

VOLUME 48 | NUMÉRO 5

SEPTEMBRE | OCTOBRE 2026

L'OPT MÉTRISTE

PUBLICATION DE L'ASSOCIATION
DES OPTOMÉTRISTES DU QUÉBEC

.....
ARTICLE 1

Dans le viseur :
publications récentes
en optométrie

.....
ARTICLE 2

Diagnostic et
prise en charge d'un
œil rouge douloureux



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

Lentilles cornéennes **MyDay**^{MD}

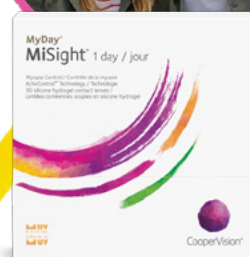


L'innovation pour toute une vie de port.

Silicone hydrogel, du contrôle de la myopie à la presbytie.



Jeunes myopes



Adultes



**Un seul matériau.
Une expérience
unique.**

**Des avantages
à vie.**



Adultes presbytes



INDICATIONS : Les lentilles cornéennes souples MyDay MiSight^{MD} 1 day (stenfilcon A) destinées au contrôle de la myopie sont prescrites pour la correction de l'amétropie (myopie et hypermétropie) chez les personnes aphaques et non aphaques dont les yeux ne sont pas malades, pour des puissances allant de -20,00 à +2,00 dioptries. Les personnes qui présentent un astigmatisme de -2,00 dioptries ou moins peuvent porter les lentilles si elles ne perturbent pas l'acuité visuelle. Les lentilles cornéennes souples MyDay MiSight^{MD} 1 day (stenfilcon A) destinées au contrôle de la myopie peuvent réduire le taux de progression de la myopie chez les enfants (6 à 18 ans) et corriger l'amétropie. Une réduction de la progression de la myopie a été observée chez des enfants qui portaient les lentilles pendant 12 heures (8 à 16 heures) par jour, 6,4 jours (5 à 7 jours) par semaine, dans le cadre d'une étude clinique sur les lentilles MiSight^{MD} 1 day (omafilcon A) dotées d'une optique à double focalisation identique à celle des lentilles MyDay MiSight^{MD} 1 day (stenfilcon A). Le contrôle permanent de la myopie après un arrêt du traitement par lentilles n'est pas appuyé par des études cliniques. Les lentilles cornéennes souples MyDay MiSight^{MD} 1 day (stenfilcon A) destinées au contrôle de la myopie sont recommandées pour un port quotidien et à usage unique. Lorsqu'elles sont prescrites pour un usage unique et un port quotidien, les lentilles doivent être jetées après chaque utilisation.

SOMMAIRE



5

ÉDITORIAL

Collation des grades 2026

Par le docteur
Guillaume Fortin
Optométriste, Président



7

ARTICLE 1

Dans le viseur : publications récentes en optométrie

Par le docteur Kevin Messier
Optométriste, M.Sc., FFAO



17

ARTICLE 2

Diagnostic et prise en charge d'un œil rouge douloureux

Par la Docteure Alina Tran
Optométriste



28

CAS CLINIQUE

Ptose et colobome palpébral

Docteure Emmanuelle Bédard
Optométriste, M.Sc.

COORDONNATEUR SCIENTIFIQUE

Docteur Kevin Messier,
Optométriste, M.Sc., FFAO

COORDONNATRICE DE LA PRODUCTION

Josée Lusignan

☎ 514 288-6272

✉ josee.lusignan@aoqnet.qc.ca

PUBLICITÉ

Émilie Pilon
Gestionnaire de compte

☎ 450 227-8414, poste 310

✉ epilon@cpsmedia.ca

CONCEPTION GRAPHIQUE

BooDesign.ca

21 CHRONIQUE PÉDIATRIQUE

L'examen visuel pédiatrique : l'essentiel

Docteure Emmanuelle Bédard
Optométriste, M.Sc.

22 SONDAGE

La perception et les habitudes en matière de santé oculaire

26 CHRONIQUE JURIDIQUE

Pas de chicane dans le voisinage!

Me Jad Elmahboubi, avocat

31 CHRONIQUE LUSSIER

Feux de forêt et zones à risque : quel impact sur vos couvertures d'assurance?

32 CHRONIQUE LUSSIER

Santé mentale : le défi de la gestion de l'invalidité

34 CHRONIQUE LES CONSEILS D'AFFAIRES MNP

Loi 27 au Québec : votre clinique d'optométrie est-elle conforme?

Madame Laetitia Larouche, Ph. D., Psy., CRHA., ECH.
Directrice, Consultation
Transformation et conduite du changement

36 CHRONIQUE FONDS FMOQ

Séparation de couple : vendre sa résidence dans les règles de l'art

Monsieur Ronald Miglierina, planificateur financier,
notaire, fiscaliste et directeur de Solutions et
Planification financière Fonds FMOQ

38 PETITES ANNONCES

Les petites annonces classées de l'AOQ

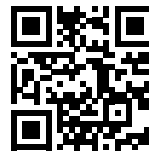


PHOTO MYSTÈRE

Quel serait votre diagnostic ?

Réponse en page 42

L'OPTOMÉTRISTE

ÉDITEUR

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

PRÉSIDENT

Docteur Guillaume Fortin,
Optométriste

ENVOYEZ VOS ARTICLES À L'ÉDITEUR

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

TÉLÉPHONE | 514 288-6272

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

ABONNEMENT ANNUEL

CANADA | 85,45 \$

ÉTRANGER | 125 \$
(taxes incluses)

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 publiereportages publiés dans cette revue n'engagent que leur auteur.

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 opculo-visuels. 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 oculovisuelle de ses patients et, au besoin, il peut diriger le patient vers d'autres professionnels de la santé. »



Offre Distinction

Une offre pour les optométristes

Une gamme de produits et services financiers pour vos besoins :
Forfait transactionnel, carte de crédit, financement, solutions pour entreprises et plus encore.

desjardins.com/optometriste

Certaines conditions et modalités peuvent s'appliquer.



Association des
OPTOMÉTRISTES
du Québec





Collation des grades 2026

La collation des grades de l'École d'optométrie se tient depuis quelques années, un peu étrangement, plusieurs semaines après l'entrée en pratique des nouveaux docteurs en optométrie. Nous avons donc eu le plaisir d'y assister le jeudi 20 août. Nous tenons à réitérer nos félicitations à la promotion 2026 de l'École et à souhaiter aux finissantes et finissants une carrière à la hauteur de leurs ambitions. Ce fut un réel plaisir d'échanger avec les diplômé-e-s, les collègues et les professeur-e-s de l'École, ainsi qu'avec le directeur actuel et ses prédécesseurs.



Il ne faut pas passer sous silence le fait que cette journée fut aussi l'occasion de décerner un doctorat honoris causa à la Dre Pauline Cho, leader mondiale en recherche sur la myopie, ainsi que de reconnaître le Dr Jean-Yves Roy comme bâtisseur de l'École d'optométrie, soulignant son apport important à la profession et sa remarquable carrière.

Nous avons l'habitude d'utiliser ces pages éditoriales pour aborder différents enjeux, notamment l'importance d'occuper le territoire afin d'éviter les bris de service dans plusieurs régions, de maintenir notre présence dans tous nos champs de pratique, ainsi que de prendre en charge les patientes et patients et d'en assumer la responsabilité pour l'ensemble des conditions oculaires de première ligne. Nous discutons souvent de changements technologiques et d'intelligence artificielle. Nous avons l'habitude en période de négociation, de solliciter votre appui et votre solidarité. Cependant, nous avons moins l'habitude de souligner le travail fait par notre unique École d'optométrie québécoise. Ainsi, la collation des grades est certes l'occasion de souligner les années de travail des étudiantes et étudiants qui obtiennent leur diplôme, mais elle devrait également être l'occasion de reconnaître le travail de la direction, du corps professoral, des cliniciennes et cliniciens ainsi que tous les autres intervenants qui contribuent à former et à guider ces futurs optométristes. Chers collègues, nous profitons donc de ces lignes pour saluer votre travail!

La très grande majorité des optométristes du Québec ont obtenu leur diplôme de l'École d'optométrie de l'Université de Montréal, et ce, depuis que l'optométrie existe chez nous. Nous avons parfois tendance à la considérer comme acquise. Nous avons profité de la tribune de la collation des grades pour inviter les finissantes et les finissants à s'intéresser davantage aux enjeux économiques et politiques de leur profession, à la recherche et à l'enseignement clinique, à l'entrepreneuriat, à la pratique de l'optométrie en région ainsi qu'à la pratique en centre de réadaptation. Nous invitons dans la foulée tous les optométristes à s'intéresser à ce qui se fait à l'École, à notre École!

Ensemble, nous avons le pouvoir de maintenir la qualité de l'enseignement qui s'y donne et de favoriser son rayonnement international. L'École est déjà en bonne posture, mais il faut travailler sans relâche pour maintenir et améliorer celle-ci. Une École forte et en santé est aussi importante pour la profession qu'une association forte et en santé.

Alors voilà! Lorsque vous croiserez des professeur.e.s ou des clinicien.ne.s de l'École, prenez le temps de parler avec eux et de leur dire merci, car ce sont peut-être ces personnes qui auront contribué à former votre future relève, ou encore la ou le jeune optométriste qui, demain, vous permettra de souffler un peu en allégeant vos horaires. Qui sait? Peut-être que, lors de ces discussions, vous aurez également envie de contribuer à façonner l'avenir de la profession en devenant clinicienne ou clinicien. Ou peut-être choisirez-vous de contribuer financièrement à la qualité de la formation d'une ou d'un futur collègue en participant à la campagne actuelle? D'une manière ou d'une autre, ne perdez pas de vue votre alma mater. Nous lui devons une grande partie de ce que nous sommes.

En espérant susciter les réflexions, nous disons encore bravo aux finissantes et finissants! Vous êtes promis à un bel avenir si vous vous intéressez à votre École, à votre association, à l'entrepreneuriat, aux leviers qui permettent de faire avancer la profession et d'en préserver les acquis, aux régions où les besoins sont criants, ainsi qu'à des domaines comme la basse vision, la prise en charge de cas complexes ou les urgences oculaires. Bravo à celles et ceux qui vous ont soutenus tout au long du parcours. À vous maintenant de faire votre place, de faire avancer la profession et, surtout, de faire le bien! 



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

L'OPT MÉTRISTE

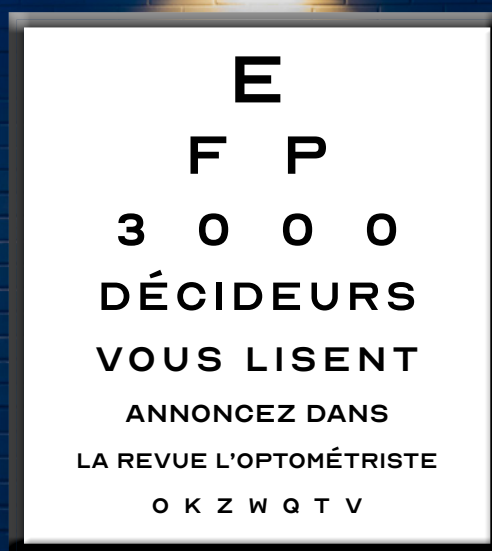
VISIBILITÉ : 20/20

Votre message devant
les bons yeux.

PRESCRIPTION :

*Votre prochaine
vente commence ici.*

Émilie Pilon
epilon@cpsmedia.ca
450 227-8414, poste 310



RABAIS DE 10 %

» CODE PROMO «

CPS MÉDIA



Par le docteur Kevin Messier
Optométriste, M.Sc., FAAO

ARTICLE 1
.....

Dans le viseur : publications récentes en optométrie

Le monde de l'optométrie est en constante évolution. Portée par les avancées technologiques, la recherche scientifique et l'évolution des besoins des patients, la profession se transforme rapidement. De nouvelles approches en matière de dépistage, de traitement et de gestion des troubles visuels voient régulièrement le jour, tandis que les innovations en imagerie, en lentilles ophtalmiques et en outils numériques redéfinissent la pratique clinique au quotidien.

Dans ce contexte dynamique, il est essentiel de rester à l'affût des changements qui façonnent la profession, qu'ils soient d'ordre scientifique, technologique, réglementaire ou économique. S'informer permet non seulement d'anticiper les tendances, mais aussi d'offrir des soins toujours plus adaptés et performants à sa clientèle. Voici 8 nouvelles qui ont retenu notre attention et qui pourraient avoir un impact concret sur votre pratique et sur l'avenir de l'optométrie.

Ce texte a été produit avec
l'assistance de l'intelligence
artificielle.

DMLA et alimentation

Que devrait-on réellement recommander aux patients?¹

- Une alimentation de type méditerranéen pourrait ralentir la progression de la DMLA à presque tous les stades de la maladie.
- Les suppléments AREDS2 demeurent importants, mais ils doivent compléter, et non remplacer, une alimentation saine.

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) demeure une cause majeure de perte visuelle centrale irréversible chez les adultes plus âgés. Bien que des traitements efficaces existent pour la forme néovasculaire, les options permettant de ralentir la progression des formes précoces, intermédiaires ou atrophiques demeurent limitées. Cet article vise à répondre à une question très concrète en clinique : **que devrait manger un patient atteint de DMLA?** Les auteurs synthétisent les données issues notamment des études AREDS et AREDS2, ainsi que de grandes cohortes épidémiologiques nord-américaines et européennes, afin de proposer des recommandations alimentaires simples et applicables.

Le message central est que l'adhésion à une **alimentation de type méditerranéen** est associée à une progression plus lente de la DMLA. Ce modèle alimentaire privilégie les fruits, les légumes, les légumineuses, les noix, les grains entiers, l'huile d'olive, le poisson et les aliments peu transformés, tout en limitant la viande rouge, les produits transformés et les sucres raffinés. Les auteurs insistent toutefois sur le fait qu'il ne s'agit pas d'imposer un régime strictement méditerranéen, mais plutôt d'utiliser ce modèle comme un **cadre nutritionnel adaptable** aux habitudes culturelles et personnelles des patients.

Chez les patients avec **DMLA précoce**, une meilleure adhésion au régime méditerranéen était associée à une diminution du risque de progression vers une DMLA intermédiaire. Dans les analyses AREDS, les participants ayant l'alimentation la plus proche de ce modèle présentaient un risque réduit d'environ **21 %** de développer de grands drusen comparativement à ceux ayant la plus faible adhésion. À ce stade, les auteurs rappellent qu'il n'existe pas de preuves suffisantes pour recommander les suppléments AREDS2, mais que les conseils alimentaires et l'arrêt tabagique peuvent déjà être intégrés à la prise en charge.

Chez les patients avec **DMLA intermédiaire**, les données sont particulièrement pertinentes pour la pratique optométrique. Une adhésion élevée au régime méditerranéen était associée à une réduction d'environ **23 %** du risque de progression vers une DMLA avancée, avec un effet

plus marqué pour l'atrophie géographique que pour la DMLA néovasculaire. Les composantes alimentaires les plus influentes semblaient être une consommation plus élevée de **poisson**, suivie d'une consommation accrue de **légumes** et d'une réduction de la **viande rouge**. Les auteurs rapportent notamment une réduction d'environ **31 %** du risque de progression vers une DMLA avancée chez les participants ayant la consommation de poisson la plus élevée.

Les **suppléments AREDS2** conservent une place importante chez les patients atteints de DMLA intermédiaire ou avancée, notamment ceux avec une DMLA avancée dans un œil. La formulation AREDS2, composée de vitamine C, vitamine E, zinc, cuivre, lutéine et zéaxanthine, est associée à une diminution du risque de progression vers une DMLA avancée. Toutefois, l'article insiste sur un point essentiel : les suppléments et l'alimentation saine ont des effets **complémentaires**, et non interchangeables. Autrement dit, un patient ne peut pas compenser une mauvaise alimentation uniquement par des suppléments, et une alimentation saine ne remplace pas nécessairement les suppléments lorsque ceux-ci sont indiqués.

Dans l'**atrophie géographique**, une alimentation de type méditerranéen est associée à un ralentissement de l'agrandissement des lésions, incluant une progression plus lente vers la fovéa. À ce stade, les éléments alimentaires les plus importants semblent être une consommation élevée de **fruits et légumes**, une faible consommation de **viande rouge** et l'évitement d'une consommation élevée d'alcool. Les auteurs suggèrent qu'une alimentation davantage centrée sur les végétaux pourrait être particulièrement pertinente chez les patients atteints de DMLA atrophique avancée.

Pour les optométristes québécois, cet article fournit un cadre pratique pour intégrer la nutrition dans les discussions cliniques sur la DMLA. Il soutient une approche simple : recommander une alimentation de type méditerranéen dès les stades précoces, recommander les suppléments AREDS2 lorsque les critères cliniques sont atteints, insister sur l'arrêt tabagique à tous les stades, et adapter les conseils alimentaires au contexte culturel, économique et motivationnel du patient.

Chez les patients atteints de DMLA, l'alimentation méditerranéenne et les suppléments AREDS2 doivent être vus comme deux stratégies complémentaires, à adapter selon le stade de la maladie et le profil du patient.



DSLT en glaucome et hypertension oculaire

Une trabéculoplastie laser plus rapide, sans lentille de gonioscopie²

- Le DSLT pourrait offrir une réduction cliniquement significative de la PIO, surtout chez les patients naïfs au traitement.
- Cette approche sans contact simplifie la trabéculoplastie sélective au laser tout en maintenant un profil de sécurité favorable.

La **trabéculoplastie sélective au laser direct** (*direct selective laser trabeculoplasty*, DSLT) représente une évolution technologique de la SLT conventionnelle. Contrairement à la SLT classique, qui nécessite une lentille gonioscopique et une visualisation directe du trabéculum, la DSLT est une procédure **automatisée, sans contact**, réalisée à travers la sclère périlimbique, avec suivi oculaire intégré. L'étude de Goldberg et collaborateurs, publiée dans le *Journal of Glaucoma*, a évalué la sécurité et l'efficacité de cette approche chez des patients atteints d'**hypertension oculaire** ou de **glaucome à angle ouvert**.

Cette étude rétrospective monocentrique a inclus **218 yeux de 144 patients** ayant reçu une DSLT à 360 degrés entre janvier 2023 et octobre 2024 dans un centre tertiaire à Jérusalem. La PIO a été mesurée avant le traitement, 30 minutes après la procédure, puis à 2 mois. Le critère principal de succès était une réduction de la PIO d'au moins **20 %** ou d'au moins **3 mm Hg** à 2 mois, sans ajout de traitement.

À 2 mois, 66,97 % des yeux ont atteint le critère de succès. La PIO moyenne est passée de $19,73 \pm 4,52$ mm Hg avec une réduction moyenne de $3,42 \pm 3,62$ mm Hg, correspondant à une baisse relative d'environ 15,57 %. Les yeux naïfs au traitement ont montré une réponse plus marquée, avec une réduction moyenne de 4,54 mm Hg ou 20,17 %, et un taux de succès de 78,43 %, comparativement à 63,47 % chez les yeux déjà traités par médication.

Le profil de sécurité était favorable. L'effet indésirable le plus fréquent était l'**hémorragie sous-conjonctivale transitoire**, observée dans **54,6 %** des yeux, mais celle-ci était spontanément résolutive. Les pics de PIO étaient rares, rapportés dans **1,8 %** des cas, et ont été pris en charge rapidement. L'acuité visuelle corrigée est demeurée stable, et aucun événement indésirable grave n'a été observé.

Pour les optométristes québécois, cette étude est pertinente parce qu'elle confirme que la DSLT pourrait devenir une option de réduction de la PIO plus simple et plus standardisée que la SLT conventionnelle, particulièrement chez les patients nouvellement diagnostiqués ou encore non traités. Son caractère rapide, sans contact et potentiellement moins dépendant de la technique de l'opérateur pourrait faciliter l'accès à une intervention laser précoce, tout en s'intégrant à une stratégie de prise en charge centrée sur la réduction du fardeau médicamenteux.

Il demeure toutefois important de souligner que les résultats sont à court terme et issus d'une étude rétrospective. Des données prospectives, randomisées et avec un suivi plus long seront nécessaires pour confirmer la durabilité de l'effet, comparer directement la DSLT à la SLT conventionnelle et déterminer sa place exacte dans l'algorithme thérapeutique du glaucome à angle ouvert et de l'hypertension oculaire.

La DSLT semble être une option rapide, sans contact et sécuritaire pour abaisser la PIO, avec une réponse particulièrement intéressante chez les patients naïfs au traitement.

Œdème maculaire diabétique

Comparer efficacité visuelle, réponse anatomique et fardeau thérapeutique³

- Les anti-VEGF demeurent supérieurs au laser pour améliorer la vision et réduire l'épaisseur maculaire dans l'OMD.
- Les stéroïdes pourraient mieux assécher la macula et réduire le nombre de traitements, mais avec des enjeux de cataracte et de PIO.

L'œdème maculaire diabétique (OMD) demeure une cause importante de perte visuelle chez les patients atteints de diabète, et son traitement repose principalement sur trois grandes approches : les injections intravitréennes d'**anti-VEGF**, les **corticostéroïdes intravitréens** et le **laser focal ou en grille**. Cette méta-analyse visait à comparer ces traitements selon trois paramètres cliniquement pertinents : l'amélioration de l'acuité visuelle corrigée, la réduction de l'épaisseur rétinienne centrale et la fréquence des traitements.

Les auteurs ont analysé **20 essais cliniques randomisés**, totalisant **4314 yeux**, publiés entre 2007 et 2022, avec des suivis variant de 3 à 24 mois. Les études incluses comparaient notamment les anti-VEGF au laser, les stéroïdes aux anti-VEGF, les stéroïdes au laser, ainsi que différents agents anti-VEGF entre eux. Les principaux agents évalués incluaient l'aflibercept, le bevacizumab, le ranibizumab, les implants de dexaméthasone, la triamcinolone et le laser focal.

Les résultats confirment que les **anti-VEGF sont plus efficaces que le laser** pour améliorer à la fois l'acuité visuelle et les paramètres anatomiques. Comparativement au laser, les anti-VEGF ont entraîné une amélioration significative de l'acuité visuelle, avec une différence moyenne de **0,14 logMAR (environ 7 lettres)**, ainsi qu'une meilleure réduction de l'épaisseur rétinienne centrale, avec une différence moyenne de **38,73 µm**. Ces données renforcent leur rôle de traitement de référence dans la majorité des cas d'OMD.

Les **stéroïdes intravitréens**, principalement les implants de dexaméthasone dans cette analyse, ont démontré une réduction plus importante de l'épaisseur rétinienne centrale que les anti-VEGF, avec une différence moyenne de **61,17 µm** en faveur des stéroïdes.

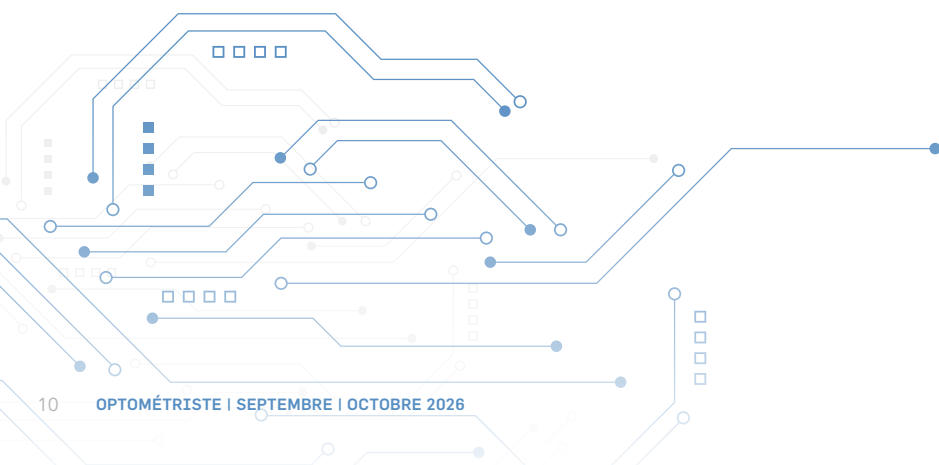
Ils étaient aussi associés à une fréquence de traitement nettement plus faible, soit environ **4,29 traitements de moins par année** comparativement aux anti-VEGF. Toutefois, aucune supériorité significative des stéroïdes n'a été démontrée sur le plan de l'acuité visuelle, ce qui pourrait s'expliquer notamment par les effets indésirables connus comme la cataracte et l'élévation de la pression intraoculaire.

Dans l'analyse des différents anti-VEGF, l'**aflibercept** a montré une réduction plus importante de l'épaisseur rétinienne centrale que le bevacizumab, avec une différence moyenne de **37,52 µm**. Toutefois, cette amélioration anatomique ne s'est pas traduite par une différence significative d'acuité visuelle ni de fréquence d'injection. Les auteurs soulignent donc que l'amélioration structurale ne correspond pas toujours directement à un gain fonctionnel mesurable, un point important à garder en tête lors du suivi clinique.

Sur le plan pratique, cette méta-analyse appuie une approche plus **personnalisée** du traitement de l'OMD. Les anti-VEGF demeurent le traitement de première intention pour la plupart des patients, en particulier lorsque l'objectif principal est l'amélioration visuelle. Les stéroïdes peuvent toutefois occuper une place importante chez certains patients, notamment en cas d'OMD réfractaire, de difficulté d'accès aux injections fréquentes, de pseudophakie ou lorsque la réduction du fardeau thérapeutique devient prioritaire. Le laser, bien qu'il ait perdu son rôle dominant, peut encore être pertinent dans certains cas sélectionnés, notamment pour une atteinte focale.

Pour les optométristes québécois, cet article est utile parce qu'il clarifie les compromis entre **efficacité visuelle, réponse anatomique et fardeau thérapeutique**. Dans le suivi des patients diabétiques, il rappelle l'importance de bien documenter l'évolution de la TCO, de reconnaître les cas d'OMD persistants ou réfractaires, et d'orienter rapidement vers une spécialiste de la rétine lorsque l'œdème menace la vision ou répond insuffisamment au traitement en cours.

Les anti-VEGF demeurent la référence pour l'OMD, mais les stéroïdes peuvent offrir une meilleure réponse anatomique et réduire le fardeau thérapeutique chez des patients sélectionnés, au prix d'une surveillance accrue de la cataracte et de la PIO.



Dépistage mobile des tumeurs de surface oculaire

L'IA comme outil de repérage précoce⁴

- Une application mobile utilisant l'IA pourrait faciliter le dépistage précoce des lésions malignes de la surface oculaire.
- En combinant téléphone intelligent, capture d'image guidée et triage automatisé, ce modèle pourrait améliorer l'accès aux soins spécialisés.

Les tumeurs malignes de la surface oculaire sont rares, mais elles peuvent entraîner des conséquences importantes lorsqu'elles sont diagnostiquées tardivement, notamment des traitements plus extensifs et un risque accru pour la vision. Cet essai clinique non randomisé publié dans *JAMA Ophthalmology* évalue **CaptureTumor**, une application mobile utilisant l'intelligence artificielle pour permettre un autodépistage proactif des lésions pigmentées ou suspectes de la surface oculaire à partir de photographies prises avec un téléphone intelligent.

L'étude a été conçue en trois étapes. La première visait à entraîner et valider le modèle à partir d'images obtenues à la lampe à fente. La deuxième consistait à adapter l'algorithme aux images captées par téléphone intelligent, notamment en intégrant des critères de qualité d'image comme le cadrage, la mise au point et l'exposition. La troisième étape évaluait l'application dans un contexte réel de dépistage à grande échelle, soutenu par une campagne de sensibilisation utilisant la télévision, les médias sociaux et des plateformes numériques de soins.

La campagne multimédia a rejoint **256 053 personnes**, parmi lesquelles **13 243** ont accédé à l'application et **614** ont fait l'autodépistage à domicile. Après le contrôle automatisé de la qualité des images, **535 participants**, représentant **805 images**, ont été inclus dans l'analyse finale. Le profil des participants reflétait une utilisation populationnelle large, avec un âge médian de 46 ans et une proportion importante de participants provenant de régions situées à l'extérieur des grands centres urbains.

Sur le plan diagnostique, l'application a démontré une performance élevée. Après optimisation de la qualité des images, le modèle fondé sur les photographies prises par téléphone intelligent a atteint une **ASC de 0,905**, comparable à celle du modèle basé sur des images à la lampe à fente, dont l'AUC était de **0,945**.

Dans le contexte populationnel réel, CaptureTumor a obtenu une **ASC de 0,977**, avec une **sensibilité de 89,3 %** et une **spécificité de 95,9 %** pour distinguer les lésions malignes des lésions bénignes.

L'impact clinique potentiel est particulièrement notable. L'application a d'abord identifié **47 participants** comme étant à haut risque, puis l'examen expert des images a ajouté **11 cas suspects**, menant à **58 références** pour évaluation clinique. Au terme du processus, **20 malignités** ont été confirmées par histopathologie, incluant **14 carcinomes basocellulaires** et **6 mélanomes malins**. Fait important, **19 des 20 cas** étaient nouvellement diagnostiqués, et aucun patient n'a nécessité d'enucléation.

Pour les optométristes québécois, cette étude illustre le potentiel d'un modèle de **prétriage numérique assisté par IA** pour les lésions de surface oculaire, en particulier lorsque l'accès à une évaluation spécialisée peut être retardé. Un tel outil ne remplace pas l'examen clinique, la biomicroscopie, l'imagerie spécialisée, ni la confirmation histopathologique lorsque nécessaire, mais il pourrait contribuer à repérer plus tôt les lésions suspectes et à orienter plus rapidement les patients vers une évaluation appropriée.

Cette approche est également intéressante sur le plan de la santé publique, car elle combine sensibilisation populationnelle, capture d'image standardisée, analyse automatisée et référence clinique dans un parcours relativement accessible. Les résultats suggèrent qu'un tel modèle pourrait améliorer l'équité d'accès au dépistage des maladies rares, à condition qu'il soit intégré à un réseau clinique structuré capable d'assurer l'évaluation, le diagnostic et la prise en charge des cas positifs.

Le dépistage mobile assisté par IA pourrait devenir un outil complémentaire utile pour repérer plus tôt les tumeurs de surface oculaire, mais il doit demeurer intégré à un parcours clinique structuré et validé.



Sémaglutide et DMLA néovasculaire

Pas de signal clair d'augmentation du risque chez les patients diabétiques⁵

- Le sémaglutide ne semble pas augmenter le risque de DMLA néovasculaire chez les adultes atteints de diabète de type 2.
- Une vaste analyse multicentrique rassure sur le profil rétinien des agonistes du GLP-1, tout en soulignant l'importance de la surveillance oculaire.

L'utilisation du sémaglutide et des autres agonistes du récepteur du GLP-1 a fortement augmenté chez les patients atteints de diabète de type 2, notamment en raison de leurs bénéfices métaboliques et cardiovasculaires. Toutefois, leur impact potentiel sur certaines pathologies rétinienues demeure un sujet d'intérêt clinique. Cette étude publiée dans *Ophthalmology* a évalué l'association possible entre l'utilisation du sémaglutide et le risque de développer une dégénérescence maculaire liée à l'âge néovasculaire (DMLA néovasculaire) chez des adultes atteints de diabète de type 2.

Les auteurs ont réalisé une étude rétrospective à grande échelle à partir de 12 bases de données du réseau Observational Health Data Sciences and Informatics (OHDSI), couvrant la période du 1er décembre 2017 au 31 décembre 2024. L'analyse incluait des adultes atteints de diabète de type 2 traités par sémaglutide, par d'autres agonistes du GLP-1 comme le dulaglutide ou l'exénatide, ou par des traitements non GLP-1 tels que l'empagliflozine, la sitagliptine ou le glipizide.

Au total, 227 971 nouveaux utilisateurs de sémaglutide ont été inclus dans l'étude. Les résultats n'ont montré aucune différence statistiquement significative du risque de DMLA néovasculaire chez les utilisateurs de sémaglutide comparativement aux utilisateurs de dulaglutide, d'empagliflozine, de sitagliptine ou de glipizide.

Aucun signal clair n'a non plus été observé pour les autres agonistes du GLP-1 ou pour les traitements non GLP-1 évalués.

Pour les optométristes québécois, cette étude est pertinente dans un contexte où de nombreux patients diabétiques suivis en clinique utilisent maintenant le sémaglutide ou d'autres traitements métaboliques modernes. Les résultats suggèrent qu'il n'y a pas, à ce jour, de preuve d'un risque accru de DMLA néovasculaire associé au sémaglutide chez les adultes atteints de diabète de type 2. Cela ne modifie pas les indications de suivi oculaire habituelles, mais peut aider à nuancer les discussions avec les patients préoccupés par les effets oculaires potentiels de cette classe thérapeutique.

Cette étude ne signifie pas que la surveillance rétinienne devient moins importante. Les patients diabétiques demeurent à risque de complications oculaires, notamment la rétinopathie diabétique, l'œdème maculaire diabétique et les maladies maculaires liées à l'âge. Le rôle de l'optométriste demeure donc essentiel dans le dépistage, la documentation des changements rétinienues et la référence rapide lorsque des signes de DMLA néovasculaire ou d'autre atteinte maculaire sont présents.

Chez les adultes atteints de diabète de type 2, le sémaglutide n'a pas été associé à une modification significative du risque de DMLA néovasculaire dans cette vaste étude observationnelle multicentrique.

Apnée obstructive du sommeil et glaucome

Un lien à surveiller en pratique optométrique⁶

- L'apnée obstructive du sommeil est associée à une incidence plus élevée de glaucome dans une vaste analyse en conditions réelles.
- Les patients évalués ou traités pour l'apnée du sommeil pourraient bénéficier d'un suivi oculaire plus régulier.

L'apnée obstructive du sommeil (AOS) est de plus en plus reconnue comme une condition systémique pouvant avoir des répercussions vasculaires, neurologiques et possiblement oculaires. L'article rapporte les résultats d'une vaste étude rétrospective en conditions réelles (real life), qui a évalué l'association entre l'AOS et le risque de développer un glaucome chez des adultes ayant subi une évaluation du sommeil.

L'analyse s'appuie sur les données d'Epic Cosmos, une base multicentrique de dossiers médicaux électroniques. Les chercheurs ont inclus des adultes évalués pour une AOS entre le 1er janvier 2010 et le 31 octobre 2025, en excluant ceux qui avaient déjà un diagnostic de glaucome. La population finale comprenait plus de 12,5 millions de patients, avec un âge moyen de 60,4 ans, et un suivi moyen de 5,2 ans.

Les participants ont été répartis en trois groupes : des patients testés pour le sommeil mais sans diagnostic d'AOS, des patients avec AOS sans traitement par pression positive, et des patients avec AOS ayant fait l'utilisation d'un dispositif de pression positive des voies respiratoires (PAP) dans les 180 jours suivant l'évaluation. Durant le suivi, 153 083 nouveaux cas de glaucome ont été identifiés.

Les résultats montrent un gradient clair d'incidence du glaucome selon les groupes. Les taux bruts d'incidence étaient de 1,74 cas par 1000 personnes-années chez les témoins testés sans AOS, de 2,38 chez les patients avec AOS sans l'utilisation de PAP, et de 3,39 chez les patients avec AOS et l'utilisation de PAP. Après ajustement pour les caractéristiques de base, les patients avec AOS sans PAP présentaient un risque de glaucome incident augmenté de 27 % comparativement aux témoins, tandis que les patients avec AOS et PAP présentaient un risque plus que doublé.

À 10 ans, l'incidence cumulative du glaucome atteignait 1,58 % chez les témoins, 2,30 % chez les patients avec AOS sans PAP, et 3,86 % chez ceux avec un PAP. Les auteurs précisent toutefois que ces résultats ne démontrent pas que la thérapie par PAP cause le glaucome. Les patients traités par PAP peuvent avoir une AOS plus sévère, ce qui rend difficile la distinction entre l'effet du traitement et celui de la gravité de la maladie sous-jacente.

Pour les optométristes québécois, ces données soulignent l'importance d'intégrer l'AOS dans l'évaluation globale du risque glaucomateux, particulièrement chez les patients présentant d'autres facteurs de risque ou une progression inexpliquée. La présence d'un diagnostic d'AOS, surtout lorsqu'un traitement par PAP est documenté, pourrait justifier une vigilance accrue quant à la pression intraoculaire, l'apparence du nerf optique, l'OCT RNFL/GCC et les champs visuels.

Cette étude ne modifie pas à elle seule les recommandations de prise en charge, mais elle renforce l'idée que le glaucome doit être envisagé dans un contexte systémique plus large. Les auteurs appellent à des études futures intégrant des données plus précises sur la sévérité de l'AOS, l'adhésion au PAP et les résultats ophtalmiques afin de mieux comprendre l'interaction entre sommeil, perfusion oculaire et risque glaucomateux.

L'apnée obstructive du sommeil est associée à une incidence accrue de glaucome, et les patients évalués ou traités pour cette condition pourraient bénéficier d'une surveillance optométrique plus attentive.



Hypermétropie non corrigée chez l'enfant

Des répercussions possibles au-delà de l'acuité visuelle⁷

- Une hypermétropie modérée non corrigée peut affecter la vision de près, l'attention et les apprentissages scolaires.
- Une bonne acuité visuelle de loin ne suffit pas toujours à exclure des difficultés fonctionnelles chez l'enfant hypermétrope.

L'hypermétropie est fréquente chez les jeunes enfants et peut généralement être compensée par l'accommodation. Cette capacité explique pourquoi plusieurs enfants présentant une hypermétropie modérée, sans strabisme ni amblyopie, demeurent non corrigés. Cette revue examine toutefois les données montrant que certains enfants hypermétropes ne parviennent pas à compenser entièrement leur erreur réfractive et peuvent présenter des déficits de la fonction visuelle de près, de la lecture et de l'attention.

Les données présentées indiquent que les enfants atteints d'hypermétropie modérée non corrigée ont souvent une moins bonne acuité visuelle de près, une stéréoscopie réduite et une réponse accommodative moins efficace que les enfants non hypermétropes. Ces difficultés peuvent être présentes même lorsque l'acuité visuelle de loin semble adéquate et qu'aucun strabisme manifeste n'est observé. L'évaluation clinique ne devrait donc pas se limiter à la réfraction et à la vision de loin, mais inclure une appréciation fonctionnelle de la vision rapprochée.

L'article rapporte également une association entre l'hypermétropie modérée non corrigée et de moins bonnes performances en lecture précoce, notamment pour certaines tâches sollicitant l'identification des lettres, la compréhension du langage écrit et le traitement visuel rapproché. Ces déficits sont particulièrement préoccupants à l'âge préscolaire, puisque les difficultés de littératie précoce peuvent annoncer des problèmes de lecture durant les premières années du primaire.

Chez les enfants d'âge scolaire, l'effort accommodatif soutenu nécessaire pour compenser l'hypermétropie peut rendre les activités de lecture et de travail rapproché plus exigeantes. Même si l'enfant réussit à maintenir une image relativement nette, cette compensation peut être instable ou entraîner une diminution du confort et de l'efficacité visuelle. Des difficultés d'attention peuvent également être observées, bien qu'il demeure complexe de déterminer dans quelle mesure elles découlent directement de la demande visuelle ou d'autres facteurs développementaux et scolaires.

La revue met toutefois en évidence une incertitude clinique importante. Bien que les associations entre l'hypermétropie non corrigée et les déficits fonctionnels soient de plus en plus documentées, les données demeurent insuffisantes pour déterminer précisément quels enfants devraient être corrigés, à partir de quel seuil réfractif et selon quelle puissance prescrite. L'effet réel de la correction sur la lecture, l'attention et le rendement scolaire doit encore être confirmé par des études prospectives.

Pour les optométristes québécois, cette synthèse soutient une approche individualisée de l'hypermétropie pédiatrique. La décision de prescrire ne devrait pas reposer uniquement sur la valeur de la réfraction cycloplégique. Elle devrait aussi tenir compte de l'acuité visuelle de près, de l'accommodation, de la vision binoculaire, de la stéréoscopie, des symptômes, des observations des parents et du personnel scolaire, ainsi que des exigences visuelles propres au stade de développement de l'enfant.

L'article rappelle ainsi que l'absence d'amblyopie ou de strabisme ne signifie pas nécessairement que l'hypermétropie est sans conséquence. Chez un enfant présentant des difficultés de lecture, une attention fluctuante ou une performance réduite lors des tâches rapprochées, une évaluation complète de l'hypermétropie et de la fonction visuelle de près pourrait permettre de mieux caractériser la contribution du système visuel.

Chez l'enfant, l'hypermétropie modérée non corrigée peut compromettre la fonction visuelle de près et certains apprentissages, même lorsque la vision de loin paraît normale. 

RÉFÉRENCES

1. Keenan T., Hébert M., Chew E. ...What Should Patients With Age-Related Macular Degeneration Eat? *American Journal of Ophthalmology*, 2026; 288, 12-21
2. Goldberg M., Shohat N., Garzozzi D., et al. Safety and efficacy of direct selective laser trabeculoplasty in patients with ocular hypertension or open angle glaucoma. *J Glaucoma*. 2026;35(6):353-361. doi:10.1097/IJG.0000000000002725
3. Christina N. Bobrek, Ishani Kapoor, Swara M. Sarvepalli, Elise Timtim, Majda Hadziahmetovic, A meta-analysis of clinical outcomes in diabetic macular edema, *Advances in Ophthalmology Practice and Research*, Volume 6, Issue 3, 2026,
4. Wang R., Bi S., Lin D., et al. Smartphone-Based Proactive Self-Screening for Ocular Surface Malignancies: A Nonrandomized Clinical Trial. *JAMA Ophthalmol*. 2026;144(7):627-635. doi:10.1001/jamaophthalmol.2026.1609
5. Cindy X. Cai, Brian Toy, Benjamin Martin, Semaglutide and Neovascular Age-Related Macular Degeneration among Adults with Type 2 Diabetes: An Observational Health Data Sciences and Informatics Network Study, *Ophthalmology*, 2026
6. Nishida T., Mittal R., Weinreb R. Positive Airway Pressure and Long-Term Glaucoma Risk in Obstructive Sleep Apnea, *Ophthalmology Glaucoma*, 2026
7. Kulp MT, Ciner EB, Candy TR, Ying G-s, Hall C., Quinn G., et al. Impact of uncorrected hyperopia on visual function and academic performance in preschool and school-age children. *Optom Vis Sci*. 2026;e70018. <https://doi.org/10.1002/ovs2.70018>

NOUVELLES

lentilles cornéennes MyDay^{MD} MiSight^{MD} 1 jour



CooperVision^{MD}

DES PERFORMANCES À LA HAUTEUR DU POTENTIEL



**Le matériau
silicone hydrogel
avancé des
lentilles cornéennes
MyDay^{MD}*1**



**La technologie
ActivControl^{MD}
éprouvée des
lentilles cornéennes
MiSight^{MD} 1 jour*1**

LE TOUT DANS UNE NOUVELLE LENTILLE CORNÉENNE

Conçues dans le but de faciliter la gestion de
la myopie pour vos patients.**§2-4



**Préférées pour
leur confort
comparativement
aux lentilles MiSight^{MD}
1 jour originales^{†5}**



**Transmissibilité de
l'oxygène jusqu'à 4 fois
supérieure à celle d'une
lentille cornéenne en
hydrogel à usage unique***



**Considérées comme plus
faciles à poser que les
lentilles MiSight^{MD} 1 jour
d'origine^{§5}**



**Filtre UV
intégré***

**En savoir plus
sur MyDay^{MD}
MiSight^{MD} 1 jour**



INDICATIONS : les lentilles cornéennes souples MyDay MiSight 1 jour (sténofilcon A) destinées au contrôle de la myopie sont prescrites pour la correction de l'amétropie (myopie et hypermétropie) chez les personnes aphaques et non aphaques dont les yeux ne sont pas malades, pour des puissances allant de -20,00 à +2,00 dioptries. Les personnes qui présentent un astigmatisme de -2,00 dioptries ou moins peuvent porter les lentilles si elles ne perturbent pas l'acuité visuelle. Les lentilles cornéennes souples MyDay MiSight 1 jour (sténofilcon A) destinées au contrôle de la myopie peuvent réduire le taux de progression de la myopie chez les enfants (6 à 18 ans) et corriger l'amétropie. Une réduction de la progression de la myopie a été observée chez des enfants qui portaient les lentilles pendant 12 heures (8 à 16 heures) par jour, 6,4 jours (5 à 7 jours) par semaine, dans le cadre d'une étude clinique sur les lentilles MiSight^{MD} 1 jour (omafilcon A) dotées d'une optique à double focalisation identique à celle des lentilles MyDay^{MD} MiSight^{MD} 1 jour (sténofilcon A). Le contrôle permanent de la myopie après un arrêt du traitement par lentilles n'est pas appuyé par des études cliniques. Les lentilles cornéennes souples MyDay^{MD} MiSight^{MD} 1 jour (sténofilcon A) destinées au contrôle de la myopie sont recommandées pour un port quotidien et à usage unique. Lorsqu'elles sont prescrites pour un usage unique et un port quotidien, les lentilles doivent être jetées après chaque utilisation.

* Efficacité prouvée pour ralentir la progression de la myopie chez les enfants par rapport à une lentille à usage unique unifocale sur une période de 3 ans. ** Dans le cadre d'une étude clinique, le temps de port moyen en semaine est passé de 12,8 heures/jour à 6 mois à 13,9 heures/jour à 6 ans, avec une moyenne de plus de 6,5 jours/semaine pour les lentilles MiSight^{MD} 1 jour, qui utilisent la même technologie ActivControl^{MD} que les lentilles MyDay^{MD} MiSight^{MD} 1 jour. § 94 % c. 81 % après 1 semaine de port quotidien, p=NS. † 19 % c. 3 % après 1 semaine de port quotidien, p=0,02. ‡ D'après les données publiées par les fabricants. Les lentilles MiSight^{MD} 1 jour en hydrogel de silicone ont un Dk/t de 100. Comparativement aux lentilles MiSight^{MD} 1 jour originales (Dk/t de 28) et aux lentilles NaturalVue Multifocal 1 Day (Dk/t de 25). † **AVERTISSEMENT :** les lentilles cornéennes dotées d'un écran UV ne remplacent pas les lunettes destinées à protéger des rayons UV, comme des lunettes de soleil ou des lunettes de protection dotées d'un écran UV, puisqu'elles ne recouvrent pas complètement l'œil et le contour de l'œil. Il est recommandé aux patients de continuer à utiliser des lunettes destinées à protéger des rayons UV, conformément aux instructions. **Références :** 1. Chamberlain P et coll. A 3-year Randomized Clinical Trial of MiSight Lenses for Myopia Control. OVS, 2019; vol. 96, p. 556 à 567. 2. Woods J et coll. Ocular health of children wearing daily disposable contact lenses over a 6-year period. CLAE 2021 août;44(4):101391. 3. CVI, données internes, 2025. Étude prospective, à double insu, bilatérale, d'une durée d'une semaine, portant sur les lentilles MyDay MiSight 1 jour. N=32 sujets âgés de 8 à 18 ans. 4. CVI, données internes, 2025. Étude prospective, à double insu, randomisée, bilatérale, croisée, d'une durée d'une semaine, portant sur les lentilles MiSight 1 jour et MyDay^{MD} MiSight^{MD} 1 jour. N=32 sujets âgés de 8 à 18 ans.

© 2026 CooperVision. MyDay^{MD}, MiSight^{MD} et ActivControl^{MD} sont des marques déposées de The Cooper Companies, Inc. et de ses filiales.

SA17387



60 ANS D'ENGAGEMENT À PROMOUVOIR L'OPTOMÉTRIE ET À DÉFENDRE LES INTÉRÊTS DE NOS MEMBRES!

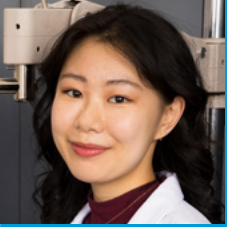
Cette année, nous avons le plaisir de célébrer un jalon important dans l'histoire de l'Association des optométristes du Québec. Depuis sa fondation en 1966, l'AOQ est demeurée fidèle à sa mission à promouvoir la valeur et le rôle de l'optométrie au sein du système de santé québécois et en favorisant l'indépendance professionnelle et financière des optométristes tout en les mobilisant autour d'objectifs communs.

Nous tenons à remercier tous les optométristes, les membres du personnel et les partenaires qui ont contribué à faire de l'AOQ ce qu'elle est aujourd'hui. Votre apport et votre engagement envers la santé visuelle ont permis à l'association de se développer et de s'adapter aux défis de notre époque.

Un grand merci à toutes et à tous, et célébrons ensemble les 60 ans de votre association!
Puissent les années à venir être tout aussi enrichissantes et prospères.



Association des
OPTOMÉTRISTES
du Québec



Par la Docteure Alina Tran
Optométriste

ARTICLE 2
.....

Diagnostic et prise en charge d'un œil rouge douloureux



Un œil rouge et douloureux est l'une des plaintes les plus fréquemment rapportées par les patients dans une clinique d'optométrie. Son diagnostic différentiel est particulièrement large, allant des causes bénignes telles qu'une atteinte de la surface oculaire jusqu'aux conditions graves menaçant la vie du patient. Une approche systématique et rigoureuse est donc indispensable à chaque consultation.

Cet article présentera un cas clinique d'un patient examiné à la clinique d'urgence en ophtalmologie de l'Hôpital Saint-Jérôme lors de ma résidence en santé oculaire. Il illustre l'importance de réévaluer continuellement les hypothèses lorsque la réponse au traitement est insuffisante, car derrière une présentation d'apparence banale peut se dissimuler une condition dont la prise en charge rapide est déterminante pour le pronostic visuel et vital du patient.

PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE

Un homme de 60 ans d'origine caucasienne est suivi pour un glaucome primaire à angle fermé (GPAF) avec une composante phacomorphe et iris en plateau. En 2023, il a eu un traitement d'iridotomie au laser bilatéral et il est actuellement traité avec une goutte de latanoprost le soir (qhs) dans les deux yeux. Lors des visites précédentes, son acuité visuelle avec correction fluctuait habituellement entre 6/6 et 6/7,5 dans les deux yeux, avec des pressions intraoculaires (PIO) variant entre 15 et 24 mm Hg dans les deux yeux.

1^{re} visite

Il se présente à son suivi de routine en mi-décembre 2025 avec de nouvelles plaintes à l'œil gauche. Il rapporte une rougeur accompagnée d'épisodes de douleur occasionnelle durant une à deux minutes lorsqu'il se penche vers l'avant, d'une intensité de 7 sur 10, évoluant depuis fin novembre 2025.

À cette visite, les acuités visuelles avec correction sont de 6/6 dans l'œil droit (OD) et 6/18 dans l'œil gauche (OS) améliorables à 6/6 au trou sténopéique. La pression intraoculaire est de 26 mm Hg dans les deux yeux (OU). L'évaluation du segment antérieur au biomicroscope révèle une dysfonction des glandes de Meibomius (DGM) grade 1 dans les deux yeux avec la présence d'un cil incarné sur la paupière supérieure gauche. Rien n'est noté à l'éversion dans les deux yeux, pas de papilles ou follicules et il n'y a pas de sécrétions. La conjonctive bulbaire est claire et lisse à droite, alors qu'à gauche, il y a une hyperhémie diffuse de la conjonctive de grade 1 avec tortuosité et dilatation des vaisseaux sous-conjonctivaux. Pour ce qui est de la cornée, il y a une kératite ponctuée superficielle (KPS) grade 1 bilatérale, plus prononcée dans la zone inférieure. Le reste des structures oculaires du segment antérieur sont dans la limite normale dans les deux yeux : la chambre antérieure est calme, l'iris est sain avec une iridotomie perméable et il y a une légère sclérose nucléaire de grade 1 OU. Le segment postérieur est sans particularité dans OD et OS. Le vitré est clair, le nerf optique avec un ratio cup sur disc (C/D) de 0,7 et il y a absence de déchirure, de décollement ou d'hémorragie dans la rétine périphérique OU.

Le cil a été retiré avec des pinces lors de l'examen. Le tableau clinique penchait principalement vers une épisclérite ou une kératite sèche secondaire au cil incarné. À titre de rappel, la majorité des épisclérites sont idiopathiques, mais 26 à 36 % seraient associés à une condition systémique, notamment la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante, la maladie de Behçet ou la colite ulcéreuse. En cas de récurrence ou suspicion d'une cause systémique sous-jacente, un bilan sanguin est nécessaire¹.

Comme traitement, on a donné du Lacrilube qhs OU et du Celluvisc quatre fois par jour (QID), en complément avec du Lotemax gel à dose décroissante, soit QID pour 3 jours, puis trois fois par jour (TID) pour 3 jours, puis deux fois par jour (BID) pour 1 semaine et une fois par jour (DIE) pour 1 semaine. Un suivi de 2 semaines a été donné.

2^e visite

Deux semaines plus tard, l'acuité visuelle semble être revenue aux valeurs habituelles, soit 6/6 OD et OS. La PIO est de 18 mm Hg à droite et de 23 mm Hg à gauche. Malgré le traitement amorcé, le patient rapporte peu d'amélioration de ses symptômes. À la lampe à fente, il y a une rougeur persistante dans les secteurs nasal et temporal OS. Le reste du segment antérieur et du segment postérieur demeure inchangé.

Une goutte de phényléphrine 2,5 % est instillée dans l'œil gauche. Après 10 minutes d'observation, on note un blanchissement minimal, ce qui suggère l'implication de vaisseaux plus profonds, et possiblement une atteinte sclérale plutôt qu'épisclérale. La suspicion se déplace donc vers une sclérite.

On jout un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) oral au traitement. Parmi les AINS disponibles, certains sont accessibles sans ordonnance tels que l'ibuprofène (Advil, Motrin) et le naproxène (Aleve). Ces deux molécules ont un profil similaire, mais le naproxène a une durée d'action plus prolongée que l'ibuprofène, ayant respectivement une demi-vie de 12 à 17 heures² et 1,8 à 2 heures³. Le naproxène est typiquement utilisé dans la spondylite ankylosante, la goutte et la polyarthrite rhumatoïde, mais il peut également être prescrit dans le traitement des sclérites². Il est important de tenir en compte ses contre-indications absolues, soit la grossesse et l'allergie aux AINS ainsi que ses contre-indications relatives, notamment chez les patients âgés ou chez les patients avec insuffisance rénale, des antécédents de maladie gastro-intestinale. D'autres substances peuvent être prescrites en conjonction pour protéger l'estomac tel que pantoprazole (Pantoloc). Bien que certaines sclérites soient de nature infectieuse ou traumatique, près de 50 % des sclérites sont associées à une condition systémique, d'où l'importance de l'investigation avec un bilan sanguin (4-5).

On a prescrit du naproxène 500 mg BID pour 14 jours et donné un rendez-vous de suivi à 2 semaines.

3^e visite

À la visite suivante, l'acuité visuelle est relativement stable dans les deux yeux : 6/6 OD et 6/7,5 OS. La PIO est de 18 mm Hg à droite et de 27 mm Hg à gauche. Par contre, le patient ne rapporte aucune amélioration malgré le traitement AINS oral. Lors de la tonométrie, un nouveau signe clinique est mis en évidence. Il y a présence d'une pulsation rythmique du globe oculaire à gauche. Avec une histoire de cas plus approfondie, le patient révèle entendre des acouphènes pulsatiles à l'oreille gauche, synchrones avec son rythme cardiaque.

Au biomicroscope, la rougeur au secteur temporal est désormais plus prononcée, soit d'un grade 2, avec des vaisseaux conjonctivaux très dilatés et tortueux, présentant un aspect en tire-bouchon. Une propotose est mesurée à l'exophthalmomètre de Hertel, soit 16 mm OD et 19 mm OS.

Paupière

- Trichiasse
- Entropion et Ectropion
- Blépharite
- Dacryocistite
- Canaliculite
- Cellulite préseptale
- Cellulite orbitaire
- Chalazion
- Orgelet
- (...)

Cornée

- Corps étranger
- Ptérygion
- Érosion cornéenne récurrente
- Brûlure chimique
- Contact Lens Induced Red Eye (CLARE)
- Ulcère
- Abrasion
- Sécheresse
- (...)

Conjonctive

- Conjonctivite (allergique, atopique, vernale...)

Chambre antérieure

- Uvéite
- (...)

Autres

- Épisclérite
- Sclérite
- Endophtalmie
- Glaucome aigu à angle fermé
- Céphalée en grappe
- Fistule carotido-caverneuse
- (...)

Tableau 1 : diagnostics différentiels principaux pour un œil rouge douloureux.

Diagnostic différentiel d'un œil rouge douloureux

Les causes d'un œil rouge douloureux sont nombreuses. Il est donc essentiel d'explorer systématiquement toutes les hypothèses avant de confirmer un diagnostic. Il existe différentes approches, notamment par ordre de structures anatomiques antérieures à postérieures ou par étiologie. Plusieurs acronymes ont été créés afin de regrouper les différentes classes étiologiques tels que « INVESTI-MÉD » (infectieux; néoplasique; vasculaire; endocrinologique & métabolique; systémique & immunologique; traumatique; intoxication; médicamenteux; dégénératif, congénital & psychogène). La section « Differential Diagnosis of Ocular Symptoms » du Wills Eye Manual constitue une excellente ressource complémentaire⁴. Avec les données cliniques disponibles, plusieurs diagnostics peuvent être écartés. Les atteintes de paupière et de surface oculaire sont peu probables vu que les paupières et la cornée du patient sont relativement saines. En présence d'une chambre antérieure calme et d'un segment postérieur sans particularité, l'uvéite et l'endophtalmie peuvent également être éliminées. L'épisclérite et la sclérite sont toutes les deux peu probables en l'absence d'amélioration malgré un traitement anti-inflammatoire topique puis oral. La crise de glaucome aigu à angle fermé est écartée étant donné la présence d'iridotomie perméable dans les deux yeux. Enfin, la céphalée en grappe est moins compatible avec la durée des symptômes, qui s'étendent au-delà d'un mois. Il ne reste donc qu'un seul suspect crédible : une fistule carotido-caverneuse.

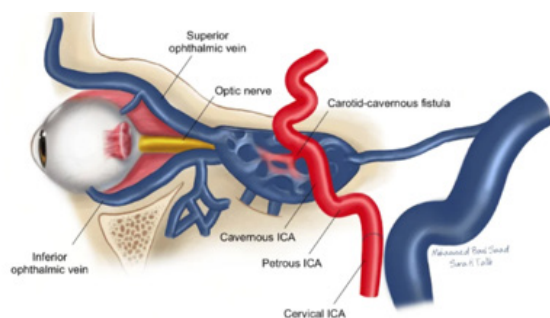


Figure 1 : Illustration anatomique d'une fistule carotido-caverneuse. ICA : Internal carotid artery. Image Credit : Sura H. Talib.

Illustration provenant de : Al-shalchy A, Al-Wassiti AS, Hashim MA, Al-Khazaali YM, Talib SH, Bani-Saad AA, et al. Neuro-Ophthalmic Manifestations of Carotid Cavernous Fistulas: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cureus. 2024 Jul 31;

La fistule carotido-caverneuse (FCC)

La fistule carotido-caverneuse (FCC) est une condition rare, avec une incidence estimée à environ 0,193 pour 100 000 habitants, résultant d'une connexion anormale entre l'artère carotide et le sinus caverneux (6-8). Cette connexion perturbe le gradient de pression entre les artères et les veines de l'orbite. Elle peut être classifiée selon trois axes. D'abord selon les vaisseaux qui sont impliqués, soit directe (artère carotide interne) ou indirecte (branches méningées). Puis, les FCC peuvent aussi être divisées selon les paramètres hémodynamiques, soit à débit élevé ou à bas débit. Enfin, les FCC peuvent être classées selon l'étiologie, soit traumatique (majoritaire) ou spontanée⁷.

Plusieurs nerfs crâniens (NC) importants traversent le sinus caverneux, soit les NC III, NC IV, NC VI, NC V1 et NC V2. La présentation clinique varie considérablement selon l'amplitude de l'atteinte. Les symptômes typiques comprennent la douleur oculaire, la céphalée ipsilatérale, la rougeur oculaire, la diplopie, la baisse d'acuité visuelle et les acouphènes pulsatiles, souvent décrits comme un bruit rythmique de type « woush »⁸. La triade classique inclut l'exophtalmie pulsatile, le souffle oculaire et le chémosis.

La congestion veineuse secondaire à l'élévation de la pression veineuse épisclérale peut se manifester par de nombreux signes cliniques : du sang visible dans le canal de Schlemm à la gonioscopie, une élévation de la PIO, un œdème oculaire, une proptose, un œdème palpébral, une ptose, une anomalie pupillaire, une dilatation et tortuosité des veines rétinienne, une neuropathie optique ischémique, un décollement choroïdien, ainsi qu'une dilatation et tortuosité marquée des vaisseaux conjonctivaux et épiscléraux⁹.

La FCC est une condition grave pouvant menacer à la fois la vision et la vie du patient. Tout cas suspect justifie un appel urgent à l'ophtalmologiste de garde. La prise en charge habituelle comprend une imagerie cérébrale en urgence pour confirmer le diagnostic, suivie d'une consultation rapide en neurochirurgie. Les options thérapeutiques varient selon la nature et le type de la fistule. Certaines se résolvent spontanément, alors que d'autres nécessitent une embolisation endovasculaire ou une intervention chirurgicale⁷.

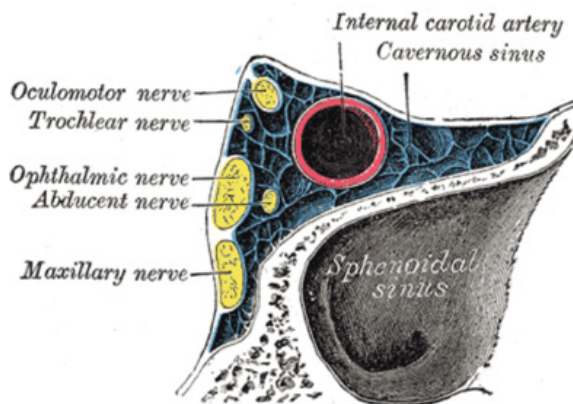


Figure 2 : illustration anatomique du sinus caverneux.

Illustration provenant de : Gray H. Anatomy of the human body. London, England: Bounty; 2012.

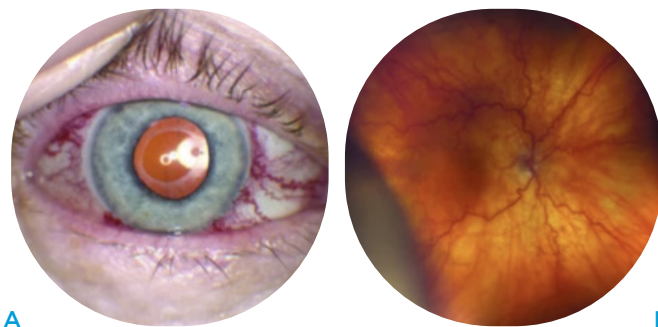


Figure 3 : photodocumentation illustrant un cas clinique d'une fistule carotido-caverneuse. (A) dilatation et tortuosité des vaisseaux. (B) Hémorragies intrarétiniennes, tortuosité des vaisseaux rétiniens et un décollement choroïdien.

Photodocumentation provenant de : Thinda S, Melson MR, Kuchty RW. Worsening angle closure glaucoma and choroidal detachments subsequent to closure of a carotid cavernous fistula. BMC Ophthalmology. 2012 Jul 28;12(1)

Retour à notre patient

Compte tenu de la tortuosité des vaisseaux, de l'élévation de la PIO, de l'exophtalmie pulsatile et de l'absence d'amélioration malgré les anti-inflammatoires topiques et oraux, une imagerie cérébrale urgente a été demandée pour éliminer la présence d'une FCC, soit avec un délai demandé de moins de 24 heures. De plus, étant donné l'hypertension oculaire à l'OS, le latanoprost a été remplacé par une combinaison de latanoprost et timolol à l'œil gauche. Un suivi téléphonique de 1 jour a été planifié. Le scan a été réalisé dans les délais convenus, vers minuit la même journée. Le rapport de l'interprétation des imageries médicales des patients peut être retrouvé dans le Dossier Santé Québec (DSQ). La liste des médicaments, les valeurs glycémiques et les résultats de laboratoire des patients y figurent aussi. Depuis 2023, les optométristes y ont accès, ce qui facilite le suivi de certains patients et, dans certains cas, d'obtenir la confirmation d'un diagnostic.

La FCC a été confirmée par le radiologiste et une consultation rapide en neurochirurgie au centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a été organisée en janvier 2026. Sous la goutte de glaucome combinée, la PIO était mieux contrôlée à gauche, soit 21 mm Hg OD et 19 mm Hg OS.

En février 2026, le département de neurochirurgie confirme le diagnostic, mais constate également une résolution spontanée de la fistule. L'acuité visuelle est de 6/6 dans les deux yeux, la PIO de 16 mm Hg OD et 16 mm Hg OS. Au biomicroscope, la rougeur semble être résolue et l'exophtalmie normalisée, 20 mm OD et OS à l'exophtalmomètre de Hertel. Le patient confirme qu'aucun suivi ni imagerie de contrôle n'a été planifié par l'équipe de neurochirurgie du CHUM. Cependant, en raison de la persistance des céphalées et des acouphènes pulsatiles, un autre scan a été demandé par l'ophtalmologiste par prudence.

Au suivi en mars 2026, aucune hyperhémie n'est notée, ni par le patient ni par l'ophtalmologiste. L'acuité visuelle est de 6/6 et la PIO de 19 mm Hg dans les deux yeux. Malgré la bonne acuité visuelle OU, le patient avait des plaintes visuelles liées à son début de cataracte. Étant donné la nature de son glaucome avec la composante phacomorphe et le début de ses symptômes, un rendez-vous a été fixé pour considérer une opération de cataracte avec possibilité d'une chirurgie combinée de glaucome (MIGS).

Conclusion

Ce cas illustre la présentation insidieuse d'une condition pouvant mettre en jeu à la fois la vision et la vie du patient. Il rappelle l'importance d'explorer systématiquement toutes les hypothèses diagnostiques, de rester attentif aux plaintes des patients et de mener une histoire de cas rigoureuse et approfondie. Pour reprendre les mots de ma mentore de résidence : « On ne peut pas voir ce qu'on ne cherche pas, on ne voit qu'aussi loin que nos recherches nous mènent. » Si l'on s'arrête trop vite sur un diagnostic sans garder les autres possibilités à l'esprit, il y a un risque de passer à côté d'éléments cliniques déterminants. En tant que professionnels de première ligne, nous avons la chance et la responsabilité d'accompagner nos patients dans des moments déterminants, et c'est précisément ce rôle qui fait de notre profession une des plus belles qui soit. 

BIBLIOGRAPHIE

1. Schonberg S, Stokkermans TJ. Episcleritis [Internet]. Nih.gov. StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534796/>
2. Brutzkus JC, Varacallo M, Shahrokhi M. Naproxen [Internet]. Nih.gov. StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525965/>
3. Bushra R, Aslam N. An overview of clinical pharmacology of Ibuprofen. Oman medical journal [Internet]. 2010 July [cited 2026 July 20];25(3):155-166. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3191627/>
4. Gervasio K, Peck T. WILLS EYE MANUAL : office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease. 8th Edition. S.L. : Wolters Kluwer; 2022.
5. Lagina A, Ramphul K. Scleritis [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499944/>
6. Cohen D, Bhatti MT, Chen J. Evaluating the Incidence and Neuro-Ophthalmic Manifestations of Carotid-Cavernous Fistulas (2643). Neurology. 2020 Apr 14;94(15_supplement).
7. Kohli GS, Patel BC. Carotid Cavernous Fistula [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535409/>
8. American Academy of Ophthalmology. 2025-2026 BASIC AND CLINICAL SCIENCE COURSE, COMPLETE PRINT SET. Vol. Section 5 : Neuro-Ophthalmology; 2025.
9. Homer N, Al Deyabat O, Laplant J, Nerva JD, Wong G, Scullen T, et al. Carotid Cavernous Fistula - EyeWiki [Internet]. Eyewiki.org. 2026 [cited 2026 May 19]. Available from: https://eyewiki.org/Carotid_Cavernous_Fistula#Indirect_CCFs



L'examen visuel pédiatrique : l'essentiel

Le but de cette chronique est d'offrir une réflexion pour ceux et celles qui hésitent à se lancer dans la pratique pédiatrique. Au fil des parutions, cette chronique vous offrira des trucs basés sur des expériences personnelles en pédiatrie ainsi que les données scientifiques qui y sont rattachées.

Loin de moi l'idée d'en faire parole d'évangile! Je désire simplement partager ma passion et démontrer combien la pédiatrie peut être accessible à n'importe quel optométriste.



Lorsqu'on imagine l'examen d'un enfant de deux ans, plusieurs voient un enfant qui refuse de collaborer, qui pleure et crie à pleins poumons. Pourtant, malgré les difficultés que présentent parfois les examens pédiatriques, ce sont souvent les plus gratifiants. Le sentiment d'accomplissement est immense lorsque des parents nous mentionnent que leur jeune bambin refuse de retirer ses lunettes +8,00 que nous venons de lui prescrire. Nous savons alors que nous avons contribué à modifier la trajectoire de vie de cet enfant.

En sortant de l'université, j'avais une vision très rigide de ce qu'un examen visuel pédiatrique devait être. Si je n'arrivais pas à réaliser tous les tests, j'avais l'impression d'avoir échoué. Je suis profondément reconnaissante à la Dre Fraser, qui m'a appris à sortir du cadre traditionnel et à faire preuve de créativité dans l'évaluation des enfants.

Aujourd'hui, près du quart de ma clientèle est composée d'enfants âgés de 0 à 3 ans. Ma conception de l'examen visuel préscolaire a complètement changé. Désormais, je me pose une question essentielle : **y a-t-il un facteur amblyogénique?**

L'examen préscolaire est réussi si je peux écarter la présence d'une anisométrie, d'une forte amétropie, d'un strabisme (incluant une paralysie du VI^e nerf crânien)¹ ou d'un problème de santé susceptible d'entraîner une baisse visuelle. Bien sûr, d'autres éléments font partie de l'évaluation visuelle, mais certains tests, comme la vision des couleurs ou la fusion sensorielle, sont moins prioritaires à cet âge. Ces éléments pourront être abordés plus tard, au fur et à mesure que la collaboration de l'enfant s'améliore. 👁

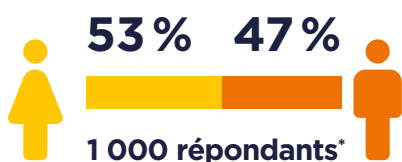
Amblyopie?



Anisométrie
Forte amétropie
Strabisme
Problème de santé

¹ Voir le cas clinique sur la paralysie du VI^e nerf crânien dans la parution de novembre-décembre 2025.

SONDAGE SUR LA PERCEPTION ET LES HABITUDES EN MATIÈRE DE SANTÉ OCULAIRE



ÂGE



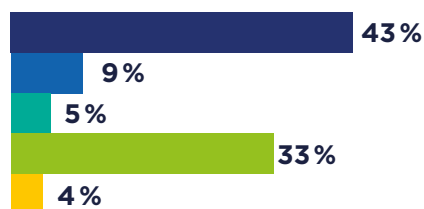
84% portent
des lunettes

16% ne portent ni lunettes, ni lentilles

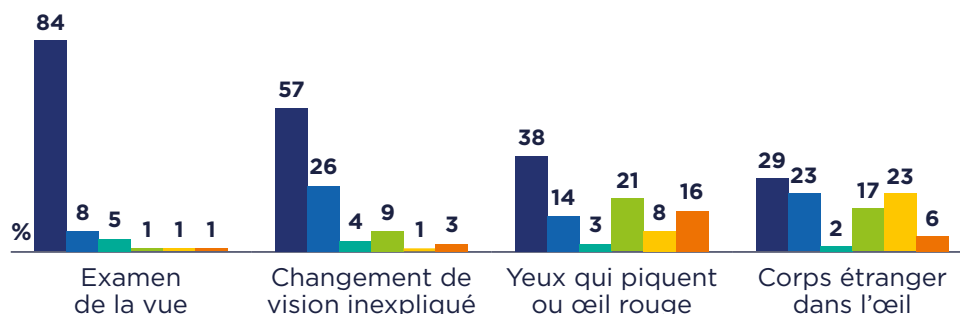
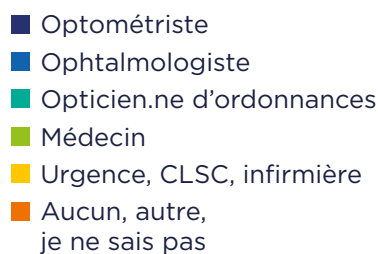


14% portent
des lentilles

SITUATION EMPLOI



L'OPTOMÉTRISTE EST LA RESSOURCE LA PLUS CONSULTÉE EN SANTÉ OCULAIRE



* Les répondant.e.s ont visité un.e optométriste au moins une fois dans les trois dernières années.

78%

des répondant.e.s
sont fidèles à leur
clinique dont 55 %
depuis 6 ans ou plus

RAISONS QUI MOTIVENT LE CHOIX DE L'OPTOMÉTRISTE



46 %
Proximité
(maison/travail)



17 %
Référence de
parents, ami.es,
professionnel.les



22 %
Recherche
Web



13 %
Localisé dans
centre commercial
souvent fréquenté

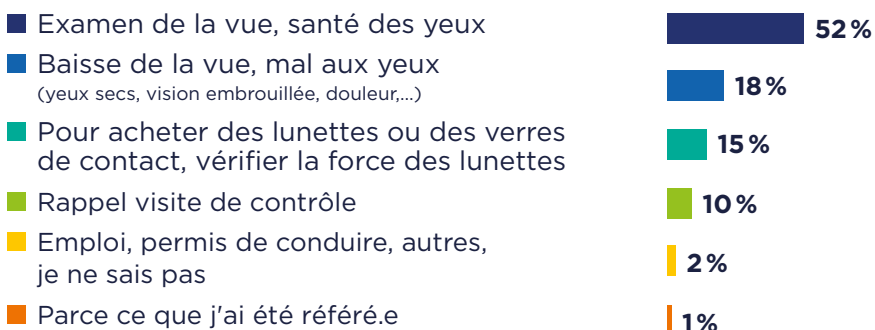


10 %
Site Web de la
clinique ou chaîne



7 %
Publicité

RAISON PRINCIPALE DE LA CONSULTATION

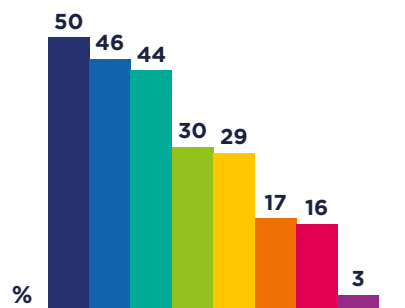


77%

des répondant.e.s
affirment consulter leur
optométriste au moins
une fois par année
ou aux deux ans.

CRITÈRES DE CHOIX D'UN.E OPTOMÉTRISTE

- L'emplacement géographique (proximité)
- Le service
- L'historique (je suis déjà allé.e à cet endroit)
- Le prix
- La réputation de l'endroit
- Les heures d'ouverture
- Les produits (montures, lentilles, lunettes solaires)
- Autres critères



79%

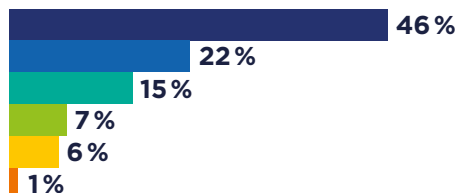
des répondant.e.s affirment être satisfait.e.s
dont 59 % extrêmement satisfait.e.s
du dernier examen chez l'optométriste.

« GHOSTING »
DE RENDEZ-VOUS 

8 % oublie d'annuler ou de se présenter
à un rendez-vous. 12 % en 2023.

CONSULTATIONS POUR UNE URGENCE OCULAIRE

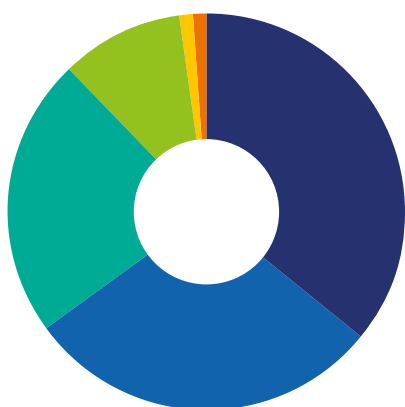
■ Optométriste
■ Ophtalmologiste
■ Urgence, CLSC, infirmière
■ Opticien.ne d'ordonnances
■ Médecin
■ Pharmacien.ne



29 %

des répondant.e.s ont consulté un.e professionnel.le pour une urgence oculaire

ENDROIT DE LA DERNIÈRE VISITE CHEZ L'OPTOMÉTRISTE



- **36 %** Chaîne
- **29 %** Clinique d'optométristes
- **23 %** Bannière, regroupement d'optométristes
- **10 %** Magasin grande surface
- **1 %** Centre de réadaptation en déficience visuelle, institution d'enseignement, clinique d'ophtalmologie, autres
- **1 %** Je ne sais pas

ACHAT SUITE À UN EXAMEN DE LA VUE



58 % ont acheté des lunettes de correction de la vision

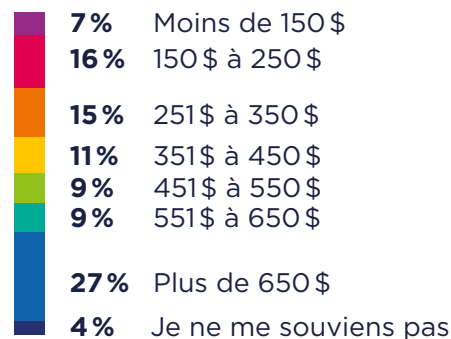


12 % ont acheté des verres de contact



13 % ont acheté des lunettes d'ordinateur

PRIX DE LA DERNIÈRE PAIRE DE LUNETTES ACHETÉE



Prix moyen 458 \$

78 %

des répondant.e.s ont acheté des lunettes ou des verres de contact chez l'optométriste qui a fait l'examen (96 % en 2023).



FACTEURS QUI MOTIVENT LE CHOIX DE L'ENDROIT POUR L'ACHAT

75 % Les prix

72 % Le service après-vente

54 % Une promotion ou un spécial

73 % Le choix des montures

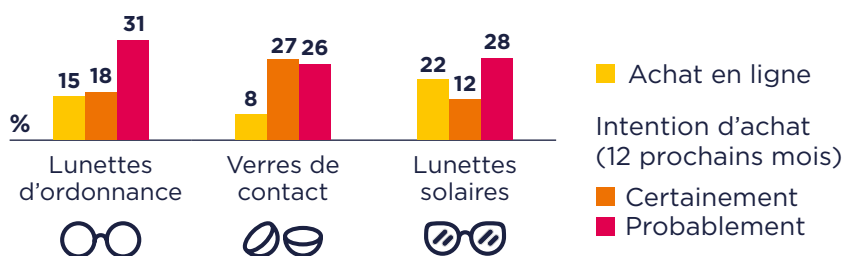
65 % L'accueil et l'ambiance

72 % Le service-conseil lors de l'achat

64 % L'examen de la vue au même endroit

52 % Le délai pour l'obtention des lunettes / verres de contact

ACHAT EN LIGNE



70 % ont consulté pour un examen de la vue avant l'achat en ligne.

42 % ont regardé ou essayé des montures en magasin avant l'achat en ligne, baisse de 13 points vs 2023.

17 % ont consulté après l'achat en ligne afin de faire ajuster leurs lunettes, baisse de 16 points vs 2023.



76 %

des répondant.e.s mentionnent que la principale raison de l'achat de lunettes en ligne est le prix.

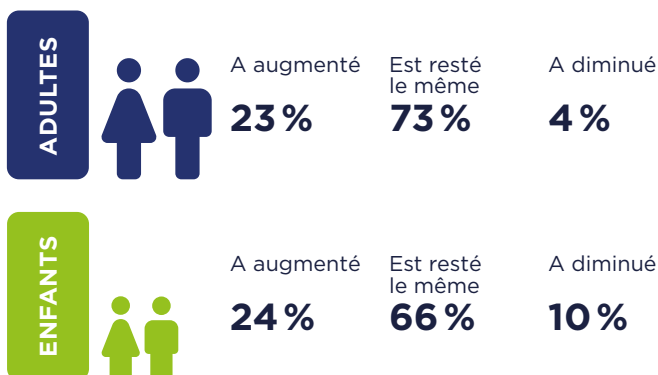
58 %

Taux de satisfaction envers l'expérience d'achat de lunettes en ligne.



TEMPS D'ÉCRAN QUOTIDIEN (12 DERNIERS MOIS) VERSUS 2023

NOMBRE D'HEURES DEVANT LES ÉCRANS





Par Me Jad Elmahboubi,
avocat

Pas de chicane dans le voisinage!

Parmi les nombreux litiges engorgeant le système judiciaire, les troubles de voisinage occupent une place de choix. Odeurs incommodantes, nuisances sonores, harcèlement, empiètements, les exemples d'importunités ne manquent pas. S'il est raisonnable de s'attendre à profiter paisiblement de son domicile et de son quartier, ce droit n'est pas absolu.



Le principe général : la tolérance

En matière de cohabitation, la règle est qu'il faut tolérer les troubles normaux. En effet, la loi prévoit que les voisins doivent « accepter les inconvénients normaux du voisinage qui n'excèdent pas les limites de la tolérance », ce qui signifie à contrario qu'ils n'ont pas à accepter les inconvénients dits anormaux. Le caractère anormal d'un trouble s'évalue principalement au regard de deux critères : la gravité du trouble et sa récurrence. L'évaluation est faite non pas d'un point de vue subjectif, mais du point de vue objectif de la personne raisonnable placée dans les mêmes circonstances.

Les éléments à considérer

Un test est fait en deux étapes pour évaluer l'anormalité proclamée du trouble. En premier lieu, on commencera par évaluer si le trouble présente une récurrence suffisante. Si tel est le cas, on passera alors à la seconde phase du test et on s'interrogera sur la gravité du trouble, en prenant en considération dans un premier temps l'environnement local. En effet, et comme le rappelle expressément la loi, on tiendra compte de la nature et de la situation du fonds (son emplacement, sa vocation, etc.) ainsi que des usages locaux. Il s'agit donc non pas d'une évaluation abstraite des inconvénients, mais bien d'une analyse contextuelle : les attentes légitimes des habitants ne sauraient être les mêmes dans un quartier purement résidentiel que celles des occupants d'une zone commerciale. Par ailleurs, le fait d'élire domicile à proximité d'une zone d'activités pourra être considéré comme une acceptation tacite des troubles inhérents à ceux-ci ; le caractère préexistant, sans automatiquement constituer une fin de non-recevoir, vient ainsi rendre plus ardu un recours en troubles de voisinage. Finalement, le trouble ne doit en aucun cas constituer un simple désagrément : il devra être intolérable à une personne raisonnable placée dans les mêmes circonstances pour que le critère de gravité soit rempli.

Malgré ce qui précède, la jurisprudence est venue établir que la récurrence n'était pas systématiquement un critère indispensable. Dans certaines situations, un acte « unique et isolé » peut constituer un trouble de voisinage s'il revêt une gravité exceptionnelle. Parmi les autres critères considérés, on trouve notamment la durée des troubles, les moments au cours desquels ils se déroulent ainsi que les attentes légitimes et raisonnables des habitants dans les environs. L'intérêt collectif sera également considéré ainsi que le comportement des parties.

Le cadre légal et la preuve

Il est primordial de comprendre que la loi vient établir un régime de responsabilité sans faute, ce qui signifie qu'un voisin peut être considéré comme responsable même s'il n'a commis aucune faute. En effet, le Tribunal s'intéresse bien davantage aux conséquences du comportement qu'au comportement en lui-même. Ainsi, un voisin n'ayant commis aucune faute pourra être tenu d'indemniser son voisin demandeur si ce dernier démontre que les troubles subis dépassaient ce qu'il est raisonnable de tolérer, et ce, même si le premier voisin agissait de bonne foi. Néanmoins, la présence de bonne foi et l'absence de faute pourront être considérées comme des circonstances atténuantes. De manière similaire, il importe de noter qu'une activité peut constituer un trouble de voisinage alors même qu'elle est en conformité avec certaines législations et réglementations.

Pour disposer d'un recours, il faudra naturellement pouvoir démontrer que l'activité reprochée au voisin est bien la cause du préjudice subi. La preuve pourra se faire par différents moyens, notamment les échanges écrits ou verbaux, les enregistrements audio et vidéo, les photographies, les rapports de police ou d'inspecteurs municipaux, les témoignages ainsi que les rapports médicaux.

Les parties impliquées et les étapes à respecter

Les obligations décrites ci-haut s'imposent tant à l'égard des propriétaires que des locataires des domiciles voisins, ainsi qu'aux personnes vivant avec eux; le terme voisinage est ainsi interprété généreusement. Dans le cas d'un locataire subissant un trouble de voisinage, la responsabilité du propriétaire pourrait même être impliquée, notamment si le trouble émane d'un autre locataire, le propriétaire ayant l'obligation de garantir la jouissance paisible du bien loué durant toute la durée du bail.

Il ne suffit pas de disposer d'un droit; encore faut-il l'exercer adéquatement et dans le respect des étapes et conditions prévues par la loi.

On n'insiste jamais trop sur le fait qu'on ne peut se faire justice soi-même. Beaucoup sont ainsi surpris lorsqu'ils découvrent qu'ils ne peuvent pas couper eux-mêmes les branches de l'arbre voisin qui dépassent la ligne séparative et empiètent sur leur terrain. Ils sont généralement plus surpris encore lorsqu'ils apprennent qu'ils pourraient même être tenus de devoir eux-mêmes indemniser leurs voisins s'ils ont agi sans respecter les étapes préalables.

Prévention des différends

Il est bien entendu conseillé et encouragé de tenter de discuter du tout dans un premier temps avec son voisin. Si une entente à l'amiable se révèle impossible, il faut alors généralement envoyer une mise en demeure au voisin récalcitrant afin de l'intimer de cesser de nuire ou de prendre les mesures requises pour remédier au problème. Son défaut de se conformer à la mise en demeure permet ensuite de déposer une demande au Tribunal pour obtenir une compensation. Outre les dommages-intérêts pouvant être obtenus en réparation du préjudice causé, le voisin lésé pourrait également obtenir une injonction si la demande est adressée à la Cour supérieure, afin que le Tribunal contraigne les voisins fautifs à remédier à la situation ou à cesser de poser les actions en cause. Il est important de noter que seule la Cour supérieure du Québec est compétente pour prononcer une injonction, c'est-à-dire un ordre de faire ou de ne pas faire. La médiation, à toute étape du conflit, est également une voie recommandée. 

Si vous avez des questions au sujet des troubles de voisinage ou une question juridique sur tout autre sujet, 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





Par la docteure Emmanuelle Bédard
Optométriste, M.Sc.

Ptose et colobome palpébral

Les parents d'un nourrisson âgé de 4 mois consultent pour le suivi d'une ptose congénitale de l'œil gauche. L'enfant est déjà suivi en ophtalmologie au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine depuis la naissance. En l'absence de nouvelles de l'hôpital pour le rendez-vous de suivi initialement prévu à l'âge de 3 mois, ils ont préféré avoir un suivi en optométrie.



L'enfant est né avec une clinodactylie (**Figure 1**), un hémangiome cutané frontal, un colobome palpébral (**Figure 2 et 3**) ainsi qu'une ptose congénitale de l'œil gauche. Selon les informations rapportées par les parents, l'ophtalmologiste n'a noté aucun syndrome associé. Un traitement d'occlusion de l'œil droit, à raison de 30 min par jour, a été entrepris afin de réduire le risque d'amblyopie secondaire à la ptose gauche. Une correction chirurgicale de la ptose est prévue à moyen terme.

L'anamnèse révèle une grossesse et un accouchement sans complication. L'enfant a une légère prématurité (37 semaines) avec un faible poids à la naissance de 2185 g. La mère rapporte un torticolis de la tête (menton levé vers le haut) pour compenser la ptose de l'œil gauche. L'enfant est suivi en physiothérapie pour le traitement de ce torticolis postural.

Lors de l'évaluation, l'enfant était endormi. L'examen du segment antérieur à l'aide de la lampe à fente portable a permis de conclure à la présence d'un colobome des paupières supérieure et inférieure gauches. Un trichiasis était également visible avec kératopathie ponctuée localisée (KPS) conséquente. Compte tenu du traumatisme cornéen, les cils ont été retirés à l'aide d'une pince bijoutier. Les parents ont été informés que la repousse survient généralement dans un délai de 3 mois. Un suivi sera donc nécessaire à ce niveau. Une lubrification régulière à l'aide de larmes artificielles non préservées à base d'hyaluronate de sodium a été recommandée. Une électrolyse des cils pourra être envisagée plus tard si le trichiasis persiste.



Figure 1. Clinodactylie



Figure 2. Colobome de la paupière supérieure OS

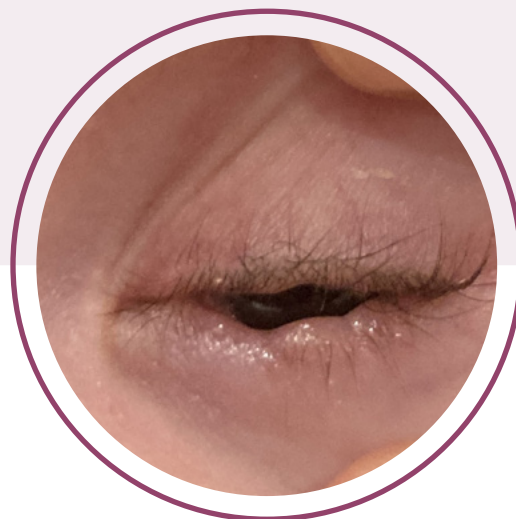


Figure 3. Colobome de la paupière inférieure OS

Une fois l'enfant réveillé, l'évaluation visuelle a été poursuivie. Considérant l'immaturité du système visuel à 4 mois et le statut d'éveil précaire, l'enfant ne parvenait pas à garder une fixation stable sur les visages ou les objets présentés. Par conséquent, l'acuité visuelle, le test-écran, le champ visuel par confrontation, les poursuites visuelles et la rétinoscopie se sont révélés non concluants.

Le test de Hirshberg a toutefois mis en évidence une exotropie constante de l'œil gauche d'environ 20 dioptries prismatiques. Il pourrait s'agir d'une réelle exotropie ou d'une exophorie décompensée par la présence d'une ptose de l'œil gauche empêchant la fusion sensorielle. Chose certaine, la ptose et l'exotropie sont des facteurs amblyogéniques qu'il faudra traiter. Dans un tel cas, le traitement par occlusion n'a pas besoin d'être agressif vu le jeune âge du nourrisson.

Les pupilles étaient symétriques, excluant un syndrome de Horner. La ptose de l'œil gauche cachait approximativement la moitié de la pupille (MRD1 de 0 mm). L'occlusion de l'œil droit ne semblait pas entraîner une plus grande ouverture de l'œil gauche, mais les parents rapportaient que l'œil paraissait plus grand ouvert lors des traitements d'occlusion quotidiens.

Après discussion avec les parents, il a été décidé de ne pas procéder à la cycloplégie puisque celle-ci avait déjà été réalisée par l'ophtalmologiste trois mois plus tôt. Le reste du segment antérieur ainsi que la rétine centrale étaient sans particularité.

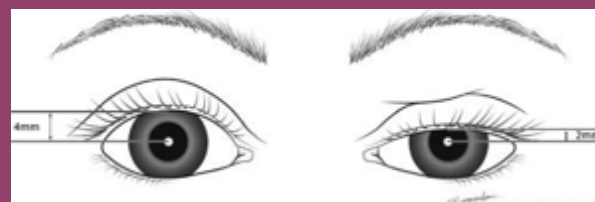
En résumé, l'évaluation visuelle a été limitée par le jeune âge de l'enfant ainsi que par son état d'éveil lors de l'examen. Néanmoins, le diagnostic et la prise en charge du trichiasis associée à une atteinte cornéenne ont constitué une intervention significative pour le confort et la santé cornéenne.

Un suivi à l'âge de 6 mois a été recommandé afin de réévaluer le trichiasis et de poursuivre l'investigation du développement visuel. À cet âge, la maturation du système visuel devrait permettre une fixation plus stable, facilitant l'évaluation de l'alignement oculaire, des poursuites visuelles, de l'acuité visuelle et de la réfraction.

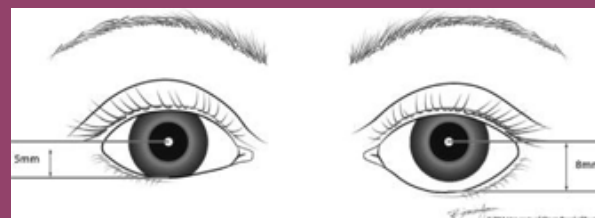
Perle clinique

Pour l'évaluation d'une asymétrie dans l'ouverture palpébrale, le test du Margin to Reflex Distance (MRD) est très utile. Il s'effectue à l'aide d'un transilluminateur et d'un réglet.

Le MRD1 mesure la distance entre le reflet cornéen et le bord de la paupière supérieure. Cette mesure est surtout utilisée dans les cas de ptose ou de rétraction palpébrale. Une mesure inférieure à 3 mm ou une asymétrie entre les deux yeux est généralement considérée anormale.



Le MRD2 mesure la distance entre le reflet cornéen et le bord de la paupière inférieure. Cette mesure est surtout utilisée dans les cas d'exophtalmie et d'exposition sclérale (scleral show) inférieure.



Discussion

Au cours du développement embryonnaire, les paupières se forment dès la 6^e semaine de gestation. Elles fusionnent entre elles autour de la 8^e semaine, période durant laquelle le muscle releveur de la paupière est également en développement. La séparation des paupières survient ultérieurement, généralement vers le 5^e mois de vie intra-utérine.

L'étiologie des colobomes palpébraux demeure imparfaitement comprise et les mécanismes embryologiques responsables de leur présence ne semblent pas faire l'unanimité dans la littérature. Leur apparence est également variable, allant d'une simple encoche palpébrale à une absence complète de la paupière.

Les colobomes peuvent se présenter de manière isolée ou s'intégrer dans le contexte de diverses anomalies ou syndromes génétiques. Le **tableau 1** présente les principaux syndromes associés à la présence de colobomes palpébraux. La prise en charge des colobomes palpébraux dépend principalement de leur étendue, de leur localisation et des complications oculaires associées.

Lors de l'évaluation initiale, il est essentiel de rechercher la présence d'autres anomalies congénitales notamment le colobome de l'iris, le colobome du cristallin, le colobome du nerf optique, la fosse optique, le staphylome péripapillaire, le syndrome Morning Glory ou encore le colobome maculaire.

La seconde étape consiste à évaluer l'intégrité de la fermeture palpébrale et l'intégrité de la surface oculaire. Une fermeture inadéquate peut entraîner une kératite d'exposition dont la sévérité varie selon l'importance de l'exposition cornéenne. Les mesures conservatrices visent alors à maintenir une hydratation adéquate de la surface oculaire. Les options thérapeutiques incluent donc les lubrifiants oculaires, les onguents durant le sommeil, les lunettes à chambre humide (de jour et/ou de nuit), ainsi que les lentilles sclérales. La présence d'un trichiasis associée à une atteinte cornéenne doit également être prise en charge. Les options de traitement comprennent l'épilation mécanique des cils, l'électrolyse pour les cas persistants ainsi que l'utilisation d'une lentille cornéenne pansement. 

Tableau 1 : principaux syndromes associés à un colobome palpébral

Syndrome CHARGE	Colobome, défaut cardiaque, retard de croissance, anomalies génitales, anomalies des oreilles, atrésie des choanes.
Syndrome de Treacher Collins	Colobome latéral des paupières inférieures, cataracte, microphthalmie, atrésie du passage lacrymal, surdité par malformation des osselets.
Syndrome de Fraser	Colobome, cryptophtalmie, syndactylie, malformation des oreilles, malformation urinaire/génitale, sténose trachée/larynx.
Syndrome de Goldenhar	Colobome des paupières, dermoïde épibulbaire, microphthalmie, hypoplasie mandibulaire avec asymétrie faciale, malformation auriculaire, acrochordon préauriculaire, anomalie vertébrale (scoliose, hémivertèbre).
Syndrome de Delleman-Oorthuys	Colobome palpébral, kyste cérébral, absence du corps calleux, acrochordon facial et périorbitaire, défaut des lèvres.
Syndrome oculotrichoanal (MOTA)	Colobome unilatéral de la paupière supérieure, cryptophtalmie, microphthalmie/anophthalmie, nez fendu, malformation de la paroi abdominale, malformation/sténose anale.
Syndrome nasopalpébral-lipome-colobome	Lipome naso-palpébral et palpébral supérieur, télécanthus, colobome palpébral, hypoplasie maxillaire.

RÉFÉRENCE

Taylor and Hoyt's Pediatric Ophthalmology and Strabismus, 6th Edition, chapitre 19 : Lids: congenital and acquired abnormalities

Venkata et al. Eyelid Coloboma. StatPearls, National Library of Medicine, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558905/>

Slavotinek AM, et al. Fraser syndrome and cryptophthalmos: review of the diagnostic criteria and evidence for phenotypic modules in complex malformation syndromes. J Med Genet. 2002 Sep;39(9):623-33

Slavotinek AM, et al. Manitoba-oculo-tricho-anal (MOTA) syndrome is caused by mutations in FREM1. J Med Genet. 2011 Jun;48(6):375-82.

Schmitzer S, et al. Goldenhar Syndrome - ophthalmologist's perspective. Rom J Ophthalmol. 2018 Apr-Jun;62(2):96-104.

Putterman AM. Margin reflex distance (MRD) 1, 2, and 3. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2012;28(4):308-11.

Clinodactylie : <https://congenitalhand.wustl.edu/2013/06/clinodactyly-minimally-invasive/>

Feux de forêt et zones à risque : Quel impact sur vos couvertures d'assurance?

Ces dernières années, le Québec a connu des saisons de feux de forêt d'une intensité inédite. Au-delà des urgences environnementales et humaines, la répétition de ces événements météorologiques redéfinit la cartographie des risques pour les assureurs. Pour les optométristes exerçant en périphérie des grands centres ou à proximité de massifs forestiers, cette réalité modifie directement les conditions d'assurabilité de la clinique, des équipements de pointe et des résidences secondaires.

1. Une réévaluation stricte du risque par les souscripteurs

L'industrie de l'assurance évalue désormais le risque avec une précision accrue, propriété par propriété. Lorsqu'un assureur analyse le dossier d'une clinique d'optométrie ou d'une résidence en région, il examine plusieurs critères spécifiques :

- **La proximité de la végétation** : La densité forestière et l'aménagement des abords immédiats du bâtiment.
- **L'accessibilité pour les secours** : Le temps de réponse des services d'incendie et la vulnérabilité des axes routiers menant à la clinique.
- **Les caractéristiques du bâtiment** : La résistance des matériaux extérieurs et la vulnérabilité des systèmes de ventilation face à la fumée dense.

2. Quels impacts concrets sur les assurances de votre pratique?

Cette hausse de la fréquence des feux de forêt se traduit de plusieurs façons lors du renouvellement de vos contrats de clinique et de vos protections personnelles :

- **Pression sur les primes** : Ajustement des tarifs dans les zones identifiées à risque accru pour compenser la hausse des réclamations régionales.
- **Ajustement des franchises** : Maintien des couvertures moyennant des franchises révisées en cas de dommages causés par le feu ou la fumée.
- **Exigences de prévention** : Dans certains secteurs très exposés, l'obtention ou le maintien des couvertures peut être conditionné à des mesures de dégagement autour des bâtiments.

3. Mesures de prévention pour sécuriser votre pratique et vos biens

Certaines actions concrètes permettent de réduire la vulnérabilité de votre clinique et de vos propriétés personnelles en zone à risque :

Pour votre clinique et vos équipements

- **Fermeture et étanchéité des prises d'air** : S'assurer que le système CVCA (chauffage, ventilation et conditionnement d'air) dispose d'un protocole d'arrêt rapide en cas de fumée dense pour éviter d'endommager les optiques et composants électroniques.
- **Gestion des sauvegardes informatiques** : Confirmer que les dossiers patients (DÉO) et les données de votre logiciel de gestion de clinique sont sauvegardés quotidiennement sur un serveur externe sécurisé ou dans le nuage.
- **Dégagement des abords** : Éliminer la végétation inflammable et les débris dans un rayon de 10 mètres autour du bâtiment de la clinique.

Pour vos résidences secondaires et chalets

- **Créer une zone de dégagement** : Éloignez les piles de bois de chauffage, structures en bois et végétation dense du bâtiment principal.
- **Entretien des gouttières et ouvertures** : Nettoyez régulièrement les aiguilles de pin et feuilles mortes, et posez des grilles pare-étincelles sur les événements.

Le saviez-vous?

Chaque assureur applique des critères d'acceptation et de tarification différents pour les zones à risque. Lussier, partenaire de l'AOQ, est un courtier d'assurance indépendant. Grâce à ses partenaires assureurs diversifiés, il négocie pour vous les meilleures conditions pour sécuriser vos actifs. Communiquez avec son équipe pour tout complément d'information ou demande de soumission. 

Santé mentale : Le défi de la gestion de l'invalidité

Au Québec, la santé mentale est devenue le premier facteur de réclamation en assurance collective, particulièrement chez les professionnels de 18 à 35 ans. Autrefois perçue comme un enjeu touchant principalement les travailleurs en milieu de carrière, la détresse psychologique, épuisement professionnel, troubles anxieux, dépression, frappe désormais de plein fouet la relève.

Les facteurs d'une vulnérabilité accrue chez les jeunes professionnels

Plusieurs facteurs cumulatifs expliquent cette hausse des réclamations en invalidité de courte et de longue durée :

- **L'insécurité économique et la pression de performance :** Dans un contexte d'accès difficile à la propriété, d'inflation et de transformations technologiques rapides, la pression de réussite est particulièrement vive.
- **Une plus grande propension à consulter :** Moins stigmatisés par les enjeux de santé mentale que leurs aînés, les jeunes travailleurs n'hésitent plus à demander de l'aide ou à consulter un professionnel de la santé dès l'apparition des premiers symptômes.

Cette réalité se traduit non seulement par des défis organisationnels complexes pour les propriétaires de cliniques, mais aussi par une pression directe et importante sur les coûts d'assurance du programme collectif de l'Association.

Pourquoi cette tendance fait-elle grimper vos primes?

En assurance collective, la tarification ne repose pas uniquement sur l'inflation générale des soins de santé : elle est fortement dictée par l'expérience de réclamation de votre groupe.

- **Le coût élevé des arrêts de travail :** Les réclamations en invalidité liées à la santé mentale engendrent le paiement d'un remplacement de revenu sur plusieurs mois, voire plusieurs années.
- **Le coût des soins paramédicaux :** La hausse des consultations en psychothérapie et en psychologie augmente le volume global des prestations payées par le régime.
- **L'impact au renouvellement :** Plus la valeur totale des réclamations versées par l'assureur est élevée par rapport aux primes perçues, plus la hausse appliquée lors du renouvellement annuel sera marquée pour rééquilibrer le contrat.

Chaque invalidité évitée ou raccourcie préserve directement votre expérience de groupe et limite la hausse des primes.

Conseils aux employeurs : Comment agir en cabinet pour limiter l'impact

La clé pour maîtriser les coûts d'assurance réside dans la prévention directe en milieu de travail. Voici les leviers concrets à la disposition des dirigeants et gestionnaires de cliniques :

1. Détecter les indices de vulnérabilité

La majorité des invalidités pour santé mentale sont précédées de signes avant-coureurs : baisse subite de productivité, irritabilité, isolement ou absentéisme répété. Sensibiliser vos gestionnaires à repérer ces indices permet d'intervenir et d'offrir du soutien avant la prescription d'un arrêt de travail complet.

2. Encourager l'utilisation précoce des ressources existantes

Les employés attendent souvent d'être au point de rupture avant de chercher de l'aide. Un accompagnement dès les premières semaines de détresse évite bien des arrêts de longue durée.

3. Ajuster la charge de travail et la flexibilité

Lorsque vous observez un employé sous pression, la mise en place temporaire d'aménagements (horaire flexible, redistribution ponctuelle des tâches) coûte infiniment moins cher à l'entreprise que de devoir gérer une invalidité de 6 mois et le recrutement d'un remplaçant.

4. Soigner le retour au travail pour éviter les récurrences

Le risque de rechute est particulièrement élevé lors des premières semaines de retour en poste. Prévoyez un plan de réintégration progressive bien encadré (horaires réduits, objectifs ajustés) en collaboration étroite avec l'employé pour assurer son retour durable. 



Association des
OPTOMÉTRISTES
du Québec

L'assurance d'être toujours bien accompagné.



Un programme complet et exclusif:

- Responsabilité professionnelle
- Régime collectif
- Assurance automobile-habitation
- Assurance clinique



Une équipe dédiée à votre service



Une tarification avantageuse

Rabais de groupe disponibles



Un service de réclamations hors pair

Appelez-nous pour une soumission dès aujourd'hui!

Lussier

Cabinet de services financiers
1 855 587-7437

Lussier.co/A0Q





Madame Laetitia Larouche, Ph. D., Psy., CRHA., ECH.
Directrice, Consultation
Transformation et conduite du changement
418 549-6650 laetitia.larouche@mnp.ca

Loi 27 au Québec : votre clinique d'optométrie est-elle conforme?

Selon l'Institut national de la santé publique du Québec, entre 20 % et 25 % des personnes en emploi au Québec en 2020 et 2021 présentaient un niveau élevé de détresse psychologique liée au travail. En réponse à cette nouvelle réalité, plusieurs institutions considèrent la santé psychologique comme une composante essentielle de la santé au travail, au même titre que la santé physique. Dans le même sens, au Québec, la Loi 27 a modernisé le régime québécois de santé et de sécurité du travail.



Entrée pleinement en vigueur le 1^{er} octobre 2025, cette réforme a uniformisé les obligations de prévention à l'ensemble des milieux de travail, peu importe leur secteur d'activité, bien que leur mise en application soit modulée selon la taille des établissements. Cela inclut les cliniques d'optométrie, qu'elles soient indépendantes ou affiliées à une bannière. Concrètement, les cliniques d'optométrie doivent désormais se doter d'une démarche structurée de prévention des risques en matière de santé et sécurité, intégrant notamment les risques psychosociaux. Cette obligation s'applique indépendamment du modèle d'affaires ou de l'appartenance à un réseau, puisque chaque employeur demeure responsable de la conformité de son établissement à la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST).

Quelles sont vos obligations?

La Loi prévoit que les employeurs doivent désormais mettre sur pied une démarche de prévention couvrant la santé physique et l'intégrité psychique, dont :

- la mise en place des mécanismes de participation des travailleurs;
- l'identification et la prise en charge des risques auxquels sont exposés les travailleurs, notamment les risques psychosociaux;
- la mise en place d'outils formels de prévention (par exemple, plan d'action ou programme de prévention).

Les exigences découlant de la Loi 27 s'appliquent à tous les employeurs, mais leur mise en œuvre est modulée selon la taille de l'organisation. Plus précisément, les exigences applicables aux cliniques de 19 employés ou moins sont allégées par rapport à celles visant les établissements de 20 employés ou plus. À titre d'exemple, ces dernières doivent désigner un agent de liaison en santé et sécurité plutôt que de mettre en place un comité de santé et sécurité paritaire avec un ou plusieurs représentants en santé et sécurité formés. De plus, elles sont tenues d'élaborer un plan d'action en matière de santé et sécurité, sans obligation de mettre en place un programme de prévention complet, tel qu'exigé dans les établissements de 20 employés ou plus.

Qu'est-ce qu'un risque psychosocial?

Les risques psychosociaux sont un ensemble de facteurs, liés à l'emploi et au contexte de travail, susceptibles d'avoir un effet négatif sur la santé psychologique et physique des travailleurs. Les principaux risques psychosociaux incluent, sans s'y limiter :

- le harcèlement (psychologique, sexuel, cyberharcèlement, etc.);
- la violence au travail (interne, externe, sexuelle, conjugale, etc.);
- la charge de travail excessive;
- la faible autonomie décisionnelle;
- le manque de reconnaissance;
- le faible soutien du supérieur ou des collègues;
- les relations de travail conflictuelles ou irrespectueuses;
- l'ambiguïté des rôles et des responsabilités;
- la pression constante ou les objectifs irréalistes.

La nature de ces risques les rend susceptibles d'être présents dans tous les environnements de travail et difficiles à éliminer complètement. Il demeure toutefois possible de définir ces risques et de les atténuer par différentes mesures de prévention.

Qu'advient-il si vous ne vous conformez pas?

Ne pas se conformer aux exigences de la Loi 27 expose votre clinique à des risques évitables. Cela peut entraîner des interventions de la CNESST, des amendes ou des obligations de corriger rapidement la situation. Omettre d'agir en prévention engendre des coûts importants, lesquels peuvent augmenter rapidement, notamment lorsque des incidents liés à la santé psychologique surviennent. Au-delà des sanctions, l'absence de conformité peut aussi nuire à l'engagement des employés, augmenter l'absentéisme ainsi que le roulement de personnel et affecter la réputation de la clinique d'optométrie.

L'équipe Consultation de MNP, composée de psychologues, gestionnaires expérimentés, médiateurs et conseillers en ressources humaines, peut vous accompagner à chaque étape du processus. Elle peut vous aider à :

- évaluer dans quelle mesure vos pratiques sont alignées sur les exigences;
- mettre en place des structures et des mesures permettant de vous arrimer à ces exigences;
- concevoir et animer des formations sur les risques psychosociaux et autres sujets connexes;
- mettre à jour et harmoniser votre documentation interne;
- rétablir un environnement de travail sain lorsque le climat s'est dégradé.

En agissant dès maintenant, vous pouvez démontrer votre engagement envers la santé psychologique de votre personnel et vous donner les moyens de répondre aux exigences de la Loi 27. 



MNP

Chaque clinique est unique

Obtenez des services-conseils sur mesure à chaque étape de votre parcours.

Laetitia Larouche, Ph. D., Psy., CRHA, ECH
Directrice, Consultation – Transformation et
conduite du changement
418.549.6650
laetitia.larouche@mnp.ca



Partout où mènent les affaires

MNP.ca

Séparation de couple : vendre sa résidence dans les règles de l'art

Monsieur Ronald Miglierina, planificateur financier, notaire, fiscaliste, directeur de Solutions et Planification financière Fonds FMOQ*

Une séparation peut être douloureuse sur le plan émotionnel, mais elle soulève souvent des questions épineuses sur le plan financier. Comment racheter les parts d'une résidence que vous détenez avec votre ex-conjoint? Que faire si vous avez payé les rénovations majeures d'une maison dont vous n'êtes pas propriétaire? Cet article aborde les questions soulevées par le partage des biens immobiliers lors d'une séparation et vous fera certainement réfléchir!



Le partage de la valeur de la résidence familiale et le patrimoine familial

Les conjoints de fait et époux n'ont pas les mêmes droits, notamment en ce qui concerne le partage des propriétés d'habitation. En droit matrimonial, au moment d'un divorce, une dette se crée entre les ex-époux. C'est donc la valeur de la maison qui est partagée et non la maison en tant que telle. Si les deux ex-époux sont propriétaires moitié-moitié d'une maison achetée pendant le mariage, il n'y a généralement aucun partage matrimonial de la valeur de la maison. Si une seule personne est propriétaire de la maison, elle devra la moitié de la valeur à son ex-époux, une fois l'hypothèque soustraite.

Quant aux conjoints de fait, leur situation est beaucoup plus simple. Ils ne bénéficient d'aucune protection. C'est le droit de propriété qui détermine quelle part revient à qui. Si les mises de fonds et les paiements ont été faits moitié-moitié, les ex-conjoints partagent le produit de la vente en parts égales. Sinon, le partage du produit de la vente risque de se compliquer. Depuis le 30 juin 2025, les conjoints de fait qui deviennent les parents d'un enfant né ou adopté à compter de cette même date deviennent assujettis au nouveau régime d'union parentale. Ce nouveau régime prévoit notamment qu'en cas de séparation, les ex-conjoints de fait doivent partager la valeur de certains biens qui composent le patrimoine d'union parentale, dont les propriétés d'habitation. Les règles de partage sont quelque peu différentes de celles du patrimoine familial.

La convention d'indivision

Lorsque les conjoints possèdent des biens immobiliers ensemble, il est recommandé de signer une convention d'indivision. Cette dernière régit ce que les conjoints, mariés ou non, peuvent faire avec une propriété. Elle prévoit notamment les modalités de partage du produit de la vente, que ce soit dans le contexte d'une séparation ou non. À noter que les règles législatives de partage du patrimoine familial vont d'abord s'appliquer aux époux qui se séparent. Même chose pour les conjoints assujettis au patrimoine d'union parentale.

La convention d'indivision est très utile dans les cas où un don ou un héritage contribue à payer la maison, ou s'il y a une mise de fonds inégale, ou une contribution excédentaire de la part d'un des conjoints aux rénovations ou aux versements hypothécaires. Toutes ces situations justifient des ajustements au partage du prix de vente. À titre d'exemple, le partage du produit de la vente peut se faire en fonction du pourcentage d'appréciation au fil des ans. Supposons qu'un couple achète une résidence au prix de 500 000 \$. Un conjoint verse 50 000 \$ et l'autre 100 000 \$. Au bout de quelques années, la résidence s'est appréciée de 50 % et vaut 750 000 \$. Le couple peut convenir, dans leur convention d'indivision, que l'appréciation équivaut à un rendement réalisé sur la mise de fonds initiale de chacun des conjoints. Ainsi, en cas de vente au prix de 750 000 \$ et supposant que la maison est libre d'hypothèque, un conjoint aura droit à 337 500 \$ et l'autre à 412 500 \$ (**tableau**). D'autres options peuvent également être prévues dans la convention d'indivision.

Descriptif	
Mise de fonds initiale	
Conjoint 1 : 50 000 \$	Conjoint 2 : 100 000 \$
Appréciation de la mise de fonds (50 %)	
Conjoint 1 : 25 000 \$	Conjoint 2 : 50 000 \$
Valeur de la mise de fonds à la vente	
Conjoint 1 : 75 000 \$	Conjoint 2 : 150 000 \$
Montant à partager (750 000 \$ - 225 000 \$)	
525 000 \$	
Répartition du profit résiduel	
Conjoint 1 : 262 500 \$	Conjoint 2 : 262 500 \$
Part totale de chaque conjoint	
Conjoint 1 : 337 500 \$	Conjoint 2 : 412 500 \$
Tableau : exemple de répartition du produit de la vente d'une résidence acquise avec apports inégaux des conjoints¹.	

Les exemptions fiscales

Vous n'avez pas à payer d'impôt sur le gain réalisé à la vente d'une propriété d'habitation, mais vous pourriez devoir choisir entre votre maison et votre chalet. Cette exemption s'applique pour une propriété par unité familiale à la fois. Depuis 2016, il est obligatoire de déclarer toute vente, même si, finalement, vous ne payez pas d'impôt sur votre gain.

Si vous vendez votre maison détenue avec votre conjoint à une tierce partie lors de la séparation, chacun peut bénéficier de sa part d'exemption pour résidence principale. Mais attention, il faut éviter qu'un ex-conjoint réclame l'exemption sur, par exemple, son chalet, vous empêchant de la demander pour la maison! Par conséquent, la façon d'utiliser cette exemption par les deux ex-conjoints pourra être convenue dans une entente de séparation.

Une autre exemption mérite d'être connue. Si l'un de vous souhaite racheter la part de l'autre et continuer à habiter la maison familiale, il n'aura pas à payer de droits de mutation (taxe de bienvenue) sous réserve de certaines conditions.

Les gains en capital

Si vous vendez votre propriété d'habitation, vous devez d'abord déclarer le gain en capital réalisé lors de la transaction. Vous devez ensuite calculer l'exemption pour résidence principale à laquelle vous avez droit. Le gain en capital correspond à l'excédent du prix de vente sur le coût total d'achat et la commission de vente. Seule la moitié d'un gain en capital constitue un revenu imposable.

Le coût d'achat ne désigne pas seulement le prix payé au vendeur, il inclut aussi les droits de mutation, certains frais de notaire, les rénovations majeures qui augmentent la valeur de la propriété (comme l'ajout d'un étage), etc. Tout cela réduit le gain en capital. Il est conseillé de conserver des preuves de toutes les dépenses engagées pour un bien immobilier.

Si vous vendez votre propriété dans les douze mois suivant son acquisition, le profit réalisé ne sera pas imposable à la moitié, mais plutôt en totalité, et sans possibilité de réclamer l'exemption pour résidence principale. Il existe cependant diverses exceptions, comme la séparation d'un couple.

Le partage des biens immobiliers lors d'une séparation est un sujet très complexe qui fait intervenir le droit matrimonial, ainsi que le droit de propriété et le droit fiscal. Nous vous recommandons de consulter un planificateur financier ou autre professionnel pour réaliser ce projet. 



* Fonds FMOQ est un nom de marque exploité par Société de services financiers Fonds FMOQ inc. à travers ses filiales. Conseil et Investissement inc. est inscrite à titre de courtier en épargne collective et planificateur financier auprès de l'AMF et est la propriété de la Société de services financiers Fonds FMOQ inc., une propriété de la FMOQ. La Société offre des services financiers auprès de clients résidents du Québec.

¹ Cet exemple ne traite pas du partage du patrimoine familial ni du patrimoine d'union parentale. Le présent article ne contient pas de recommandations. Nous vous recommandons de consulter un fiscaliste ou un planificateur financier pour discuter de votre situation personnelle.



LES PETITES ANNONCES

Optométristes recherché(e)s 

Équipements et/ou clinique à vendre 

CHICOUTIMI

Temps plein / partiel / permanent / temporaire

Optique Santé
optiquesante.com

Dre Myriam Maltais
Optométriste
Mme Christine Michaud
418 543-2020 ou 418 590-2021
info@optiquesante.com

Chez Optique Santé, nous cherchons à offrir la flexibilité, l'humanité, l'équilibre entre la vie professionnelle, sociale et familiale, dans un environnement technologique doté d'un personnel dévoué? Optique Santé, clinique indépendante établie depuis 35 ans au coeur de la ville de Chicoutimi, peut vous offrir cette vie équilibrée. Nous possédons 8 salles d'examen, la présence de 5 optométristes, OCT, caméras, Lipiview-Lipiflow ainsi que la technologie Neurolens. Votre vie exceptionnelle, c'est chez nous à carriereenvue.com

ST-JOSEPH-DE-BEAUCE

Temps plein / partiel / permanent / temporaire

Opto-Réseau Centre Vision Bégin

Dre Amélie Pelletier
Optométriste
514 377-5467
ameliepelletierod@gmail.com

Opto-Réseau • Centre Vision Bégin est à la recherche d'un(e) optométriste à temps plein ou à temps partiel. Fermé les fins de semaine, nos cliniques sont présentes dans la communauté depuis plus de 30 ans et offrent un horaire rempli avec une clientèle fidèle et agréable. Nous sommes équipés de tout le matériel nécessaire incluant OCT, topographe et les prétests sont effectués par des assistantes d'expérience. OCT inclus dans l'examen de base. Frais de bureau avantageux et frais de déplacement couverts. Vous avez des disponibilités stables ou sporadiques ou vous êtes simplement curieux, contactez-nous!

QUÉBEC

Temps partiel / permanent

Lunët Espace Vision
lunet.ca

Dr Yannick Jarjour
Optométriste
418 929-7549
yannickopto@gmail.com

Lunet Espace Vision est à la recherche d'un(e) optométriste à temps partiel pour notre succursale de Québec. Vous rejoindrez une équipe dévouée et dynamique dans un environnement vaste, épuré et avec un équipement à la fine pointe. La clientèle y est active et sympathique. Si vous êtes intéressé(e) à faire partie de notre équipe, rejoignez-nous par courriel.

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

Temps plein / permanent / temporaire / partiel

Greiche & Scaff greiche-scaff.com

Dr 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. Discretion assurée.

MONTRÉAL • MÉTROPOLITAIN

Temps partiel / remplacements ponctuels

Raymond et Côté, services mobiles d'optométrie
visionrc.ca

Dr 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 coeur 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!

MONTRÉAL (Nunavik)

Contractuel 1 semaine ou + / année

Optique Donnelly
optiquedonnelly.com

Dre Annie Dionne
Optométriste
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 + per diem. Expérience extraordinaire et dépaysement garanti.

LES PETITES ANNONCES CLASSÉES DE L'AOQ

Grâce à la section des petites annonces classées de la revue l'Optométriste vous faites d'une pierre deux coups : votre annonce, au coût de 25 \$ par parution (taxes en sus), sera publiée dans la revue et sera distribuée aux optométristes, aux opticiens d'ordonnances, aux ophtalmologistes et aux compagnies d'optique. Elle se retrouvera également sur notre site Internet jusqu'à la parution de la prochaine revue. Vous bénéficierez donc d'une visibilité accrue.

Votre annonce doit contenir environ 50 mots et doit être au nom d'un optométriste membre de l'AOQ. Vous devez nous faire parvenir votre annonce par courriel à josee.lusignan@aoqnet.qc.ca



Association des
OPTOMÉTRISTES
du Québec



PROVINCE DE QUÉBEC

Temps plein / partiel / volant / permanent ou temporaire

IRIS, Le Groupe Visuel
career.iris.ca/fr/optometristes

Dre 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 et Rive-Nord de Montréal, Laurentides, Outaouais, Lanaudière, Trois-Rivières, Sherbrooke, Québec/Lévis, Bas-St-Laurent, Charlevoix, Sept-Îles, 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.

MONTRÉAL • PLATEAU-MONT-ROYAL

Temps partiel, opportunité d'association

Clinique d'optométrie St-Joseph
Opto Réseau
opto-reseau.com/fr/cliniques/clinique-doptometrie-st-joseph

Dr Sylvain McMahon
Optométriste
Dre Ariane Labonté-Boyer
Optométriste
819 421-0550
opto.stjoseph@gmail.com

Située sur le Plateau-Mont-Royal et établie depuis 75 ans, la Clinique d'optométrie St-Joseph Opto-Réseau recherche un(e) optométriste pour l'acquisition de part / association au sein de notre pratique indépendante. Clinique entièrement équipée: 2 salles, OCT antérieur/postérieur, topographe, prétests faits par les assistantes, trois opticiens d'ordonnances. Clientèle fidèle et diversifiée. Ouverte 2 soirs, fermée le weekend.

QUÉBEC

Temps partiel / remplacements ponctuels

Raymond et Côté, services mobiles d'optométrie
www.visionrc.ca

Dr Shelton Regis Marianayagam
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!

ST-GABRIEL-DE-BRANDON • (Lanaudière)



Temps partiel (3 jours / semaine)

Clinique d'Optométrie St-Gabriel

Dr Frédéric Lussier

Optométriste

freluss@icloud.com

Cell. 438 929-6781

Bureau: 450 835-2525

Recherche un(e) optométriste pour St-Gabriel-de-Brandon (Lanaudière). Disponible dès maintenant, 1 à 3 journées par semaine. Pas de samedi. (4 journées par semaine seraient aussi envisageables). Horaire flexible et pourrait être de jour seulement. Il y aurait possibilité d'association s'il y a un intérêt réciproque. Petite pratique de type familiale, proximité de la clientèle, liberté de pratique, environnement convivial. Une seule salle d'examen. Clinique établie depuis 25 ans, clientèle fidèle.

MONTREAL



Temps plein

Georges Laoun Opticien

Dre Nathalie Ouellet

Optométriste

514 844-1919

info@georgeslaoun.com

Georges Laoun Opticien, établi depuis plus de 40 ans, est à la recherche d'un(e) optométriste pour se joindre à son équipe. Avec deux cliniques, nous vous offrons une clientèle de choix, soit sur la rue Saint-Denis, au cœur du Plateau-Mont-Royal, soit à notre succursale située à proximité du Musée des beaux-arts de Montréal. Caméra rétinienne, OCT et laboratoire sur place. Chez Georges Laoun Opticien, nous avons toujours eu comme vision de promouvoir les arts. Vernissages, expositions et soirées avec des artistes invités font partie intégrante de notre identité. Grâce à une lunetterie d'exception, nous vous offrons la possibilité d'exercer l'optométrie de façon professionnelle, selon vos champs d'intérêt et avec un horaire adapté à vos besoins. Au plaisir de vous rencontrer.

QUÉBEC



Temps plein / partiel / permanent

Clinique Visuelle Beauport OptoPlus
optoplus.com

Dre Valérie Vigneault

Optométriste

418 667-5778

cliniquebeauport@videotron.ca

OptoPlus Beauport recherche un(e) optométriste selon le nombre de jours ou d'heures désirés. Entièrement rénoverée, la clinique possède: OCT, topographe, laboratoire, vaste choix de montures de marque. Horaire selon vos préférences. Personnel impliqué et attentionné. Partenariat possible.

COTEAU-DU-LAC • SALABERRY-DE- VALLEYFIELD



Temps plein / partiel / permanent

Auclair et Meloche Clinique Visuelle
auclairmeloche.com

Dre Mila Leboeuf

Optométriste

450 747-0800

info@auclairmeloche.com

À la recherche d'un(e) optométriste à temps plein/partiel, (4 à 5 jours/semaine), pour combler la demande grandissante dans nos deux cliniques indépendantes, établies depuis 19 ans. Deux salles d'examen complètes avec équipements de pointe, dont un visiomètre électronique, OCT/photo, champ visuel Optopol (incluant champ visuel seuil). Équipe d'opticien(ne)s d'ordonnances et d'assistantes chaleureuses et accueillantes! Au plaisir de faire votre rencontre!

MONTREAL • CENTRE-VILLE



La Boîte à lunettes

Dr Zhuo Fan Zhang

Optométriste

514 844-0830

Monsieur Paul Bukvaj

Clinique établie depuis 35 ans, agenda bien rempli, clientèle fidèle et équipe dynamique! Équipements modernes: Caméra rétinienne, tonomètre iCare, champ visuel automatisé avec casque virtuel. Horaire flexible: possibilité de travailler 1 journée complète ou 2 demi-journées par semaine. Nous serions enchantés de vous accueillir dans notre équipe dévouée et accueillante!

INSTRUMENTS À VENDRE



EYELIGHT (IPL + LLLT)

avec MEI BOVUE

Centre Visuel Ile-des-Soeurs

Dre Camille Siqueira

Optométriste

514 945-2122

camille.r.siqueira@gmail.com

À vendre: EYELIGHT (IPL + LLLT) avec MEIBOVUE, méibographe portatif. Plateforme conviviale et simple d'utilisation pour la prise en charge de la sécheresse oculaire et du dysfonctionnement des glandes de Meibomius. Excellent ajout pour développer vos services cliniques. Valeur neuve: 75 000 \$. Prix demandé: 55 000 \$.

VOUS CHANGEZ D'ADRESSE?

**N'oubliez pas de nous
en informer.**

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

Cliquez sur l'onglet
MEMBRES en haut à
droite et entrez votre
nom d'utilisateur et
votre mot de passe.

Lors de votre connexion,
cliquez ensuite sur le petit
onglet bleu en haut à droite
où apparaîtra votre nom.

Choisissez Mon Profil
pour la mise à jour
de votre compte.

CONÇUES POUR EN OFFRIR PLUS

Notre lentille à usage
unique la plus confortable
jamais conçue^{†1,2} grâce à
l'innovation MADE BETTER^{MC}.



Avec Valérie Maltais
Championne olympique
de patinage de vitesse

MyDay Energys^{MD}

LA PREMIÈRE ET LA SEULE lentille cornéenne à usage unique qui offre un **DOUBLE confort** : confort lié au matériau + confort visuel. La combinaison de la **TECHNOLOGIE DES MATÉRIAUX** et de la **CONCEPTION INNOVANTE DES LENTILLES ASPHÉRIQUES** qui peut soulager la sécheresse oculaire et la fatigue associées à l'utilisation d'appareils numériques.¹



LES MÊMES LENTILLES MYDAY^{MD}. AVEC UNE EMPREINTE CARBONE PLUS FAIBLE.^{§§3}

Grâce à l'innovation **MADE BETTER^{MC}**, des choix intentionnels de matériaux d'emballage et des améliorations apportées au processus de fabrication^{§§3,4}, **MyDay^{MD}** est fabriqué avec moins de carbone.^{§§3} Et pour chaque boîte vendue, nous finançons la collecte d'une quantité de déchets plastiques équivalente à son poids grâce à notre partenariat avec Plastic Bank.^{¶¶¶1}

Contactez votre représentant commercial CooperVision^{MD}
pour commencer à ajuster **MyDay Energys^{MD}** dès aujourd'hui.



CooperVision™

***MISE EN GARDE** : les lentilles cornéennes dotées d'un écran UV ne remplacent PAS les lunettes destinées à protéger des rayons UV, comme des lunettes de soleil ou des lunettes de protection dotées d'un écran UV, puisqu'elles ne recouvrent pas complètement l'œil et le contour de l'œil. Il est recommandé aux patients de continuer à utiliser des lunettes destinées à protéger des rayons UV, conformément aux instructions. [†] Comparé à MyDayMD sphere. [‡] Les résultats comparent l'année 2024 avec une base de référence de 2021. Une analyse complète du cycle de vie a été réalisée conformément à la norme ISO 14067 et vérifiée par un examen critique indépendant couvrant l'ensemble du cycle de vie, de l'extraction des matières premières à la fin de vie du produit. Des détails sur la méthodologie et la vérification sont disponibles sur la page [coopervision.ca/fr/developpement-durable/methodes]. [§] Les termes « réduction de l'empreinte carbone » et/ou « à faible teneur en carbone » font référence à une réduction des émissions totales de gaz à effet de serre, exprimées en équivalent de dioxyde de carbone (eqCO2). Aucune compensation carbone n'est utilisée. [¶] Le programme d'innovation MADE BETTER^{MC} de CooperVision a introduit des intrants à faible teneur en carbone avec approvisionnement traçable, y compris du plastique à faible teneur en carbone certifié ISCC PLUS et de l'aluminium à faible teneur en carbone, dans l'emballage principal de la gamme de produits MyDay^{MD}. Il s'agit également d'améliorations apportées aux processus, qui ont permis de réduire les déchets, d'améliorer l'efficacité énergétique et de diminuer les émissions de gaz à effet de serre pendant la production de la gamme de produits MyDay^{MD}. Les méthodes et les informations de vérification sont disponibles sur la page coopervision.ca/fr/developpementdurable/methodes. ^{¶¶} Grâce à son partenariat avec Plastic Bank, CooperVision compense une partie de son empreinte plastique en finançant la collecte et le recyclage de déchets plastiques, dont le poids est équivalent à celui du plastique utilisé dans les lentilles cornéennes souples vendues dans les pays participants, recueillis à moins de 30 miles (50 km) des océans ou des cours d'eau dans les pays où Plastic Bank exerce ses activités. Le poids du plastique est basé sur le poids total du plastique dans les lentilles, l'emballage-coque et l'emballage secondaire, y compris les stratifiés, les adhésifs et les ajouts auxiliaires (p. ex. l'encre). Cela n'inclut pas le plastique utilisé pendant le processus de fabrication. ^{¶¶¶} Le plastique utilisé dans les lentilles cornéennes souples CooperVision participantes est déterminé par le poids de plastique dans l'emballage-coque, les lentilles et l'emballage secondaire, y compris les stratifiés, les adhésifs et les ajouts auxiliaires (par exemple, l'encre). La détermination n'inclut pas le plastique utilisé pendant le processus de fabrication de ces deux produits et de leur emballage.

Références : 1. Données internes, CVI, 2024. 2. Données internes, CVI, 2018. Étude prospective, multicentrique (cinq sites américains), marque libre, port bilatéral, d'une durée d'une semaine d'essai portant sur les lentilles MyDay^{MD} et MyDay Energys^{MD}. N=77 porteurs habituels de LC souples. 3. Données internes, CVI, 2021-2025. 4. Données internes, CVI, 2023-2025. ©2026 CooperVision. SA19031



Par la docteure Emmanuelle Bédard
Optométriste, M.Sc.

Atteinte du muscle sphincter de l'iris de cause inconnue

Le vidéo (voir le code QR de la colonne de droite) explique les étapes de l'évaluation d'une anisocorie pupillaire. Dans ce cas, il s'agit d'une ancienne atteinte efférente de la pupille droite de cause inconnue. En l'absence de ptose et d'atteinte aux mobilités oculaires, la paralysie du IIIe nerf crânien est peu probable. La pupille d'Adie cause généralement une constriction vermiciforme de la pupille alors que dans ce cas, il a une absence complète de constriction pupillaire.

L'iris est formé de deux muscles. Le muscle sphincter de la pupille est un muscle en anneau responsable de la constriction de la pupille. Il est innervé par le système parasympathique via le nerf oculomoteur (NC III). Son atteinte entraîne une mydriase de la pupille et donc une anisocorie plus marquée en condition photopique (à la lumière).

Le muscle dilatateur de l'iris est constitué de fibres radiales. Sa contraction entraîne une dilatation pupillaire (mydriase). Il est innervé par le système sympathique. Son atteinte entraîne un myosis, plus évident à l'obscurité.

L'anisocorie la plus fréquente est l'anisocorie physiologique, qui atteint environ 20 % de la population. L'anisocorie non physiologique la plus fréquente est la **pupille tonique d'Adie** et la **mydriase pharmacologique**. Le syndrome de Horner est cependant une cause importante à rechercher à cause du risque d'une pathologie grave sous-jacente. 

RÉFÉRENCE

Kanski JJ, Bowling B. Kanski's Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach. 8th ed. Elsevier; 2016. Chapter 19.

Boisvert CJ, Tran N. Eyewiki. American Academy of Ophthalmology; updated December 18, 2025. Available at <https://eyewiki.org/Anisocoria>

Cerveró A et al. Anisocoria as initial manifestation of multiple sclerosis. Use of 3 tesla magnetic resonance imaging. Arch Soc Esp Oftalmol (Engl Ed). 2020 Apr;95(4):192-195.

Ebner, R. N., Ayerza, D. R., & Aghetoni, F. (2014). Sixth nerve palsy + ipsilateral Horner's Syndrome = Parkinson's Syndrome. Saudi journal of ophthalmology : official journal of the Saudi Ophthalmological Society, 29(1), 63-6

Vishnu VY et al. Parkinson syndrome: a precise localization for abducens palsy. J Neurol Sci. 2014 Jan 15;336(1-2):288-9.

Scannez pour voir
le vidéo explicatif



Le tableau ci-dessous résume les
différentes causes d'anisocorie.

Anisocorie pire en lumière

Pupille tonique d'Adie

Paralysie du nerf oculomoteur (NC III)

(Parfois avec la sclérose en plaques, anévrisme ou AVC)

Atteinte du sphincter de l'iris

(traumatique, chirurgical ou inflammatoire)

Médicament anticholinergique

(scopolamine, atropine)

Cycloplégique et mydriatique

Certains bronchodilatateurs anticholinergiques

Décongestionnant nasal sympathomimétique

Médicament pour contrôler la salivation et la sueur excessive

(glycopyrrolate)

Plantes et produits naturels

(Atropa Belladonna, Datura stramonium, Brugmansia)

Anisocorie pire en obscurité

Syndrome de Horner

(Parfois associé à la sclérose en plaques et ou Parkinson)

Little old Adie

Céphalée trigéminal* accompagnée d'un syndrome de Horner transitoire

(algie vasculaire de la face ou cluster headache)

AVC ou autre lésion des voies oculosympathiques

Médicament cholinergique

(pilocarpine)

Exposition oculaire à un herbicide/insecticide de la classe des organophosphate ou carbamates

Un départ gagnant
pour leur avenir!

BONIFICATION
de 250 \$

à l'ouverture d'un
nouveau REEE
Fonds FMOQ

avec un dépôt minimal de 2 500 \$*

Et ce n'est pas tout : année après année, obtenez
jusqu'à 30 % de subventions gouvernementales,**
et faites croître votre épargne à l'abri de l'impôt.

fondsfmq.com/promotion-reee



FONDS FMOQ

EN
PARTENARIAT
DEPUIS 2002



Association des
OPTOMÉTRISTES
du Québec



* Certaines conditions s'appliquent.

** Subventions fédérales et provinciales (SCEE et IQEE). Des conditions s'appliquent.

Fonds FMOQ est un nom de marque exploité par Société de services financiers Fonds FMOQ inc. à travers ses filiales. Conseil et Investissement Fonds FMOQ inc. est inscrite à titre de courtier en épargne collective et planificateur financier auprès de l'AMF et est la propriété de la Société de services financiers Fonds FMOQ inc., une propriété de la FMOQ.



LES NOUVELLES DU CPRO

COLLOQUE SUR L'OEIL ET LA VISION 2026

Il est encore temps de vous inscrire au Colloque 2026!

Les **2 et 3 octobre** prochains, retrouvez vos collègues au Palais des congrès de Montréal pour deux journées de conférences, d'échanges et de découvertes des plus récentes avancées cliniques et professionnelles en optométrie.

Ne tardez pas à réserver votre place! Consultez le portail du CPRO pour connaître la programmation et vous inscrire.

Au plaisir de vous accueillir les 2 et 3 octobre!



NOUVELLE ADMINISTRATRICE AU SEIN DE NOTRE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le CPRO est heureux d'accueillir **Dre Mariline Pageau** au sein de son conseil d'administration.

Optométriste propriétaire en pratique privée, Dre Pageau possède une expertise reconnue en vision binoculaire et en optométrie pédiatrique. Très engagée dans le développement de la profession, elle contribue activement à la formation des professionnels de la vision par son enseignement et ses conférences.

Nous lui souhaitons la bienvenue et sommes heureux de pouvoir compter sur son expertise au sein du CPRO.

