VOLUME 48 | NUMÉRO 6 NOVEMBRE | DÉCEMBRE 2026

L'OPTOMÉTRISTE

PUBLICATION DE L'ASSOCIATION
DES OPTOMÉTRISTES DU QUÉBEC

ARTICLE 1
L'OCT-A dans la pratique optométrique : guide approfondi pour l'optométriste québécois



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



Privilèges exclusifs pour les optométristes

Offre spéciale

1 Rencontre[1] avec un planificateur financier (Pl.Fin.)

Bénéficiez gratuitement d'une consultation sur mesure :

- Accompagnement personnalisé pour les propriétaires de cliniques d'optométrie
- Évaluation des possibilités d'investir dans votre immeuble d'optométrie via nos fonds communs de placement
- Optimisation fiscale personnelle et corporative
- Planification financière
- Accompagnement préretraite, stratégies de décaissement
- Protection de votre patrimoine
- Assurance, gestion du crédit, achat d'une propriété… et tout autre sujet.

2 Analyse[1] et 2e avis sur votre portefeuille

Pour vous assurer que votre stratégie financière travaille réellement pour vous, bénéficiez d'une analyse objective :

- de vos frais de gestion
- du rendement obtenu par vos placements
- de la cohérence entre votre niveau de risque et vos objectifs
- des points forts et des opportunités d'optimisation de votre stratégie actuelle.

3 Bonification exclusive[2]

Accédez à la bonification exclusive :

Étudiant en optométrie :

- **300 $**[2]

Optométriste en pratique :

- **500 $** (dépôt minimal de 3 000 $)[2]

Optométriste propriétaire :

- **500 $** (dépôt minimal de 3 000 $)[2]
- **1 h de consultation fiscale ou notariale, sans frais**, avec nos professionnels.

Pour profiter de ces privilèges exclusifs **fondsfmoq.com/aoq**

FONDS FMOQ

EN PARTENARIAT DEPUIS 2002

Association des **OPTOMÉTRISTES** du Québec

[1] Rencontre sans frais de 1 heure. Aucune obligation de transfert, d'investissement ou de faire affaire avec Fonds FMOQ.
[2] Bonification offerte à l'ouverture d'un premier compte Fonds FMOQ. Offre d'une durée limitée. Certaines conditions s'appliquent.
Fonds FMOQ est un nom de marque exploité par Conseil et Investissement Fonds FMOQ inc. pour ses produits et services.
Cette dernière est inscrite à titre de courtier en épargne collective et planificateur financier auprès de l'AMF.

SOMMAIRE



5

ÉDITORIAL

Nouveaux visages, regard nouveau?

Docteur Guillaume Fortin
Optométriste, Président

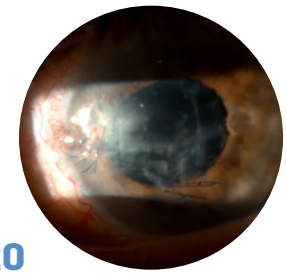


7

ARTICLE 1

L'OCT-A dans la pratique optométrique : guide approfondi pour l'optométriste québécois

Docteur Kevin Messier
Optométriste, M.Sc., FAAO



20

CAS CLINIQUE

BRAO : occlusion de la branche de l'artère centrale de la rétine

Docteure Emmanuelle Bédard
Optométriste, M.Sc.



26

CHRONIQUE PÉDIATRIQUE

L'examen visuel pédiatrique : la réfraction

Docteure Emmanuelle Bédard
Optométriste, M.Sc.

14 CHRONIQUE LUSSIER

Dossier spécial : taxe sur les primes d'assurance : ce qui changera le 1er janvier 2027

16 CHRONIQUE FONDS FMOQ

Détention de la résidence familiale par un seul des époux : quels sont les droits et obligations de chacun?

Monsieur Ronald Miglierina,
planificateur financier, notaire, fiscaliste et directeur Solutions et Planification financière – Fonds FMOQ
Madame Shahla Tabti,
représentante-conseil adjointe,
gestionnaire de portefeuille Gestion privée – Fonds FMOQ

18 ÉCOLE D'OPTOMÉTRIE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Arrivée de nouveaux membres du personnel enseignant à l'École d'optométrie

Monsieur Jean-François Bouchard, BPharm, Ph. D.
Directeur et professeur titulaire
Docteur Benoit Tousignant ,
optométriste, OD, MSc, MPH, FAAO
Secrétaire, directeur adjoint aux affaires professorales et professeur agrégé

22 CHRONIQUE LES CONSEILS D'AFFAIRES MNP

Vos pratiques de gestion des RH suivent-elles la croissance de votre clinique?

Madame Josée-Christine Boilard,
MBA, CRHA, IAS.A. Associée, Consultation

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

COORDONNATEUR SCIENTIFIQUE
Docteur Kevin Messier,
Optométriste, M.Sc., FAAO

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

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
2e 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 publireportages 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 oculo-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

Desjardins

Par le docteur Guillaume Fortin
Optométriste, Président



Nouveaux visages, regard nouveau?

Au moment d'écrire ces lignes, les membres nouvellement élus de l'Assemblée nationale viennent à peine d'être assermentés. Les élections d'octobre ont été le théâtre d'une arrivée massive de nouveaux visages, au gouvernement comme dans les différentes oppositions. L'AOQ tient à féliciter les membres élus et réaffirme sa volonté de travailler en étroite collaboration avec toutes celles et tous ceux qui ont à cœur la santé visuelle des Québécois. Nous n'avons pour l'instant que peu de signaux sur l'importance que le nouveau gouvernement accordera à l'optométrie. Alors qu'un nombre sans précédent de nouveaux élus siègent désormais à l'Assemblée nationale, nous réitérons que nous sommes l'interlocuteur incontournable sur tout ce qui touche, de près ou de loin, la première ligne des soins oculaires.



Les nouvelles perspectives en matière de champ de pratique issues du projet de loi 15 viennent consolider notre rôle au sein de la première ligne de soins oculaires. Nous sommes outillés pour assumer pleinement ce rôle et nous avons la responsabilité de le faire. Puisque la vaste majorité des affections oculaires peuvent être prises en charge à l'extérieur des salles d'urgence, nous avons le devoir d'être au rendez-vous, d'occuper la place qui nous revient et d'offrir à la population les services auxquels elle a droit.

Dans le même esprit, l'AOQ est prête à poursuivre le dialogue avec l'Ordre, le Collège des médecins, l'Association des médecins ophtalmologistes et le ministère de la Santé, afin de préciser les trajectoires des soins oculovisuels. Nous demeurons toutefois prudents lorsque sont mis de l'avant des projets qui misent sur une centralisation et une uniformisation à outrance. À l'image des derniers résultats électoraux qui ont mis en évidence certaines différences entre Montréal, Québec et les régions, le système de santé, tout comme le secteur des soins oculovisuels, doit tenir compte des réalités et des besoins propres à chaque région. Le système doit adapter ses solutions aux réalités du terrain en s'appuyant sur l'expertise des gens en place.

Par-dessus tout, il doit éviter de remettre en question ce qui fonctionne déjà bien. Nous croyons que ce nouveau gouvernement s'inscrit dans cette mouvance favorisant un retour à une gestion plus locale des enjeux en santé. Il n'est pas difficile de comprendre que les relations et le rôle des optométristes et ophtalmologistes ne peuvent être gérés de la même façon au CHUM qu'au Saguenay ou au Bas-St-Laurent… Espérons que le nouveau gouvernement saura reconnaitre que, là où les résultats sont au rendez-vous, il est inutile d'ajouter de nouvelles couches administratives ou structurelles qui, pourtant, pourraient être bénéfiques ailleurs.

Par ailleurs, nous amorçons tranquillement notre réflexion en vue de la prochaine ronde de négociations qui, à l'évidence, se fera avec un nouveau gouvernement. Nous avons obtenu des deux derniers gouvernements une reconnaissance de l'existence de nos frais de bureau. Du même souffle, ces derniers ont reconnu l'importance des services optométriques au sein du système de santé et, surtout, la valeur ajoutée que les optométristes apportent à la population et au réseau de la santé. Nous souhaitons poursuivre notre travail auprès des nouveaux élus afin de maintenir et de renforcer leur connaissance de nos services et des soins optométriques offerts à la population.

Voilà. Les gouvernements se succèdent, mais les objectifs de l'AOQ demeurent constants : obtenir la reconnaissance de la valeur de nos soins, faire mieux connaître la contribution des optométristes au quotidien et occuper pleinement la place qui nous revient en première ligne. Nous travaillerons et collaborerons, comme toujours, avec toutes celles et tous ceux qui partagent ces objectifs.



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'OPTOMÉTRISTE

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





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

L'OCT-A dans la pratique optométrique : guide approfondi pour l'optométriste québécois



L'angiographie par tomographie de cohérence optique (OCT-A) s'est imposée en une décennie comme un prolongement fonctionnel de l'OCT structurel désormais accessible dans la plupart des cliniques d'optométrie. Introduite comme dispositif clinique commercial en 2014 et approuvée par la FDA à la fin de 2016, elle offre une visualisation tridimensionnelle, non invasive et résolue en profondeur de la vascularisation rétinienne et choroïdienne, sans injection de colorant[1]. Pour l'optométriste québécois, qui se trouve souvent en première ligne du dépistage des maladies rétiniennes, cette modalité représente une occasion d'affiner la détection précoce et le suivi à condition d'en comprendre les forces, les limites et les pièges d'interprétation. Ce guide se veut à la fois une introduction aux principes physiques et une feuille de route pratique pour intégrer l'OCT-A à un débit de travail clinique réel.

Principe de fonctionnement

L'OCT-A ne mesure pas la structure statique des tissus, mais le mouvement. En acquérant de façon répétée des B-scans au même endroit de la rétine, l'appareil détecte la variation de la lumière causée par le déplacement des érythrocytes dans les vaisseaux, tandis que le tissu neurosensoriel demeure immobile[2]. Ce contraste de mouvement, calculé par des algorithmes, permet de reconstruire une carte des vaisseaux perfusés[3]. Les érythrocytes en mouvement agissent ainsi comme un agent de contraste intrinsèque, éliminant le besoin de colorant exogène[4].

L'un des apports fondamentaux de l'OCT-A est la segmentation en plexus : contrairement à l'angiographie à la fluorescéine (AF), qui ne visualise essentiellement que le plexus superficiel sous forme d'image bidimensionnelle fusionnée, l'OCT-A distingue le plexus capillaire superficiel, intermédiaire et profond, ainsi que la choriocapillaire et autres couches de la choroïde[5] (**voir figure 1**). Chaque angiogramme s'accompagne automatiquement d'un B-scan structurel, ce qui permet de localiser précisément une anomalie vasculaire dans une couche rétinienne donnée[6].

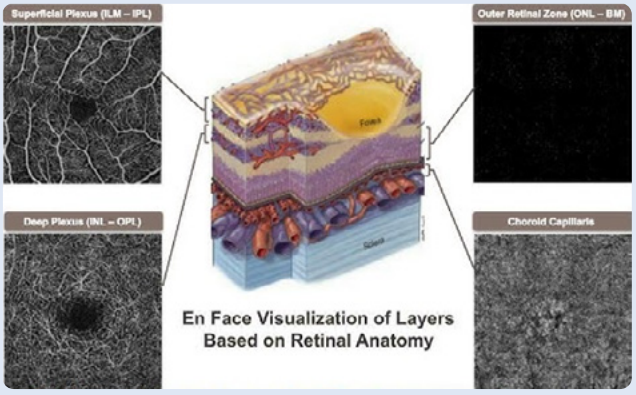


Figure 1 : principe de fonctionnement de l'OCT-A

Voir la vidéo sur youtube

Avantages par rapport à l'angiographie à la fluorescéine

L'OCT-A comporte plusieurs avantages pour une utilisation pratique en clinique. Elle est rapide, non invasive et ne requiert aucun colorant intraveineux, éliminant ainsi le risque d'anaphylaxie, de détresse cardiorespiratoire ou d'effets rénaux associés à la fluorescéine[7]. Elle peut donc être répétée à chaque visite et utilisée chez des patientes enceintes ou chez des patients pour qui l'AF n'est pas indiquée. Ses images ne sont pas masquées par la diffusion du colorant, ce qui permet de visualiser clairement les vaisseaux impliqués, et sa résolution s'approche de celle de l'histologie[2]. Surtout, l'OCT-A offre une information résolue en profondeur, capillaire par capillaire, plexus par plexus[2].

Il importe toutefois de bien situer l'OCT-A par rapport aux autres modalités : elle ne remplace ni l'OCT traditionnel, dont l'information demeure essentielle à la décision clinique, ni complètement l'AF[8]. L'AF reste la seule modalité dynamique capable de démontrer la fuite active de fluide, signe clinique important de plusieurs pathologies, que l'OCT-A ne peut détecter[9]. L'OCT-A est donc mieux comprise comme un outil complémentaire, dont la valeur dépend d'une interprétation appropriée et d'une bonne intégration clinique[8].

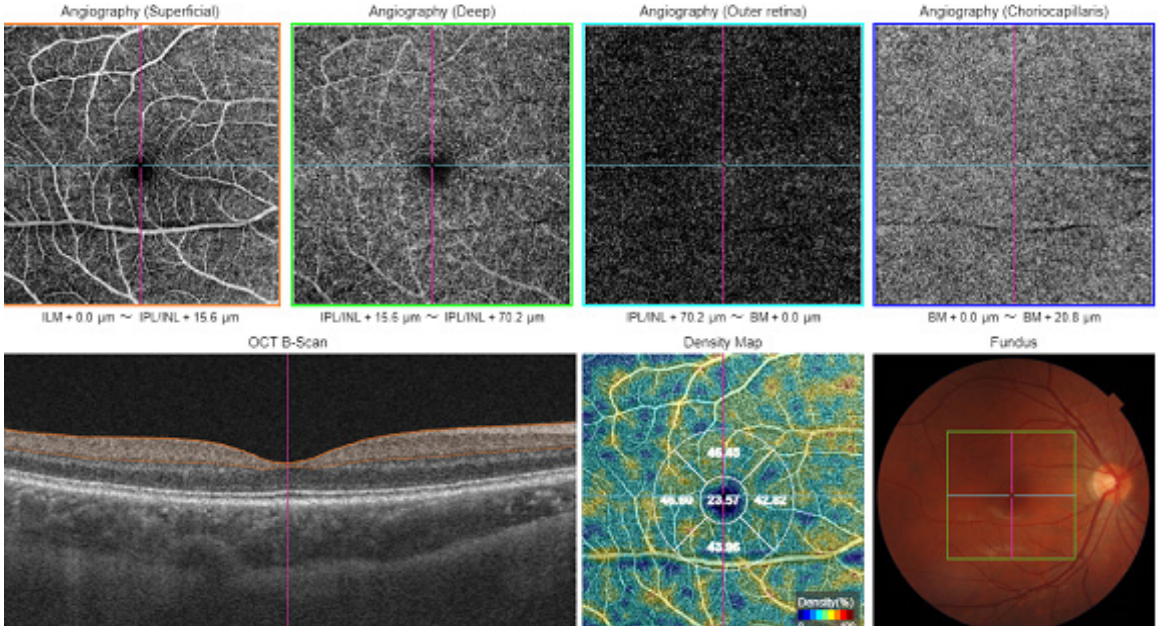


Figure 2 : rapport fourni par l'appareil suivant l'acquisition des images sur un patient

Applications cliniques pertinentes en optométrie

Rétinopathie diabétique. C'est l'application la plus reconnue et la plus utile au dépistage. L'OCT-A révèle des altérations microvasculaires précoces, parfois avant que la rétinopathie ne soit cliniquement visible, notamment l'élargissement et la déformation de la zone avasculaire fovéolaire (FAZ), la rupture capillaire périfovéale et une baisse de la densité capillaire[10]. Elle permet de visualiser et de quantifier les microanévrismes (souvent situés dans le plexus capillaire profond), les anomalies microvasculaires intrarétiniennes (AMIR), les zones de non-perfusion, les pertes de densité vasculaire de la choriocapillaire et la néovascularisation[11]. L'OCT-A distingue par ailleurs la néovascularisation véritable des AMIR, une différenciation importante à faire en clinique[11].

Au-delà de la détection, l'OCT-A apporte une information sur le pronostic. Les changements au niveau capillaire sont souvent des indicateurs plus sensibles de progression que les altérations des gros vaisseaux, et l'ischémie maculaire diabétique identifiée à l'OCT-A prédit la progression de la rétinopathie, le développement d'un œdème maculaire diabétique (OMD) et le baisse de l'acuité visuelle[11].

L'American Academy of Ophthalmology rappelle que même si la technologie est approuvée, les lignes directrices et indications précises pour son usage au dépistage et dans la prise en charge de la rétinopathie diabétique demeurent en évolution[12].

Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). Dans la DMLA exsudative, l'OCT-A détecte la néovascularisation choroïdienne et permet de suivre la réponse au traitement anti-VEGF[13]. Elle est particulièrement utile pour diagnostiquer la néovascularisation maculaire de type 3 (**voir tableau suivant**), deuxième forme la plus fréquente, où la détection d'un signal de mouvement dans un matériel hyperréflectif de la rétine externe confirme la nature néovasculaire de la lésion, une distinction importante, car elle nécessite un traitement anti-VEGF[14]. Dans la forme non exsudative, l'OCT-A peut cartographier la perte de la choriocapillaire, apportant de l'information sur la physiopathologie[15]. Pour l'optométriste, cela aide à préciser un diagnostic établi initialement par photographie du fond d'œil et l'OCT et à orienter plus judicieusement une référence.

Rappel : les différents types de membranes néovasculaires dans la DMLA humide

	Type 1 néovascularisation occulte	Type 2 néovascularisation classique	Type 3 prolifération angiomateuse rétinienne, RAP
Localisation anatomique	Sous l'EPR, entre l'EPR et la membrane de Bruch; néovaisseaux issus de la choriocapillaire	Espace sous-rétinien, au-dessus de l'EPR; néovaisseaux issus de la choroïde traversant l'EPR érodé	Intrarétinienne, issue du plexus capillaire profond, s'étendant vers la rétine externe
Fréquence relative en DMLA	La plus fréquente (~40 %)	La moins fréquente en forme pure (~9 %); souvent en lésion mixte type 1/2	~34 % (deuxième plus fréquent)
OCT structurel	PED peu élevé et irrégulier, réflectivité mixte; signe de la double couche (DLS) ou SIRE	Matériel hyperréflectif sous-rétinien (SRHM) au-dessus de l'EPR, avec liquide sous/intrarétinien	Lésion hyperréflective focale de la rétine externe, souvent avec liquide intrarétinien; PED drusénoïde/séreux fréquent
OCT-A	Réseau sous l'EPR; parfois difficile à délimiter (se fond dans la choroïde)	Réseau bien circonscrit, meilleure détection en OCT-A; B-scan confirme le flux dans le SRHM	Flux focal dans la lésion de la rétine externe sur B-scan OCT-A; PED associé
Pronostic/ réponse au traitement	Meilleure acuité à long terme, plus de résistance à l'atrophie; nécessite souvent une charge anti-VEGF plus intense	Réponse rapide, mais risque accru de cicatrice fibrotique et de moins bons résultats	Très sensible à l'anti-VEGF, mais risque accru d'atrophie rétinienne externe

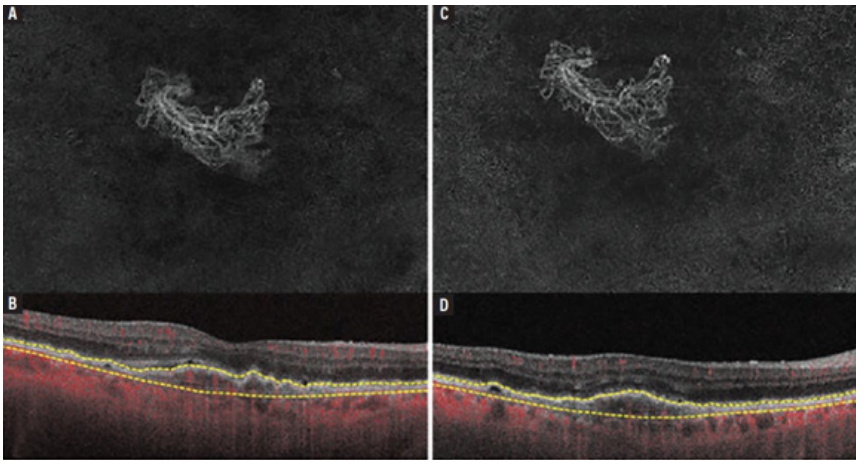


Figure 3 : patient présentant une membrane néovasculaire.
Les images présentent la couche représentant la rétine externe, normalement avasculaire[16]

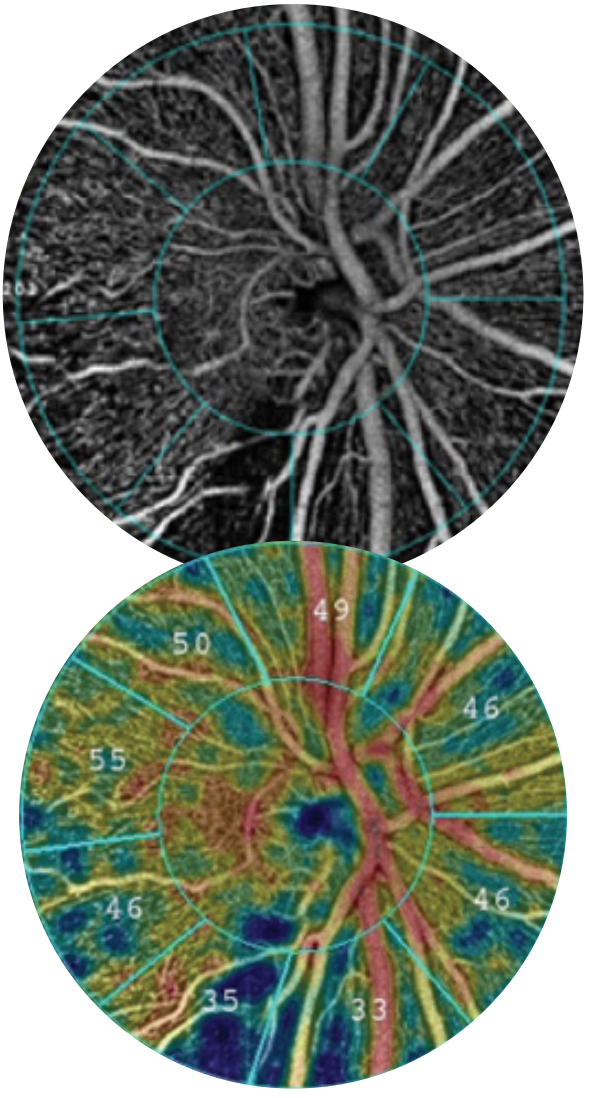


Figure 4 :
exemple d'acquisition à la tête du NO chez un patient glaucomateux.
Nous pouvons voir la perte de densité vasculaire dans le quadrant inférieur.

Occlusions vasculaires rétiniennes. L'OCT-A quantifie les zones de non-perfusion et les remaniements capillaires dans les occlusions veineuses et artérielles, en distinguant l'atteinte des plexus superficiel et profond[6]. Le plexus capillaire profond est souvent plus atteint, une information qu'aucune modalité bidimensionnelle ne pouvait offrir.

Glaucome et applications émergentes. La densité vasculaire péripapillaire et maculaire, ainsi que la perte des capillaires alimentant la couche des fibres nerveuses et le complexe des cellules ganglionnaires, suscitent un intérêt croissant comme marqueurs complémentaires dans le glaucome. Plus particulièrement utiles au diagnostic et au suivi des stades précoces ainsi que pour connaître lorsque le traitement est le plus efficace[17]. L'OCT-A s'étend aussi à la myopie pathologique et à diverses neuropathies optiques, et la vascularisation rétinienne reflète l'état vasculaire systémique, ouvrant des perspectives en matière d'hypertension, de fibrillation auriculaire et de maladies neurodégénératives[18].

L'imagerie grand champ et ultra-grand champ

La principale limite historique de l'OCT-A, un champ restreint de 3 × 3 mm ou 6 × 6 mm centré sur la macula, s'atténue avec les systèmes grand champ (12 × 12 mm) et ultra-grand champ (jusqu'à 21 × 26 mm en un seul balayage, ou davantage par montage)[19]. Cette évolution est cliniquement importante, car la perte capillaire en rétinopathie diabétique prédomine en périphérie, notamment dans le quadrant temporal[20]. L'aire de non-perfusion et l'indice ischémique mesurés en ultra-grand champ sont prédictifs de la sévérité de la rétinopathie, et les acquisitions les plus larges (21 × 26 mm) évaluent mieux l'ischémie périphérique[19].

Comparativement à l'AF ultra-grand champ, l'OCT-A grand champ détecte un nombre comparable de néovascularisations et une ischémie profonde bien définie de façon équivalente, tout en identifiant plus fréquemment les AMIR. Les deux modalités sont donc complémentaires. De façon notable, les valeurs quantitatives de perfusion maculaire à l'OCT-A sont en corrélation avec la non-perfusion périphérique, suggérant un rôle possible de l'OCT-A maculaire comme test de substitution non invasif pour déterminer l'ischémie périphérique chez les patients incapables de subir une AF[11].

Les métriques et leur interprétation

Au-delà de l'image, l'OCT-A génère des paramètres chiffrés utiles au suivi : la densité vasculaire (proportion de surface perfusée), la densité de longueur vasculaire (longueur totale des vaisseaux sur image squelettisée), la dimension fractale (complexité du réseau) et les mesures de la FAZ, dont l'aire et le périmètre[4].

Plusieurs mises en garde s'imposent. D'abord, chaque plateforme utilise des algorithmes différents, si bien que les valeurs ne sont pas directement comparables d'un appareil à l'autre[4]. En pratique, il est essentiel de suivre un patient sur le même appareil, avec le même protocole de balayage, et de se méfier des comparaisons entre dispositifs ou entre études. Les bases de données normatives, qui montrent une baisse de la densité vasculaire avec l'âge, aident à contextualiser une valeur individuelle, mais restent liées à l'algorithme qui les a générées[21].

Limites et artéfacts : le principal écueil à l'interprétation

Une utilisation de l'OCT-A exige de reconnaître ses artéfacts, qui sont extrêmement fréquents. Dans une étude portant sur 406 images d'yeux atteints de rétinopathie diabétique, au moins un artéfact était présent dans 97,3 % des images, et des artéfacts sévères susceptibles de compromettre la fiabilité des sorties quantitatives touchaient 53,5 % des images[22]. Les plus fréquents étaient l'ombre, le défaut de mise au point (défocus) et le mouvement[22]. Malgré tout, les indices de qualité avaient une sensibilité élevée (97-99 %), mais une faible spécificité (37-41 %) pour identifier les images non fiables : un bon indice de qualité ne garantit donc pas l'absence d'artéfact sévère[22].

Les principaux types d'artéfacts à connaître sont : les artéfacts de mouvement et de clignement, les artéfacts de projection (les vaisseaux superficiels se « projetant » sur les couches profondes), les erreurs de segmentation, le décalage en Z, le défocus, l'inclinaison et les ombres liées aux opacités des milieux[23]. Une distinction particulièrement importante, surtout en imagerie grand champ, oppose la véritable non-perfusion capillaire à un artéfact de faible signal OCT : les deux apparaissent sombres sur l'image en face et ne peuvent être distingués sans recourir au B-scan transversal[24]. Un flux sanguin lent peut également échapper à la détection, la sensibilité étant limitée par les mouvements oculaires, l'intervalle entre les scans et le seuil de détection choisi[2].

En pratique, plusieurs mesures réduisent ces pièges : optimiser la fixation et le positionnement du patient (l'ombre, le défocus et le mouvement sont surtout dépendants de la technique), toujours mettre en corrélation l'image en face avec le B-scan structurel corégistré avant de conclure, et se méfier d'une « non-perfusion » située dans une zone de faible signal[25]. Une bonne fixation peut être difficile en présence d'une maladie maculaire avancée[2]. Enfin, le coût de l'appareil demeure plus élevé que celui d'un OCT seul.

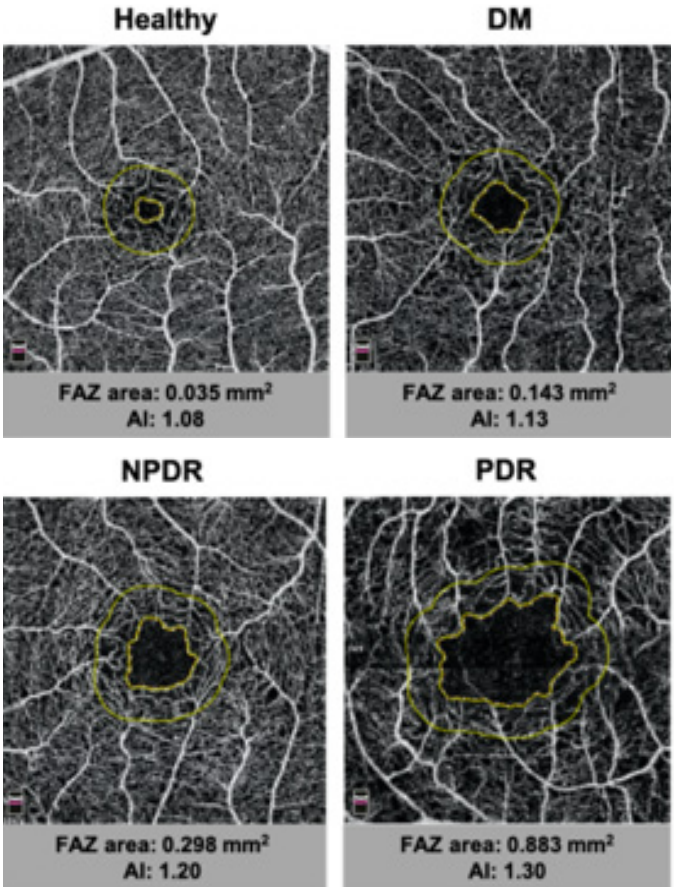


Figure 5 :

présentation de différentes pathologies et la relation avec la FAZ[26]

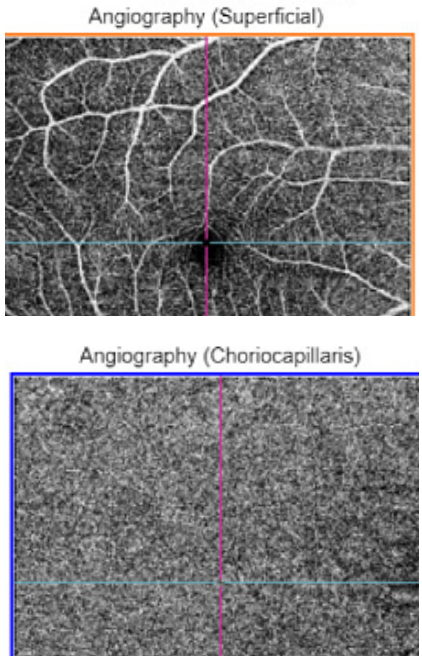


Figure 6 : exemple d'une image présentant un artéfact de projection

Intelligence artificielle

L'intégration de l'intelligence artificielle à l'analyse des images OCT-A progresse rapidement. Des algorithmes d'apprentissage automatique aident à segmenter automatiquement les zones de non-perfusion, à quantifier les métriques et à évaluer ou prédire la sévérité de la rétinopathie diabétique, et promettent d'affiner la précision diagnostique et d'élargir les applications prédictives[27]. Ces outils demeurent surtout au stade de la recherche, mais commencent à apparaître dans les logiciels commerciaux.

Intégration dans un flux de travail optométrique

Pour tirer parti de l'OCT-A, il convient de l'inscrire dans une démarche d'imagerie multimodale plutôt que de l'utiliser isolément. L'examen du fond d'œil, la photographie couleur et l'OCT complètent l'examen[28]. Voici quelques principes pratiques :

- Sélectionner l'indication. L'OCT-A trouve sa place chez le patient diabétique pour surveiller la perfusion maculaire, la FAZ et l'ischémie; chez le patient présentant une DMLA, pour caractériser une membrane néovasculaire suspecte avant référence; dans le suivi des occlusions vasculaires et du glaucome précoce;
- Standardiser l'acquisition. Utiliser le même appareil, la même taille de balayage et le même protocole d'une visite à l'autre pour rendre les métriques comparables dans le temps;
- Contrôler la qualité avant de conclure. Évaluer l'indice de signal, rechercher activement les artéfacts et vérifier l'exactitude de la segmentation, sans se fier au seul indice de qualité propriétaire[22].
- Mettre en corrélation avec le B-scan. Confirmer toute anomalie en face non-perfusion, néovascularisation, membrane sur la coupe transversale corégistrée[29].
- Documenter et orienter. Consigner les métriques et les images pour le suivi et utiliser les constatations pour préciser une référence en ophtalmologie plutôt que pour retarder une prise en charge nécessaire.

En somme, l'OCT-A n'est ni un substitut à l'angiographie conventionnelle ni un simple outil technologique : c'est une modalité complémentaire dont la valeur repose sur une sélection des indications, une reconnaissance des artéfacts et une interprétation intégrée aux autres données cliniques[8]. Pour l'optométriste québécois, elle représente un atout de plus en plus accessible pour la détection et le suivi des maladies vasculaires rétiniennes.

RÉFÉRENCES

1. Kashani et al., Progress in Retinal and Eye Research, 2017; Bouma et al., Nature Reviews Methods Primers, 2023.
2. Kashani et al., Progress in Retinal and Eye Research, 2017.
3. Jia et al., PNAS, 2015.
4. Courtie et al., Scientific Reports, 2024.
5. Wylęgała, Current Neurology and Neuroscience Reports, 2018; Sivaprasad et Vujosevic, Nature Reviews Endocrinology, 2026.
6. Spaide et al., Progress in Retinal and Eye Research, 2018.
7. Nouri et al., Survey of Ophthalmology, 2023; Courtie et al., Scientific Reports, 2024.
8. Mayeda et de Carlo Forest, Current Opinion in Ophthalmology, 2026.
9. Lim et al., American Academy of Ophthalmology, 2025; Saladino et al., Retina, 2026.
10. Nouri et al., Survey of Ophthalmology, 2023.
11. Sivaprasad et Vujosevic, Nature Reviews Endocrinology, 2026.
12. Lim et al., American Academy of Ophthalmology, 2025.
13. Sambhav et al., Survey of Ophthalmology, 2017.
14. Neri et al., Graefe's Archive, 2026
15. Sambhav et al., Survey of Ophthalmology, 2017.
16. https://retinatoday.com/articles/2021-july-aug/clinical-utility-of-oct-angiography-for-amd.
17. Bouma et al., Nature Reviews Methods Primers, 2023; Tseng et al., Survey of Ophthalmology, 2025.
18. Courtie et al., Scientific Reports, 2024; Tseng et al., Survey of Ophthalmology, 2025.
19. Gumustop et al., American Journal of Ophthalmology, 2026.
20. Tan et al., JAMA Network Open, 2020.
21. Munsell et al., Graefe's Archive, 2023.
22. Holmen et al., JAMA Ophthalmology, 2020.
23. Holmen et al., JAMA Ophthalmology, 2020; Spaide et al., Progress in Retinal and Eye Research, 2018
24. De Pretto et al., Scientific Reports, 2019.
25. De Pretto et al., Scientific Reports, 2019; Holmen et al., JAMA Ophthalmology, 2020.
26. https://www.mdpi.com/2673-8937/1/3/17
27. Zhang et al., Frontiers in Endocrinology, 2024; Le Boité et al., PLoS One, 2024.
28. Spaide et al., Progress in Retinal and Eye Research, 2018.
29. De Pretto et al., Scientific Reports, 2019; Neri et al., Graefe's Archive, 2026



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/A00

DOSSIER SPÉCIAL

Taxe sur les primes d'assurance : ce qui changera le 1er janvier 2027

À compter du 1er janvier 2027, les assurés québécois verront un léger changement apparaître sur leur facture d'assurance. Le taux de la taxe sur les primes d'assurance passera de 9 % à 9,975 %, conformément à une mesure annoncée par le gouvernement du Québec dans le cadre du budget 2025-2026. Bien que cette modification entraîne une hausse du montant total à payer, il est important de comprendre qu'il ne s'agit pas d'une augmentation de la prime d'assurance elle-même, mais bien d'un changement fiscal applicable à certains produits d'assurance.



Pourquoi cette taxe augmente-t-elle?

Le gouvernement du Québec a décidé d'harmoniser le taux de la taxe sur les primes d'assurance avec celui de la Taxe de vente du Québec (TVQ), qui est déjà fixé à 9,975 %. Cette mesure vise à simplifier le régime fiscal québécois en appliquant un taux uniforme à ces deux taxes.

Même si le nouveau taux sera identique à celui de la TVQ, il demeure important de noter qu'il s'agit toujours d'une taxe distincte. Les primes d'assurance ne sont pas assujetties à la TPS ni à la TVQ traditionnelle; elles sont plutôt soumises à une taxe spécifique sur les primes d'assurance.

Quelles assurances sont visées?

Cette hausse s'appliquera à plusieurs produits d'assurance de dommages, notamment :

- L'assurance responsabilité professionnelle
- L'assurance des entreprises (cliniques)
- L'assurance collective (médicaments, soins de santé, invalidité, vie collective)
- L'assurance automobile;
- L'assurance habitation;
- Toute autre protection déjà assujettie à cette taxe.

Les principaux produits habituellement exemptés de la taxe sur les primes d'assurance demeurent exemptés malgré le changement de taux prévu à compter du 1er janvier 2027. La mesure annoncée ne modifie pas les règles d'assujettissement; elle augmente uniquement le taux applicable aux produits déjà taxables.

À titre d'exemple, les produits d'assurance de personnes souscrits à titre individuel sont généralement non touchés par la hausse, puisqu'ils sont habituellement exemptés de la taxe sur les primes d'assurance au Québec.

Quel sera l'impact concret sur votre facture?

Pour la majorité des assurés, l'effet sera relativement modeste. Voici un exemple :

Prime annuelle	**1 500 $**
Taxe actuelle (9 %)	135 $
Nouvelle taxe (9,975 %)	149,63 $
Différence annuelle	**14,63 $**

Impact sur les paiements mensuels et les prélèvements automatiques

Les assurés qui paient leur prime en plusieurs versements ou par prélèvements préautorisés (PPA) pourraient également constater un léger changement à partir de janvier 2027. En effet, même si la police a été émise ou renouvelée avant le 1er janvier 2027, la nouvelle taxe de 9,975 % s'appliquera aux primes payées après le 31 décembre 2026. Ainsi, les versements prévus à compter de janvier 2027 pourraient être légèrement plus élevés afin de tenir compte du nouveau taux de taxe sur les primes d'assurance.

À quel moment le nouveau taux s'appliquera-t-il?

Le nouveau taux de 9,975 % s'appliquera aux primes payées après le 31 décembre 2026. Ainsi, la date de réception du paiement sera déterminante dans plusieurs situations. Même si une facture a été émise en 2026, un paiement reçu en 2027 pourrait être assujetti au nouveau taux de taxe. Les assurés pourraient donc remarquer un changement sur leur facture ou leur renouvellement au début de l'année 2027.

Ce que les assurés doivent retenir

Cette modification fiscale est une décision gouvernementale qui s'appliquera à l'ensemble des assureurs exerçant leurs activités au Québec. Les protections offertes, les garanties et les conditions de votre contrat demeureront inchangées. Seul le montant de la taxe perçue sur votre prime sera modifié. En résumé, à compter du 1er janvier 2027, les assurés québécois devront prévoir une légère hausse de leur facture d'assurance en raison de l'augmentation de la taxe sur les primes d'assurance, dont le taux passera de 9 % à 9,975 %. Même si l'impact financier demeure limité pour la plupart des ménages, il s'agit d'un changement important à connaître pour bien comprendre le coût total de son assurance lors du prochain renouvellement.

Des questions?

Nous sommes là pour vous accompagner

Nous comprenons que ce changement de taxe puisse susciter des questions, notamment en ce qui concerne son impact sur votre facture ou vos versements mensuels. Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements sur votre situation ou sur les répercussions de ce changement sur votre montant à payer, notre équipe se fera un plaisir de vous accompagner et de répondre à vos questions.

N'hésitez pas à communiquer avec nous :

Lussier.co/AOQ

Joyeuses Fêtes!

Un énorme merci pour votre confiance et votre précieuse collaboration tout au long de l'année. Nous vous souhaitons un temps des Fêtes rempli de moments précieux avec vos proches ainsi qu'une nouvelle année porteuse de santé, de paix et de réussite.

L'équipe AOQ



Prenez note que nos bureaux seront fermés du 21 décembre au 3 janvier inclusivement.

fondsfmoq.com
info@fondsfmoq.com
514 868-2081

Détention de la résidence familiale par un seul des époux : quels sont les droits et obligations de chacun?

Monsieur Ronald Miglierina, planificateur financier, notaire, fiscaliste et directeur Solutions et Planification financière, Fonds FMOQ*
Madame Shahla Tabti, représentante-conseil adjointe, gestionnaire de portefeuille Gestion privée, Fonds FMOQ*

Chez les couples âgés, il arrive souvent que la maison familiale soit détenue par un seul des conjoints mariés. Il est tout à fait légitime que chaque époux se demande quels sont les droits du conjoint non propriétaire, que ce soit durant l'union ou en cas d'un éventuel divorce.



Prenons le cas de Guy et Joanne, mariés depuis 1993. En 1995, Guy a acheté, seul, la résidence familiale au prix de 150 000 $ avec sa mise de fonds de 50 000 $ et une hypothèque initiale de 100 000 $.

En 2026, la valeur marchande de la maison est de 1 000 000 $ et il n'y a plus de solde hypothécaire. Quels sont les droits de Joanne, conjointe non propriétaire de la résidence familiale, et quels seraient ses droits en cas de divorce?

Le choix de la résidence familiale

Le Code civil du Québec est clair : « Les époux choisissent de concert la résidence familiale ». L'époux non propriétaire doit donc intervenir dans le choix de la maison familiale.

À noter que cette loi prévoit qu'en l'absence de choix exprès, la résidence familiale est présumée être celle où les membres de la famille habitent lorsqu'ils exercent leurs principales activités.

La protection de la résidence familiale

Le Code civil prévoit également que l'époux propriétaire de la résidence principale ne peut la vendre, l'hypothéquer, ni la louer sans le consentement écrit de son conjoint. Si l'époux non propriétaire n'a jamais donné son consentement à une telle transaction, il pourra la faire annuler, mais seulement si une déclaration de résidence familiale a été inscrite préalablement contre l'immeuble au Registre foncier. Cette déclaration peut être inscrite en tout temps par l'époux non propriétaire seul, qui n'est pas tenu d'en informer l'autre, et peut également se retrouver dans le contrat d'achat.

Si aucune déclaration n'a été inscrite contre la propriété, aucune annulation ne pourra être demandée. Seul un recours en dommages-intérêts contre l'époux propriétaire pourra être exercé. Afin d'éviter tout litige potentiel, les notaires, courtiers immobiliers et courtiers hypothécaires exigent généralement la signature du conjoint non propriétaire lors de la vente d'une propriété d'habitation ou de l'octroi d'une garantie hypothécaire.

Une certaine protection existe également à l'égard des meubles se trouvant dans la résidence familiale et qui servent à l'usage du couple marié.



Le patrimoine familial

Le patrimoine familial est un ensemble de biens déterminés par la loi, dont la valeur nette doit être partagée également entre les époux lors d'un divorce ou d'un décès. Il s'applique automatiquement aux couples mariés, peu importe à quel époux appartiennent ces biens. Les résidences de la famille (et leurs meubles) sont comprises parmi ces biens; cela vise la résidence principale et les résidences secondaires.

Dans le cas de Guy et Joanne, en cas de divorce, Joanne aurait droit à une somme de 500 000 $ au titre du partage du patrimoine familial (la moitié de la valeur nette de la maison en 2026).

Et si Joanne avait participé à l'achat de la propriété de Guy avec ses propres fonds?

Supposons qu'au moment de l'achat de la propriété par Guy, Joanne ait versé 25 000 $ provenant de ses propres économies afin de financer une partie de la mise de fonds. Elle aurait également pu utiliser cette somme pour rembourser une partie de l'hypothèque ou pour financer des améliorations à la propriété.

En cas de divorce, Joanne pourra-t-elle récupérer cette somme de 25 000 $, ainsi qu'un rendement sur celle-ci?

À défaut d'une entente stipulant qu'il s'agit d'un prêt remboursable par Guy, les tribunaux considèrent généralement qu'il s'agit d'une libéralité consentie par l'époux non propriétaire dans le contexte familial. Les tribunaux considèrent d'ailleurs que le partage moitié-moitié du patrimoine familial permet déjà d'une certaine façon à l'époux non propriétaire de récupérer la moitié de sa contribution.

Ce n'est que de façon très exceptionnelle que les tribunaux permettraient à Joanne de récupérer sa contribution de 25 000 $, en lui accordant un partage du patrimoine familial plus élevé que 50 % à l'égard de la résidence familiale.

Et si la somme de 25 000 $ provenait d'un don ou d'un héritage reçu par Joanne?

Dans un tel cas, les tribunaux permettront généralement à Joanne de récupérer sa contribution de 25 000 $, plus un rendement équivalent à celui de la maison pour la période visée. En effet, le Code civil stipule que l'on déduit de la valeur nette du patrimoine familial « l'apport, fait par l'un des époux pendant le mariage, pour l'acquisition ou l'amélioration d'un bien de ce patrimoine, lorsque cet apport a été fait à même les biens échus par succession ou donation ».

Cependant, cette déduction pourrait être exceptionnellement refusée à Joanne si le tribunal conclut que la gestion financière du couple démontre clairement et sans équivoque qu'elle a renoncé à récupérer les sommes reçues, par libéralité.

Avec le patrimoine familial, le partage de la maison de Guy devrait permettre à Joanne de récupérer :

- En premier lieu, sa contribution de 25 000 $, plus un rendement de 141 667 $ qui correspond au rendement équivalent à celui de la maison;
- Après ce remboursement de 166 667 $, Joanne pourrait ensuite avoir droit à la moitié de la valeur nette de la maison pour un montant de 416 666 $ (50 % x (1 000 000 $ - 166 667 $));
- Dans cet exemple simplifié, Joanne pourrait donc recevoir au total environ 583 333 $.

Le montant réel dépendra toutefois des circonstances particulières et de l'application des règles du patrimoine familial par les tribunaux.

Conclusion

Afin d'éviter tout litige devant les tribunaux, avec les longs délais, les coûts élevés et l'incertitude que cela comporte, il est fortement recommandé que les conjoints concluent une entente écrite notariée prévoyant le traitement de toute contribution faite par le conjoint non propriétaire de la résidence familiale en cas de vente, de séparation ou de divorce.

Ce type d'entente est également recommandé pour les conjoints en union de fait ou en union parentale, ainsi que lorsque la résidence est détenue conjointement par les deux conjoints.

Nos planificateurs financiers demeurent disponibles pour répondre à vos questions personnelles les plus pointues.

Le présent article ne contient pas des recommandations. Nous vous recommandons de consulter un fiscaliste ou un planificateur pour discuter de votre situation personnelle.

* Fonds FMOQ et Gestion privée Fonds FMOQ sont des noms de marque exploités par Société de services financiers Fonds FMOQ inc. par l'intermédiaire de ses filiales. Conseil et Investissement inc. est inscrite à titre de courtier en épargne collective et planificateur financier et Société de gestion privée des Fonds FMOQ inc. est inscrite à titre de gestionnaire de portefeuille et de gestionnaire de fonds d'investissement. Les Sociétés sont inscrites auprès de l'AMF et sont la propriété de la Société de services financiers Fonds FMOQ inc., une propriété de la FMOQ. Les Sociétés offrent des services financiers auprès de clients résidents du Québec. Les renseignements sont fournis à titre informatif seulement et ne constituent pas des conseils financiers, fiscaux, juridiques ou professionnels.

Monsieur Jean-François Bouchard, BPharm, Ph. D.
Directeur et professeur titulaire

Docteur Benoit Tousignant, optométriste, MSc, MPH, FAAO
Secrétaire, directeur adjoint aux affaires professorales
et professeur agrégé

Arrivée de nouveaux membres du personnel enseignant à l'École d'optométrie

C'est avec grand plaisir que l'École d'optométrie de l'Université de Montréal (ÉOUM) annonce l'arrivée de nouveaux membres au sein de son personnel enseignant.

Nomination de deux nouveaux professeurs adjoints

L'ÉOUM accueille deux nouveaux professeurs adjoints, qui viendront renforcer sa mission d'enseignement, de recherche et de rayonnement.



Rémy Marcotte-Collard
Professeur adjoint en lentilles cornéennes

Dr Rémy Marcotte-Collard, optométriste, est diplômé de l'ÉOUM, où il a obtenu son doctorat en optométrie, complété une résidence en lentilles cornéennes et sécheresse oculaire, puis réalisé une maîtrise et un doctorat (Ph. D.) en sciences de la vision. Clinicien et chercheur reconnu dans le domaine des lentilles cornéennes et du contrôle de la myopie, il possède également une solide expérience d'enseignement clinique et universitaire auprès des étudiantes et étudiants du premier cycle et des cycles supérieurs. Son expertise contribuera au développement de l'enseignement et de la recherche dans un secteur en pleine évolution.



Laurent Caplette
Professeur adjoint en analyse et traitement de la fonction visuelle

Dr Laurent Caplette possède une formation en psychologie et en neurosciences cognitives. Après l'obtention de son doctorat (Ph. D.), il a réalisé un stage postdoctoral à l'Université Yale, puis un second stage postdoctoral à l'Université de Montréal. Ses travaux portent notamment sur la neuro-imagerie, la psycho-physique, la modélisation computationnelle et l'utilisation de l'intelligence artificielle pour mieux comprendre le traitement visuel et les mécanismes cérébraux associés à la perception visuelle. Ses recherches visent notamment le développement d'approches innovantes permettant de mieux comprendre les trajectoires neurodéveloppementales et les mécanismes de la fonction visuelle.

Qui fait quoi à l'ÉOUM?

L'enseignement à l'École d'optométrie repose sur plusieurs catégories de personnel enseignant, dont les rôles sont complémentaires.

Professeures et professeurs

Les professeures et professeurs constituent le corps professoral permanent de l'ÉOUM. Leur tâche comprend quatre volets : l'enseignement, la recherche, la contribution au fonctionnement de l'institution et le rayonnement universitaire. Ils sont généralement engagés à temps plein, peuvent obtenir la permanence et sont responsables du développement des connaissances, de la supervision des étudiants aux cycles supérieurs, du développement des programmes et de la vie universitaire. Plusieurs des professeurs de l'ÉOUM sont des optométristes et plusieurs autres ont des profils de chercheurs en sciences de la vision.

Cliniciennes et cliniciens enseignants

Les cliniciennes et cliniciens enseignants occupent des postes réguliers, généralement à temps partiel, au sein de l'ÉOUM. Ils sont admissibles à la permanence après une période probatoire (2 ans). Leur tâche est principalement consacrée à l'enseignement clinique et théorique, notamment l'encadrement des étudiantes et étudiants à la Clinique universitaire de la vision, l'enseignement magistral, les travaux pratiques, l'évaluation des apprentissages ainsi que la contribution au développement et au rayonnement de leur secteur d'expertise. Ils jouent un rôle clé pour assurer le lien entre la formation universitaire et la pratique clinique. Ces personnes sont des optométristes qui ont également une pratique à l'extérieur de l'ÉOUM

Nomination de trois cliniciens enseignants

L'ÉOUM souligne également l'arrivée de trois cliniciens enseignants recrutés au cours de la dernière année.



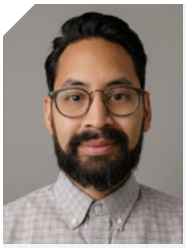
Mariline Pageau
Clinicienne enseignante en vision binoculaire

Dre Mariline Pageau, optométriste, est en poste à l'ÉOUM depuis le 1er mai 2026. Optométriste diplômée de l'ÉOUM, elle a complété une résidence en optométrie pédiatrique et vision binoculaire ainsi qu'une maîtrise en sciences de la vision portant sur la stéréoperception chez l'enfant microstrabique. Depuis près de deux décennies, elle contribue à l'enseignement universitaire dans les domaines de la vision binoculaire, de la pédiatrie et de l'orthoptique, tout en maintenant une importante pratique clinique à Montréal. Elle a également occupé pendant plusieurs années des fonctions de syndic adjointe à l'Ordre des optométristes du Québec.



Véronique Small
Clinicienne enseignante en optométrie communautaire et réadaptation en déficience visuelle

Dre Véronique Small, optométriste, est entrée en fonction le 1er septembre 2026. Diplômée de l'ÉOUM en optométrie, elle a complété une résidence en optométrie communautaire ainsi qu'une maîtrise en santé publique. Elle exerce en première ligne, en basse vision et dans différents projets communautaires, en plus d'assumer depuis plusieurs années des responsabilités d'enseignement clinique et magistral à l'ÉOUM. Ses intérêts touchent notamment l'optométrie communautaire, la santé publique et la réadaptation en déficience visuelle.



Nicolas Tea
Clinicien enseignant en santé oculaire et optométrie générale

Dr Nicolas Tea, optométriste, est également entré en fonction le 1er septembre 2026, à titre de clinicien enseignant en santé oculaire et optométrie générale. Bien connu à l'ÉOUM, il contribue déjà depuis plus d'une décennie à la formation des futurs optométristes, à titre de chargé de clinique. Sa vaste expérience pédagogique s'appuie sur une pratique clinique soutenue en milieu ophtalmologique, où il travaille depuis de nombreuses années en étroite collaboration avec des ophtalmologistes, notamment en soins rétiniens. Son expertise en santé oculaire et son engagement envers l'enseignement clinique sont des atouts précieux pour la formation de la relève en optométrie.

L'arrivée de ces cinq collègues contribuera de façon significative au développement de l'École d'optométrie, à la qualité de ses activités d'enseignement et de recherche, ainsi qu'au rayonnement de l'institution.

Vous êtes optométriste depuis 3 ans ou plus?

Impliquez-vous à la Clinique universitaire de la vision comme chargée ou chargé de clinique!

Pour plus d'informations, communiquez avec :
Dr Jean-Marie Hanssens, Directeur **jean-marie.hanssens@umontreal.ca**

Chargées et chargés de cours

Les chargées et chargés de cours sont des personnes engagées à contrat pour donner un ou plusieurs cours spécifiques. Renouvelée chaque session où ils enseignent, leur fonction comprend la préparation et la prestation des enseignements, la préparation du matériel pédagogique, l'évaluation des apprentissages et l'encadrement des étudiantes et étudiants. Ils contribuent à enrichir l'offre de formation grâce à leur expertise professionnelle ou disciplinaire spécialisée. À L'ÉOUM, la plupart de ces personnes sont des optométristes ou des professionnels travaillant en réadaptation de la déficience visuelle.

Chargées et chargés de clinique

Les chargées et chargés de clinique sont des cliniciennes et cliniciens engagés à contrat pour assurer l'enseignement clinique au sein de la Clinique universitaire de la vision. Renouvelé chaque session universitaire, leur mandat consiste principalement à superviser les étudiantes et étudiants dans les activités cliniques, à favoriser l'intégration de la théorie et de la pratique, à évaluer les compétences professionnelles et à assumer les responsabilités cliniques liées aux soins prodigués à la patientèle dans le contexte de la formation. Ces optométristes exercent leur activité principale en pratique privée ou dans d'autres milieux cliniques et apportent à l'ÉOUM une expertise professionnelle de première ligne.



Par la docteure Emmanuelle Bédard
Optométriste, M.Sc.

BRAO : occlusion de la branche de l'artère centrale de la rétine

Un homme de 73 ans se présente en urgence à cause de l'apparition soudaine d'un voile noir à l'œil gauche, 9 heures plus tôt. Il a des antécédents médicaux notables incluant une hypertension artérielle, un diabète de type 2, une dyslipidémie et une pathologie cardiovasculaire. Il est également en attente d'une greffe cornéenne à l'œil droit à la suite d'un traumatisme pénétrant ancien. Une opération de la cataracte avait été réalisée à l'œil gauche un an auparavant.



Figure 1 : champ visuel supra-seuil de l'œil gauche

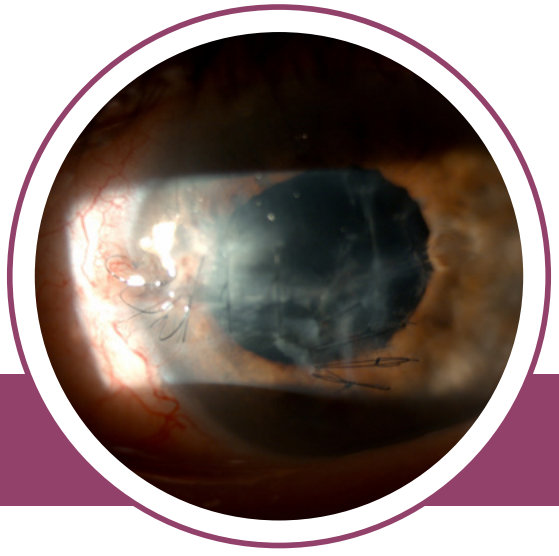


Figure 2 : cicatrice cornéenne OD

L'acuité visuelle de l'œil droit est limitée au compte des doigts (CDO), alors que l'œil gauche perçoit 6/9. La pupille droite est fixe et non réactive secondaire au traumatisme ancien, tandis que la pupille gauche réagissait normalement sans défaut pupillaire afférent évident. Le champ visuel par confrontation et le champ visuel automatisé supra-seuil révèlent une perte altitudinale inférieure partielle à l'œil gauche (**figure 1**).

À l'examen du segment antérieur de l'œil droit, on note une cicatrice centrale avec 16 points de suture cornéens (**figure 2**). L'œil gauche est sans particularité.

Au fond d'œil (**figure 3**), il y a une pâleur rétinienne localisée au quadrant supérieur OS avec une épargne maculaire, et la présence d'une plaque de Hollenhorst (**figure 4**) au niveau de la deuxième bifurcation de l'artère temporale supérieure. La TCO maculaire révèle un œdème des couches internes de la rétine dans le territoire supérieur (**figure 5**).



Figure 3 : rétine OS

Discussion

L'ensemble des données cliniques est compatible avec une occlusion de la branche supérieure de l'artère centrale de la rétine (BRAO). La symptomatologie visuelle correspond à une perte de champ inférieur liée à l'atteinte du territoire supérieur de la rétine. La plaque de Hollenhorst visualisée au fond d'œil est typique d'une embolie de cholestérol, généralement d'origine carotidienne ou aortique. L'occlusion d'artères rétiniennes peut également être causée par la fibrine, le cholestérol, le talc, la drogue, un vasospasme (migraine, sildénafil), ou avoir une origine infectieuse ou inflammatoire.

Sur le plan physiopathologique, les couches internes de la rétine, vascularisées par l'artère centrale de la rétine, sont affectées par l'ischémie, ce qui se traduit par un œdème de la rétine interne visible par TCO (**figure 5**). Cet œdème rend difficile la visualisation des couches plus profondes (choroïde) à la photographie rétinienne. En revanche, les couches profondes restent perfusées via la choroïde, expliquant l'épargne relative de la macula et la conservation partielle de l'acuité visuelle.

L'occlusion artérielle rétinienne est à considérer au même titre qu'un AVC. Elle justifie un bilan étiologique urgent incluant un écho-Doppler des artères carotides, un ECG et une évaluation cardiaque. L'identification précoce de la cause sous-jacente permet de prévenir la survenue d'événements ischémiques systémiques ultérieurs.

Concernant le pronostic visuel, une étude de Hayreh en 2009 évaluait à environ 79 % le taux d'amélioration de l'acuité visuelle, alors qu'il serait plutôt de 50 % en ce qui concerne le champ visuel périphérique et central. Le réel danger est du point de vue cérébral, puisque le risque d'ischémie cérébrale après une BRAO serait de 22 %. Ce risque serait le plus élevé dans le premier mois suivant l'épisode ischémique oculaire.

La clé d'une bonne prise en charge débute par un bon triage lors de la prise de rendez-vous téléphonique. Le personnel de la clinique devrait être au courant des signes visuels qui requièrent une attention rapide. Lorsqu'on ne peut pas donner un rendez-vous dans un laps de temps approprié, il faut aiguiller le patient vers d'autres ressources ou directement à l'urgence d'un centre hospitalier.

Perle clinique

Dans l'analyse des images de TCO, on peut diviser la rétine en deux sections : interne et externe (**figure 6**). La rétine externe (de l'EPR à la couche plexiforme externe) est vascularisée par la choroïde. La rétine interne (de la couche nucléaire interne aux fibres ganglionnaires) est vascularisée par les artères de la rétine. Les conditions internes sont généralement associées à des problèmes de la vascularisation rétinienne (diabète, occlusion artérielle/veineuse…) alors que les problèmes en externes sont plutôt d'origine choroïdienne (pachychoroïde, rétinopathie centrale séreuse,…).

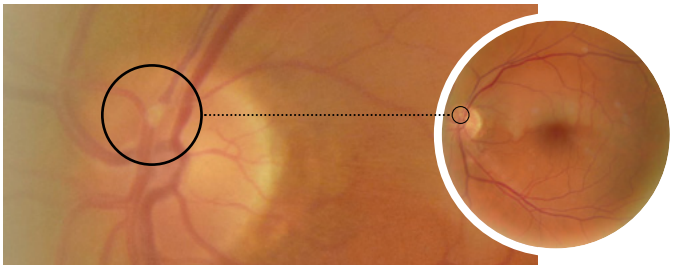


Figure 4 : plaque de Hollenhorst

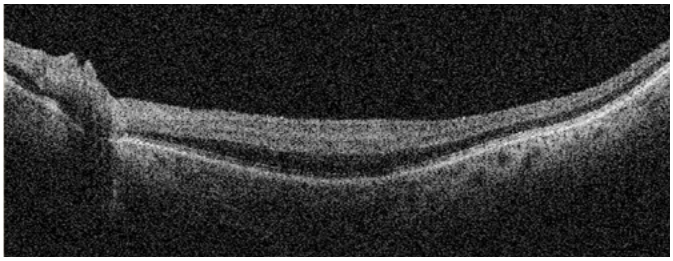


Figure 5 : BRAO avec œdème des couches rétiniennes internes

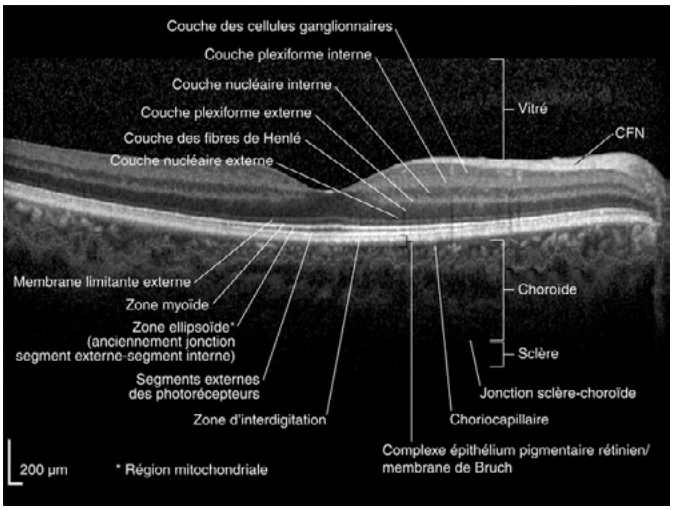


Figure 6 : les couches de la rétine visibles à la TCO

RÉFÉRENCES

Hayreh SS, Podhajsky PA, Zimmerman MB. Branch retinal artery occlusion : natural history of visual outcome. Ophthalmology. 2009 Jun;116(6):1188-94.e1-4.

Kaufman EJ, Mahabadi N, Munakomi S, et al. Hollenhorst Plaque. [Updated 2024 Jan 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Tiré de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470445/

Pothikamjorn T, Charnnarong C, Susantitaphong P, Jariyakosol S. Incidence and risk factors associated with ischemic cerebrovascular disease in patients with retinal artery occlusion: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2025 Sep 26;15(1):33244.

Wykoff, CC and Croft DE, Hollenhorst Plaques, Retina Today, November 2013, p.74-76. Tiré de https://retinatoday.com/articles/2013-nov-dec/hollenhorst-plaques

Zimbalist, RJ, Diagnosis and Management of Carotid Artery Disease, Review of Optometry, may 15 2013, tiré de https://www.reviewofoptometry.com/article/diagnosis-and-management-of-carotid-artery-disease



Madame Josée-Christine Boilard,
MBA, CRHA, IAS.A. Associée, Consultation
jc.boilard@mnp.ca 514 616-1924

Vos pratiques de gestion des RH suivent-elles la croissance de votre clinique?

Vous avez attiré de nouveaux clients, vos plages horaires sont réservées des semaines à l'avance et vous avez même fait l'acquisition de nouveaux équipements. Pourtant, à la fin de l'année, vous constatez que vos revenus augmentent, mais que votre rentabilité stagne. Cette situation est fréquente dans les cliniques d'optométrie en croissance. Une clinique d'une dizaine d'employés ne se gère pas de la même façon qu'une autre comptant cinq personnes. Sans mise au point, la croissance coûte plus qu'elle ne rapporte.



Des signaux à reconnaître

Certains signes apparaissent lorsque les pratiques de gestion RH n'évoluent pas au même rythme que les activités, par exemple dans les cas suivants :

- Le recrutement s'étire sur des mois, et les postes restent vacants;
- Le roulement de personnel augmente, souvent chez les membres d'équipe les plus expérimentés;
- L'équipe se dit surchargée;
- Les erreurs administratives se multiplient;
- Les gestionnaires consacrent plus de temps aux urgences qu'à la planification;

Tous ces éléments peuvent avoir une incidence sur la rentabilité.

Combien coûte un départ?

Remplacer un membre d'équipe coûte plus cher qu'on ne le croit. Il faut du temps pour analyser les candidatures, passer des entrevues et former la nouvelle recrue. Une personne peut prendre quelques mois à trouver son rythme. Pendant ce temps, c'est l'équipe en poste qui prend le relais, ce qui peut faire augmenter la charge de travail et faire baisser le niveau d'engagement.

Les patients peuvent le ressentir aussi. Un de vos meilleurs actifs est la confiance de votre clientèle. Et lorsqu'un équipement spécialisé est sous-utilisé, c'est un investissement important qui tarde à rapporter.

Par où commencer?

Plusieurs gestes simples peuvent améliorer la gestion quotidienne de votre équipe. En voici quelques-uns :

1. **Clarifier les rôles, les responsabilités et les attentes :** chacun doit connaître ses priorités, les résultats attendus, les décisions qu'il peut prendre et la personne à qui s'adresser au besoin;
2. **Structurer le recrutement et l'intégration :** recrutez des personnes en fonction des besoins réels de la clinique, puis prévoyez un parcours d'intégration clair. Le rendement repose souvent sur des détails qui ne sont plus communiqués parce qu'ils sont devenus des réflexes pour l'équipe en place;
3. **Tenir des rencontres d'équipe régulières :** créez un moment pour partager l'information pertinente, faciliter les échanges et régler les irritants avant qu'ils prennent de l'ampleur;
4. **Prévoir des rencontres individuelles :** prenez régulièrement le pouls de chaque personne, répondez à ses préoccupations et donnez de la rétroaction en continu pour éviter les surprises en fin d'année;
5. **Aborder les discussions plus délicates :** traitez ouvertement des sujets comme le rendement, les comportements attendus ou la rémunération, plutôt que de reporter les discussions à ces sujets;
6. **Veiller à l'équité au quotidien :** assurez une cohérence dans la rémunération, les horaires, la répartition du travail et le temps accordé à chacun par son gestionnaire;
7. **Gérer le rendement et développer les compétences :** fixez des objectifs clairs, suivez les progrès et donnez de la rétroaction régulièrement. Repérez aussi les compétences à renforcer afin de prévoir les formations et l'accompagnement nécessaires;
8. **Former les gestionnaires :** offrez-leur des outils concrets pour communiquer, donner de la rétroaction, gérer les conflits et mobiliser leur équipe.

En adoptant ces pratiques, vous simplifierez la gestion quotidienne de votre équipe et réduirez les irritants qui nuisent à son efficacité.

La gestion des ressources humaines, ça s'apprend!

De nombreux optométristes deviennent propriétaires sans avoir reçu de formation en gestion. Pourtant, la gestion d'une clinique demande des notions en leadership, en gestion du changement et en finances, des compétences aussi essentielles que l'expertise clinique.

L'équipe Consultation de MNP, composée de conseillères et conseillers en ressources humaines expérimentés, peut vous aider à outiller vos gestionnaires. Nos membres sont également à votre disposition pour vous accompagner dans l'optimisation de votre structure organisationnelle et la mise en place d'une stratégie en matière de RH. Communiquez avec nous dès aujourd'hui!



MNP

Chaque clinique est unique

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

Josée-Christine Boilard, MBA, CRHA, IAS.A.
Associée, Consultation
438.260.5060
jc.boilard@mnp.ca



Partout où mènent les affaires

MNP.ca

LES PETITES ANNONCES

Optométristes recherché(e)s

CHICOUTIMI • SAGUENAY

Temps plein / partiel / permanent / Temporaire

Optique Santé
www.optiquesante.com

Dre Myriam Maltais
Optométriste
Madame Christine Michaud
418 543-2020
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 36 ans au cœur 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

MONTRÉAL • PLATEAU-MONT-ROYAL

Temps partiel, possibilité d'association

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

Dr Sylvain McMahon
Optométriste
Dre Ariane Labonté-Boyer
Optométriste
Cell. : 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 intéressé.e par une association au sein de notre pratique indépendante. Clinique entièrement équipée : 2 salles, OCT antérieur/postérieur, topographe, prétests faits par des assistantes, trois opticiens d'ordonnances. Clientèle fidèle et diversifiée. Ouverte 2 soirs, fermée le weekend.

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.

SAINTE-THÉRÈSE

Poste permanent / temps plein de préférence / possibilité de temps partiel

Opto-Réseau Ste-Thérèse
www.opto-reseau.com/fr/cliniques/opto-reseau-ste-therese

Dre Isabelle Leclerc
Optométriste
Mme Valérie Fournelle
450 676-6786, poste 275
vfournelle@opto-reseau.com

Opportunité suite à un départ à la retraite. Horaire jusqu'à 5 jours par semaine, incluant 1 à 2 soirs, exclusivement en semaine. Équipements de pointe, clinique nouvellement rénovée, chaleureuse et accueillante. Équipe d'opticiens d'ordonnances et d'assistantes passionnées dans une belle ambiance de travail avec une clientèle de quartier.

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 + perdiem. Expérience extraordinaire et dépaysement garanti.

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 tous vos patients. Saisissez dès maintenant l'opportunité de faire partie de notre grande famille Greiche & Scaff. Notre promesse ? Votre tranquillité d'esprit. Discrétion assurée.

OPTOMÉTRISTE MOBILE MONTRÉAL • MÉTROPOLITAIN

Temps partiel / remplacements ponctuels

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

Dr Shelton Regismarianayagam
Optométriste
514 946-1010 poste #201
cv@visionrc.ca

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

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.

SAINT-JEAN-SUR-RICHELIEU

Temps partiel (1 journée par semaine) / permanent

Centre d'optique Martine Monette
www.centreoptiquemonette.com

Dr Pierre Bannon
Optométriste
Mme Martine Monette
514 776-7802
martine.monette@yahoo.ca

Recherche un.e optométriste 1 journée / semaine. Honoraires à discuter – honoraires avec garantie par journée – flexibilité d'horaire. Poste disponible à compter du mois d'octobre 2026. Bureau existant depuis 72 ans, bonne clientèle – personnel d'expérience.

OPTOMÉTRISTE MOBILE QUÉBEC

Temps partiel / remplacements ponctuels

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

Dr Shelton Regismarianayagam
Optométriste
514 946-1010 poste #201
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 34 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!

BAIE-COMEAU

Temps plein / partiel permanent / temporaire/volant

Nova Vision
optonovavision.com

Dre Nadia Girard
Optométriste
418 589-6682
nadiagirard@hotmail.com

Nous cherchons, pour notre clinique indépendante, un.e optométriste qui serait intéressée par une pratique plus diversifiée, valorisante et enrichissante, dans une région où la qualité de vie est incomparable et où le contact avec la population est des plus agréables. (Nous avons été classés numéro un du bonheur!) https://www.journalhcn.com/2025/07/13/la-cote-nord-trone-au-sommet-du-bonheur-au-quebec/ De plus, nous avons une belle clientèle autochtone, très aimable à côtoyer! Conditions selon ce que vous souhaitez. Possibilité d'association dans une clinique à la rentabilité élevée et aussi de transmission d'expérience!
Liens pour la région :
https://placeauxjeunes.qc.ca/regions/cote-nord/manicouagan

SAINT-AMABLE PRÈS DE SAINTE-JULIE ET BOUCHERVILLE

Temps plein / partiel selon vos disponibilités

Lunettes et Compagnie
lunettesetcompagnie.ca

Dre Annie Camerlain
Optométriste
Madame Lenya Ménard
514 585-2398
Lenya@lunettesetcompagnie.ca

Bureau indépendant à Saint-Amable (près de Sainte-Julie) depuis 16 ans, recherche un.e optométriste. Profitez d'un agenda rempli sans aucun weekend, d'un horaire flexible et d'examens à votre rythme. Salle d'examen rénovée avec OCT Optopol Revo FC, prétests gérés par la clinique et déplacements remboursés. Loin du corporatif, venez créer avec nous !



Par la docteure Emmanuelle Bédard
Optométriste, M.Sc.

L'examen visuel pédiatrique : la réfraction

L'un des principaux freins à la pratique pédiatrique est la crainte de se tromper dans la prescription. Il est vrai qu'il n'est pas toujours possible d'obtenir une autoréfractométrie ou une kératométrie chez les tout-petits, et que la rétinoscopie peut s'avérer difficile si l'enfant bouge ou accommode. Néanmoins, l'erreur fait partie du processus, à condition de pouvoir la corriger lors des suivis.

Dans la parution précédente, j'évoquais la nécessité de dépister les facteurs amblyogéniques. Un comité d'experts de l'Académie américaine d'ophtalmologie (AAO) s'est penché sur les montants d'amétropie nécessitant une correction optique selon l'âge et le type de réfraction (le guide PPP). En voici donc un résumé :

Tableau 1 : principe de prescription selon l'amétropie et l'âge des enfants. Tiré de Pediatric Eye Evaluations PPP 2022 à l'AAO.

Isoamétropie
(environ la même prescription dans les deux yeux)

Âge	< 1	1-2	2-3	3-4
Myopie[1]	≥ 5,00	≥ 4,00	≥ 3,00	≥ 2,50
Hypermétropie	≥ 5,00	≥ 5,00	≥ 4,50	≥ 3,50
Hypermétropie + ésotropie	≥ 1,50	≥ 1,00	≥ 1,00	≥ 1,00
Astigmatisme	≥ 3,00	≥ 2,50	≥ 2,00	≥ 1,50

Anisométropie
(sans strabisme)

Âge	< 1	1-2	2-3	3-4
Myopie	≥ 4,00	≥ 3,00	≥ 3,00	≥ 2,50
Hypermétropie	≥ 2,50	≥ 2,00	≥ 1,50	≥ 1,50
Astigmatisme	≥ 2,50	≥ 2,00	≥ 2,00	≥ 1,50

[1] Ce consensus d'experts ne tient pas compte de la progression de la myopie, mais seulement de la correction des facteurs amblyogéniques. Une discussion avec les parents peut s'avérer judicieuse en ce qui a trait au contrôle de la myopie chez les enfants avec de la myopie congénitale. Les différentes techniques de contrôle de myopie n'ont jamais été étudiées sur des cas de myopie congénitale, de staphylome ou de forte myopie. À ce jour, nous ne savons pas si les techniques de ralentissement de la myopie fonctionnent sur ces cas spécifiques.

À noter qu'il ne s'agit que d'un guide pratique. D'autres groupes d'ophtalmologie (AIOS) préconisent d'être plus libéral sur les traitements en corrigeant des amétropies moins sévères. Afin de favoriser l'emmétropisation, il est préférable de sous-corriger légèrement les hypermétropes et astigmates sauf pour les cas d'ésotropie, où il est nécessaire de donner la pleine correction hypermétropique.

Ces derniers cas peuvent être angoissants à cause de la crainte de surcorriger en positif et de causer une vision floue au loin. Il faut se rappeler que même si on surcorrige de 0,50 D, le flou créé est tolérable visuellement. Aussi, le monde de l'enfant se situe près de lui, souvent à la portée de ses bras. Il faudrait une surcorrection de plus de 2 D pour que leur vision soit floue à cette distance! Bien que non souhaitable, ce n'est donc pas dramatique de surcorriger légèrement en positif la prescription d'un enfant en ésotropie. En cas de doute quant à la présence d'une anisométropie, il est préférable de la sous-corriger légèrement : dans le pire des cas, nous ne risquons pas d'aggraver une amblyopie existante, tout en restant prudents dans notre approche.

Chez les premiers porteurs de lunettes, il est judicieux d'informer les parents qu'un ajustement de la prescription sera nécessaire dans la première année, voire avant. Cela permet de corriger une éventuelle erreur de réfraction lors du suivi. De plus, les jeunes enfants abîment leurs lunettes rapidement et un changement de lentille est souvent requis lorsque les égratignures sont situées devant la pupille. Les parents sont donc avisés dès le départ et peuvent profiter des programmes gouvernementaux comme *Mieux voir pour réussir*, de leurs assurances ou des garanties offertes par les lunetteries. Pour les fortes amétropies, on privilégie deux paires de lunettes pour avoir une solution de rechange en cas de bris.

RÉFÉRENCES

Pediatric Eye Evaluations Preferred Practice Pattern. Hutchinson, Amy K. et al. Ophthalmology, Volume 130, Issue 3, P222 - P270.

AIOS Guidelines 2018. 76 th. Coimbatore : AIOS; 2018. Paediatric Eye Examination and Paediatric Refraction. Preferred Practice Pattern. AIOC https://edu.aios.org/aios-guidelines/

Programme Mieux voir pour réussir https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/lunettes-verres-contact-enfants









SALON VISION 2026







LE SALON VISION A TENU SA 47E ÉDITION LES 2 ET 3 OCTOBRE DERNIER AU PALAIS DES CONGRÈS DE MONTRÉAL.

Ce fut un réel plaisir de vous avoir accueillis parmi nous lors de cet événement. Un grand merci pour votre participation et vos précieux échanges.









LES NOUVELLES

DU CPRO

BALADO · NOUVELLE SÉRIE

ÉCOUTE VOIR

La sécheresse oculaire au quotidien



Une 2e série consacrée à la sécheresse oculaire.
Vous souhaitez développer ce volet de votre pratique, mais ne savez pas par où commencer?

Quatre duos d'optométristes partagent leur expérience, leurs approches et leurs conseils pour vous aider à faire évoluer votre pratique selon votre réalité.

01	02	03	04
COMMENCER	BÂTIR	MISER	APPROFONDIR
avec ce qu'on a	progressivement	sur son équipe	sa pratique

À DÉCOUVRIR DÈS L'HIVER 2027 !



UNE PAUSE

BIEN MÉRITÉE

À l'approche du temps des Fêtes, l'équipe du CPRO tient à vous remercier de nous avoir accompagnés tout au long de l'année.

Prendre note que nos bureaux seront fermés du 19 décembre au 3 janvier 2027 inclusivement.

Nous vous souhaitons de Joyeuses Fêtes et une excellente année 2027. Au plaisir de vous retrouver en janvier pour une nouvelle année de formation, d'échanges et de partage.

CPRO