnés. Découvrez nos opportunités à Montréal et Québec, où la mode rencontre l'optométrie pour offrir un excellent rapport qualité-prix. Plus besoin de faire des pieds et des mains pour faire valoir vos besoins en équipement optométrique. Ensemble, nous façonnons l'avenir de la vue et du style, redéfinissant l'expérience optique avec innovation et passion.

QUÉBEC

Temps plein / partiel

Clinique Visuelle de Beauport
optoplus.com

Docteure Valérie Vigneault, optométriste
418 667-5778
cliniquebeauport@videotron.ca

Optométriste recherché(e) OPTOPLUS Beauport pour 2-4 jours/semaine selon ce qui est désiré (nous avons entièrement rénové cet été). OCT, topographe, laboratoire, vaste choix de montures de marque. Possibilité d'ajuster lentilles de spécialité. Horaire selon vos préférences. Personnel impliqué et attentionné. Partenariat possible.

OPTOMÉTRISTE MOBILE OU SUR PLACE À CHICOUTIMI

Temps plein / partiel / permanent / temporaire et possibilité d'association

Optique Santé
optiquesante.com
Docteure Ariane Roy, optométriste

Madame Christine Michaud
418 543-2020 ou 418 590-2021
info@optiquesante.com

Que cherchez-vous comme pratique d'optométrie ? La flexibilité, l'humanité, l'équilibre entre la vie professionnelle sociale et familiale, un environnement technologique, un personnel dévoué ? Optique Santé, clinique indépendante établie depuis 35 ans, vous offre 8 salles d'examen, la présence de 5 optométristes, 3 opticiens d'ordonnances, assistantes, OCT, caméras, Lipiview-Lipiflow et la possibilité de travailler selon vos disponibilités ou en téléoptométrie. Aucune fin de semaine. On vous attend pour vivre l'expérience de notre clinique située au coeur de la ville de Chicoutimi.

OPTOMÉTRISTES RECHERCHÉ(E)S

PLESSISVILLE

Temps plein / partiel

Clinique d'Optométrie de l'Érable
Docteur Marie-Pier Genest, optométriste

Madame Marie-Claude Beaulieu
819 362-8787
marieclaudbeaulieu@live.ca

Rejoignez notre équipe chaleureuse et dynamique ! Nous cherchons un(e) optométriste à temps plein / temps partiel selon vos disponibilités ! Nouveaux locaux depuis janvier 2023 ! Prétests faits par des assistantes qualifiées. Clientèle fidèle établie depuis plus de 35 ans !

LAVAL (succursale Centre Laval et Centre Duvernay)

Temps plein

LOPTICIEN.CA

Docteur Alain Côté, optométriste
514 244-0151 ou 514 592-3692

Madame Marie Vachon
marie.vachon@lopticien.ca

LOPTICIEN.CA propriétaire indépendant avec deux cliniques dans la région de Laval offre à ses optométristes un environnement professionnel, l'utilisation d'équipements à la fine pointe de la technologie et garantit des journées complètes de rendez-vous.

GRANBY

Temps plein

Optiprix

optiprixgranby.com

Docteur Mario Duchemin, optométriste
Madame Marie-Joëlle Papineau
450 777-4833
info@optiprixgranby.com

Horaire flexible. Clientèle établie, bureau en pleine expansion. Trois opticiennes d'ordonnances et un optométriste. Équipe stable. Ambiance de travail agréable et sans pression. Possibilité de prime à la signature d'un contrat et ou association. Situé près de l'autoroute 10.

MONTRÉAL • QUÉBEC • MATANE ACTON VALE • HAUTES-LAURENTIDES

Temps plein / partiel / poste permanent entreprise

FYidoctors - Bonlook

bonlook.ca/fr/pages/carrieres

Docteur Frédéric Marchand, optométriste
Monsieur Elias Laraichi
438 779-2778
elias.laraichibedoui@fyidoctors.com

Une GRANDE PRATIQUE OPTOMETRIQUE, DEUX pays. Rejoignez le plus grand partenariat optométrique au Canada, détenu et dirigé par des optométristes. Chez Visique / FYI, nous mettons l'accent sur les soins personnalisés et la gestion flexible des horaires. Explorez des opportunités uniques avec des incitatifs allant jusqu'à 100 000 \$ dans PLUSIEURS régions telles que les Hautes-Laurentides, Matane, QUÉBEC et Acton Vale. Nous innovons également avec plusieurs projets, notamment la téléoptométrie.

OPTOMÉTRISTE MOBILE – QUÉBEC

Temps partiel / remplacements ponctuels

Raymond et Côté, opticiens et optométristes mobiles
visionrc.ca

Docteur Shelton Regismarianayagam, optométriste
514 946-1010 poste #3
cv@visionrc.ca

L'équipe de Raymond et Côté est à la recherche d'optométristes désireux de varier leur pratique à travers nos cliniques visuelles mobiles au service des aînés. Forts de nos 31 ans d'expertise en cliniques mobiles dans la région de Montréal, nos services s'installent dans la région de Québec. Nous offrons un environnement de travail atypique et très enrichissant auprès d'une clientèle ayant de grands besoins. Que ce soit pour des besoins ponctuels ou de façon plus régulière à temps partiel, nous serons enchantés de vous accueillir dans notre belle équipe déjà composée de 6 opticiens d'ordonnances et 7 optométristes. Au plaisir de vous rencontrer !

OPTOMÉTRISTES RECHERCHÉ(E)S

PROVINCE DE QUÉBEC

Temps plein / partiel / volant / permanent / temporaire

IRIS, Le Groupe Visuel

career.iris.ca/fr/optometristes

Docteure Jahel St-Jacques, optométriste

418 234-4510

jahel.st-jacques@iris.ca

La qualité des services aux patients vous tient à cœur ? Vous recherchez un environnement de pratique favorisant la collaboration interprofessionnelle, une clientèle familiale et fidèle ainsi que de l'équipement de pointe ? IRIS a des opportunités partout au Québec : Rive-Sud de Montréal, Outaouais, Lanaudière, Trois-Rivières, Sherbrooke, Québec/Lévis, Bas-St-Laurent, Charlevoix, Sept-Iles, Saguenay-Lac-St-Jean, Abitibi-Témiscamingue ! Plusieurs postes d'optométristes volants et opportunités de partenariat sont disponibles ! En plus d'une remarquable qualité de pratique, plusieurs secteurs vous offriront une qualité de vie avantageuse et de nombreux attraits touristiques et activités de plein air.

CAP-DE-LA-MADELEINE SHERBROOKE • VICTORIAVILLE QUÉBEC • TROIS-RIVIÈRES RIMOUSKI • ROUYN • ST-JÉRÔME JOLIETTE • BELOEIL • ST-JEAN GRANBY • ST-BRUNO ET DANS LA RÉGION DU GRAND MONTRÉAL

Temps plein / permanent / temporaire / partiel

Greiche & Scaff

greiche-scaff.com

Docteur André Aoun, optométriste

514 207-9211

andre.aoun@greiche-scaff.com

Nous vous offrons des conditions exceptionnelles, une très grande flexibilité de pratique et un encadrement dynamique. Nos priorités sont vos besoins pour oeuvrer à la santé de vos patients. Parce qu'avant d'être nos clients, ils sont avant tout vos patients. Saisissez dès maintenant l'opportunité de faire partie de notre grande famille Greiche & Scaff. Notre promesse ? Votre tranquillité d'esprit. Discrétion assurée.

MONTRÉAL (Nunavik)

Contractuel 1 semaine ou + / année

Docteure Annie Dionne, optométriste

optiquedonnelly.com

514 694-0836

Demandez Steffan

steffandonnelly_ood@hotmail.com

Optique Donnelly est à la recherche d'optométristes pour accompagner ses équipes d'opticiens d'ordonnances à travers le Nunavik. Saisissez l'opportunité de découvrir les communautés du Grand Nord québécois. 14 villages de la Baie d'Hudson et d'Ungava vous attendent. Les voyages sont de 6 jours. Déplacements et hébergements pris en charge. Rémunération jusqu'à 2 000\$ / jour de travail + perdiem. Expérience extraordinaire et dépaysement garanti.

AMOS

Temps plein

Centre Visuel des Eskers

819 732-6831

Docteure Andrée-Anne Roy, optométriste

819 354-6078

andree-anne.roy@hotmail.com

Docteure Caroline Coulombe, optométriste

819 856-3630

caroline.coulombe@lino.com

Le Centre Visuel des Eskers d'Amos recherche un(e) optométriste à temps plein avec possibilité de travailler 4 ou 5 jours par semaine. Notre clinique établie depuis plus de 75 ans, permet aux optométristes d'avoir une pratique de l'optométrie très variée, valorisante et enrichissante. Patients fidèles à leur optométriste, clientèle variée de tous âges, pathologies, lentilles cornéennes, lunetterie, équipements de pointe, collaboration avec les ophtalmologistes, assistantes certifiées et opticienne d'ordonnances. Nous avons des horaires flexibles et très remplis. Fermé les samedis et ouvert un seul soir par semaine. C'est l'opportunité de démarrer une merveilleuse carrière en région, loin des embouteillages, de profiter des grands espaces et de travailler près de la maison. De plus, notre clinique est entièrement rénovée ! Nous vous attendons !

OPTOMÉTRISTES RECHERCHÉ(E)S

QUÉBEC

Temps partiel 1 à 3 jours par semaine
Optométriste pour remplacement de congé de maternité

Clinique Visuelle Nathalie Picard

cliniquevisuellenathaliepicard.ca

Docteure Jeanne Morency, optométriste

418 624-2733

info@cliniquevisuellenp.ca

Nous cherchons un(e) optométriste passionné(e) pour remplacer un congé de maternité, de décembre à juin, 1 à 3 jours par semaine. Rejoignez une clinique entièrement équipée et une équipe dynamique formée de deux opticiens d'ordonnances et plusieurs assistantes certifiées. Offrez des soins de qualité à une clientèle variée, dans un environnement agréable sans pression de vente.

OPTOMÉTRISTE MOBILE • LAVAL ET RIVE-NORD

Temps partiel / remplacements ponctuels

Raymond et Côté, opticiens et optométristes mobiles

visionrc.ca

Docteure Shelton Regismarianayagam, optométriste

514 946-1010 poste #3

cv@visionrc.ca

L'équipe de Raymond et Côté est à la recherche d'optométristes un jour/semaine sur le territoire de Laval et de la Rive-Nord. Vous êtes optométriste à la recherche d'un peu d'aventure ? Nous sommes ouverts à rencontrer des professionnels de cœur qui veulent améliorer le monde. Si vous voulez explorer vos possibilités de pratique mobile en RPA et en CHSLD avec une équipe dédiée à la mission, contactez-nous pour en discuter et venir observer nos équipes sur le terrain. Nous serons enchantés de vous accueillir dans notre belle équipe déjà composée de 6 opticiens d'ordonnances et 7 optométristes.

Au plaisir de vous rencontrer !

GATINEAU

Temps plein / permanent

Clinique d'optométrie de Buckingham

buckingham@opto-reseau.com

Docteure Christine Paquin, optométriste

819 213-5438

cpaquin@optobuck.ca

Clinique indépendante, membre de la bannière Opto-Réseau recherche un(e) optométriste pour rejoindre une équipe dynamique de 4 opticiens d'ordonnances et plusieurs assistantes. Les horaires sont flexibles et nous sommes fermés la fin de semaine. Nous avons 4 salles d'examen disponibles et avons OCT, Optomap, topographe, champ visuel Humphrey, biométrie et clinique de sécheresse (IPL, radiofréquence) ainsi qu'un laboratoire sur place. Nous avons une clientèle très diversifiée, familiale et fidèle. N'hésitez pas à me contacter en toute confidentialité.

VERCHÈRES

Temps plein / partiel / permanent

Clinique visuelle de Verchères

optoplus.com

Docteure Johanne Roy, optométriste

450 583-6644

optojroy@yahoo.ca

Vous cherchez un environnement de travail agréable qui répond à vos besoins ? La clinique visuelle de Verchères, bien établie depuis 33 ans, est à la recherche d'un(e) optométriste motivé(e) pour se joindre à son équipe dynamique. En plus d'une clientèle fidèle et variée, la clinique est fermée la fin de semaine pour une conciliation travail-vie personnelle et idéale. Vous aurez la chance de planifier votre horaire selon vos disponibilités et de développer la pratique que vous souhaitez. Venez pratiquer dans une clinique bien équipée (OCT, CV, laboratoire sur place) qui vous permettra de vous épanouir sur le plan professionnel ! Vous pouvez me rejoindre en toute confidentialité.

CLINIQUES À VENDRE

WAKEFIELD

Docteure Barbara Kurtz, optométriste
drbkurtzoptometrist@gmail.com

Madame Pascale Guillon
514 923-9181
pascale@roicorp.com

Pratique d'optométrie de 20 ans, à 30 minutes au nord d'Ottawa/Gatineau. Potentiel de revenus de 500 000\$ + demande accrue. Communauté huppée en grande croissance. Nouvel espace de 2 salles d'examen sur ~1000 p.c. connexe à un centre médical.

REPENTIGNY

Docteur Michel De Blois, optométriste
514 293-0806
mike.deblois@hotmail.ca

Pratique à vendre à Repentigny, Galeries Legardeur (Maxi, SAQ, Jean-Coutu et +). L'achat de la clinique est une excellente opportunité d'affaires, retraite imminente. Pratique bien établie depuis 35 ans. Clinique indépendante avec clientèle nombreuse, régulière, fidèle et agréable. Communauté en pleine croissance. Récemment rénovée. Prix abordable!

INSTRUMENTS À VENDRE

Docteur Fadi Maroun, optométriste
514 341-2020
Demandez Madame Risa
cliniquemaroun@hotmail.com

Champ visuel Octopus 900 NEUF avec table électronique ajustable, imprimante et système d'ordinateur (acheté en 2017);

Visiomètre (+ cylindre)

Kératomètre

Ophthalmoscope binoculaire indirect-Keeler (montage mural)

Exophthalmomètre

5 lentilles (4 neufs)

Prix demandé: 25 000\$, les pièces individuelles peuvent être négociées.

Docteur Mark Goldstein, optométriste
514 654-3248

Autoréfractomètre /
Huvitz 7000 avec tableau... 2 500\$

Tonomètre I-Care 1 000\$

Projecteur Huvitz
avec 2 télécommandes 600\$

Phoroptère Reichert
cylindre 2 000\$

Docteur David Yalovsky, optométriste
514 235-0787

1 table à réglage électrique. . . . 260\$
(longueur 144 cms - largeur 46.5 cms - hauteur 78 cms)
Elle peut contenir 2 instruments.
Il y a 2 trous sur la surface pour les fils

Lentille de volk superfield 250\$

Chaise d'examen et poteau . . . 325\$

Présentoirs de montures
30 tiges en forme de U 650\$
avec les fixations appropriées
environ 450 supports de montures en acrylique (en moyenne 15 supports par tige)

46 montures à 30\$ chacune. . 1 380\$

Liquidation des montures de collection - Jean Reno

• • • • •

ŒIL SANTÉ MD

Des cliniques modernes et à la fine pointe de la technologie pour mieux vous servir

TRAITEMENTS OCULAIRES SPÉCIALISÉS

- Cataracte
- Dégénérescence maculaire
- Maladies rétinienne
- Glaucome
- Maladies de la cornée
- Oculoplastie et chirurgie reconstructive
- Ophtalmologie pédiatrique



Réseau de **plus de 20 ophtalmologistes** prêts à prendre soin de vos patients

LES PLUS HAUTS STANDARDS EN SOINS OPHTALMIQUES

œil santé
eye health *md*

oeilsantemd.com

CLINIQUE DÉCARIE

8000 boul. Décarie,
bureau 440
Montréal (Québec)
H4P 2S4
Tél. : 514-340-3937
infodecarie@oeilsantemd.com

CLINIQUE CENTRE-VILLE DE MONTRÉAL

625 av. du Président-Kennedy,
bureau 1503, Montréal (Québec)
H3A 1K2
Tél. : 514-849-9215
infopresidentkennedy@oeilsantemd.com

CLINIQUE POINTE-CLAIRE

Méga Centre des Sources
2415A rte Transcanadienne,
Pointe-Claire (Québec)
H9R 5Z5
Tél. : 514-340-3937
infopointeclaire@oeilsantemd.com

On s'occupe autant de vos rêves que de vos avoirs

Découvrez les avantages
de la gestion discrétionnaire
pour votre tranquillité d'esprit.

**DONNEZ VIE À VOS PROJETS.
CONTACTEZ-NOUS.**

Montréal : 1 855 327-6166
Québec : 1 855 657-3248

info@gestionprivee.fondsfmoq.com


GESTION **PRIVÉE**
FONDS FMOQ

Il est **PLUS FACILE DE COMMENCER** la thérapie **HYLO®**!

MÊMES
AVANTAGES HYLO®

NOUVELLE
TAILLE D'EMBALLAGE
DE DÉPART
ADDITIONNELLE



Nouvelle taille d'emballage de départ additionnelle et prix

Mêmes avantages HYLO® que vous aimez:

- ♥ Sans agent de conservation, sans phosphate et un soulagement durable de la sécheresse oculaire.
- ♥ Hyaluronate de haute qualité (masse moléculaire élevée) pour une sensation HYLO® inégalée.
- ♥ Flacon sans entrée d'air sûr, de conception allemande, distribuant une goutte à la fois.

© 2024 CANDORVISION | UNE DIVISION DE CANDORPHARM INC.

CP 23073 MONTRÉAL, CANADA H4A 1T0 | T: 514-380-5270

candorvision.com

Données sur fichier.

 **CANDORVISION^{MD}**
Vos yeux, d'abord et avant tout!