Guide de pratique clinique factuelle de la Société canadienne d'ophtalmologie pour l'examen oculaire périodique chez les adultes au Canada

Comité d'experts du Guide de pratique clinique*

La prestation des soins oculaires commence par l'examen périodique des yeux. S'il est la tâche la plus fréquente qu'effectuent les ophtalmologistes généralistes, l'examen varie considérablement et rien n'en indique clairement les intervalles et les éléments recommandés. En effet, ces derniers sont, en grande part, dictés par les assureurs plutôt que par les données factuelles recueillies. En conséquence, le Comité d'experts du Guide d'examen oculaire de la Société canadienne d'ophtalmologie (SCO) a choisi d'examiner l'information pertinente afin de rédiger un guide qui soit aussi factuel que possible et tienne compte des ressources disponibles au Canada.

Le présent document a donc pour objet de présenter des conseils et recommandations sur la fréquence et les éléments des examens chez les adultes de 19 à 64 ans. Il décrit également les patients qu'on pourrait considérer à risque élevé de déficience visuelle et dont les examens de dépistage pourraient être différents et plus ciblés. L'auditoire cible comprend tout professionnel canadien de la santé (ophtalmologistes, autres médecins, optométristes, etc.). Les recommandations sur la fréquence des examens intéresseront aussi le public en général, puisque les régimes provinciaux de soins de santé ne couvrent que les jeunes de moins de 18 ans et les adultes de plus de 65 ans. La population canadienne de 19 à 64 ans doit donc s'en remettre aux régimes d'assurance privés (tierce partie) ou assumer elle-même les frais de consultation d'un spécialiste pour un examen oculaire de routine. Vu l'absence de données canadiennes sur le ratio avantages-coûts des intervalles recommandés entre les examens, le présent guide n'avance pas de commentaire sur l'impact financier de soins oculaires de routine. Nous espérons cependant qu'il aidera les professionnels de la santé et les patients à rationaliser leurs budgets de dépenses en soins de santé. Ce document sera révisé périodiquement par le Comité d'experts du Guide de pratique clinique de la SCO et mis à jour au besoin à la lumière de faits nouveaux.

Les guides de pratique clinique ont évolué au cours de la dernière décennie, passant progressivement du recours à l'avis d'expert à des approches plus factuelles. Les buts ont été non seulement d'améliorer la qualité des soins, mais aussi de restreindre les coûts.[1] La progression a cependant engendré une certaine confusion sur le statut des lignes directrices en tant que « règles » ou normes de soins. Bien qu'elles ne définissent pas les normes de soins, ces indications peuvent en préciser le sens. On peut s'attendre à des écarts médicalement justifiés par rapport aux guides actuels avec report du jugement clinique.[2,3]

D'autres soucis ont été exprimés. Premièrement, les guides cliniques sont rédigés surtout par les organisations professionnelles directement intéressées à continuer d'offrir des interventions. Deuxièmement, ils sont souvent souscrits par des fabricants de produits pharmaceutiques ou d'appareils médicaux. Ces deux facteurs, surtout s'ils n'ont pas été divulgués explicitement, peuvent contribuer à miner l'importance critique du guide clinique et saper l'appréciation qu'en font les médecins en exercice.[4]

Le défaut principal de tout guide qui met l'accent sur les recommandations préventives vient du fait que les régimes provinciaux de soins de santé ou les assureurs des tierces parties assurent typiquement les mesures thérapeutiques, plutôt que préventives. Tant qu'on ne disposera pas de données claires sur la rentabilité des mesures de prévention, les guides cliniques continueront d'avoir moins de poids que ceux qui traitent des mesures thérapeutiques. En outre, comme les guides sont ordinairement rédigés par des organisations nettement intéressées à offrir les services recommandés, le coût d'application d'une recommandation n'est souvent pas inclus et l'information sur les avantages, ou l'absence de ces derniers, n'est pas diffusée adéquatement.[5]

*Comité d'experts du Guide de pratique clinique de la Société canadienne d'ophtalmologie : Walter Delpero, MD, FRCSC, (président), Ottawa, Ont. (Ophtalmologie générale / Chirurgie de la cataracte); George Beiko, BM, BCh, FRCSC, St. Catharines, Ont. (Ophtalmologie générale / Chirurgie de la cataracte et réfractive); Ronald Casey, MD, FRCSC, Edmonton, Alta. (Glaucome); Anna Ells, MD, FRCSC, Calgary, Alta. (Pédiatrie / Rétine); Peter Kertes, MD, FRCSC, Toronto, Ont. (Rétine); Yvonne Molgat, MD, FRCSC, Québec, Qué. (Oculoplastie); Tom Nagy, MD, MSc, FRCSC, Terrace, B.C. (Ophtalmologie générale)

Original reçu le 25 novembre 2006. Révisé le 9 décembre 2006
Accepté pour publication le 14 décembre 2006

English on page 39

Également accessible en ligne à http://www.eyesite.ca

Can J Ophthalmol 2007;42:158–63
doi:10.3129/can j ophthalmol.06-126f

MÉTHODES

Une recherche MEDLINE sur PubMed de la littérature en langue anglaise publiée entre 1990 et 2006 a été menée sous les titres et mots clés de MeSH : *adult, disease progression, eye diseases, middle-aged, ophthalmology, optometry, preventive health services, vision disorders, visual function loss, vision screening, vision test.* On a aussi fait la recherche dans les bases de données *Cochrane Library, National Guideline Clearing House* et *United States Preventative Services Task Force.* Les références retenues ont été examinées par au moins deux évaluateurs indépendants pour assurer la pertinence et la qualité de leur méthodologie. Les articles répondant aux critères des niveaux 1 ou 2 énoncés dans l'encadré 1 ont été retenus pour inclusion. Les recommandations ont été formulées selon les meilleures données accessibles. Faute de données, les recommandations ont été élaborées à partir d'un consensus du comité d'experts. Les références utilisées pour soutenir les recommandations ont été classées à divers niveaux factuels selon les critères énoncés dans l'encadré 1. Dans la mesure du possible, le contenu du présent document a été rédigé conformément aux critères des six domaines précisés dans *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation.*[6] Ces domaines couvrent les aspects que voici du guide : portée et intention, participation des parties prenantes, rigueur du développement, clarté et présentation, applicabilité et indépendance de rédaction. Le document définitif a été révisé par plusieurs spécialistes externes et indépendants des diverses régions du pays.

FRÉQUENCE DE L'EXAMEN OCULAIRE PÉRIODIQUE

De fait, l'évaluation oculovisuelle routinière n'est guère une routine. On peut y recourir pour les personnes asymptomatiques, symptomatiques et à risque élevé. Elle peut constituer un simple examen de dépistage (par exemple, pour réduire l'occurrence ou l'incidence d'une maladie, inciter à se protéger les yeux), un exercice de prévention secondaire (par exemple, pour réduire ou contrôler les conséquences d'une maladie existante, tel le diabète sucré [DS], le glaucome, une myopie forte) ou de prévention tertiaire (par exemple, pour réduire la douleur d'une maladie chronique, comme abaisser la pression intraoculaire (PIO) dans un glaucome primaire à angle ouvert, faire une thérapie au laser pour une rétinopathie diabétique).

De bonnes données soulignent l'opportunité d'un examen oculaire avant l'âge de 5 ans. Toutefois, même dans cette catégorie, les faits laissent entendre qu'il faut des examens plus intenses que ceux qu'on fait ordinairement pour détecter des problèmes d'acuité visuelle et réduire l'incidence de l'amblyopie.[7,8]

De très bonnes données indiquent que l'examen après 61 à 65 ans permet de dépister des pathologies, car l'incidence et la prévalence de la maladie oculaire augmentent de façon significative dans ce groupe d'âge.[9–12] Les taux d'examen visuel varient fortement en terme d'années de qualité de vie sauvées et d'efficacité-cout.[13] De même, dans les études qui tiennent compte des facteurs confusionnels, telles les autres maladies, on a associé les compromis visuels en général avec certaines limites d'activités comme la conduite nocturne ou le risque de chute.[14,15] Toutefois, l'examen des personnes âgées asymptomatiques a fait l'objet de certaines réserves, car un nombre significatif de personnes ne voient pas leur vision s'améliorer après identification.[16] Par ailleurs, celle-ci peut indiquer l'accès à des ressources financières, grâce aux pensions d'invalidité ou aux programmes sociaux pour les personnes qui ont une déficience visuelle. Cela peut améliorer la qualité de la vie malgré la faiblesse de la vue.

PRÉVALENCE ET ÉTIOLOGIE DE LA BASSE VISION

La prévalence de la maladie chez la population des moins de 40 ans est faible et cela indique que les avantages de l'examen oculaire périodique sont limités chez les patients asymptomatiques et à faible risque de ce groupe d'âge. En conséquence, peu de données soutiennent l'examen oculaire périodique chez ce type de patients, entre le moment où ceux-ci quittent l'école secondaire et celui où ils atteignent l'âge moyen.

Une grande étude récente,[17] dans laquelle on a évalué la déficience visuelle (définie comme étant une acuité visuelle <20/50) chez des personnes âgées de 12 à 65 ans, a révélé que la prévalence s'élevait jusqu'à 10 % chez

Encadré 1—Évaluation des études de prévalence et d'incidence de la maladie

Niveau 1 :

- L'étude comprend une population d'au moins 1 000 personnes.
- L'étude décrit les critères d'inclusion et d'exclusion.
- Le suivi comprend au moins 66 % de la population identifiée au départ.
- L'étude examine les possibilités de défauts ou de biais dans le compte rendu.
- L'étude compare son résultat avec les rapports précédents de qualité supérieure.

Niveau 2 : Répond à 4 des critères du Niveau 1

Niveau 3 : Répond à 3 des critères du Niveau 1

Niveau 4 : Répond à 1 ou 2 des critères du Niveau 1

les jeunes de moins de 20 ans et les personnes âgées de plus de 60 ans, et à 5 % environ chez les personnes de 20 à 59 ans. Pour la vaste majorité des personnes (85–90 %), la déficience visuelle était due à des erreurs réfractives non corrigées, cela jusqu'à l'âge de 60 ans, après quoi d'autres pathologies oculaires expliquaient au moins 50 % des déficiences.

De vastes études de qualité supérieure sur la basse vision ont porté typiquement sur des populations de plus de 40 ans.[9,10,16] Le risque non corrigé de déficience s'est accru 1,8 fois à chaque décennie après l'âge 40 ans. Il a aussi été corrélé positivement avec une faible instruction, un faible statut socio-économique et l'incapacité de parler anglais.[17,19]

D'autres grandes études menées aux É.-U., en Australie et en Europe ont révélé que la prévalence de la déficience visuelle augmentait de façon spectaculaire après 60 ans. Elle a en effet triplé chez ces personnes.[20–22]

Incidence de la déficience visuelle dans le temps

Les données accessibles ne portent que sur la population des plus de 40 ans. Sur une période de cinq ans, l'incidence de la déficience visuelle, quelle qu'en soit la cause, passe d'aussi peu que 0,1 % par année chez les moins de 55 ans à plus de 45 % chez les plus de 65 ans. Sur sept ans, l'incidence augmente de 1 % chez les moins de 55 ans à plus de 5 % chez les plus de 60 ans. Le taux de croissance est de 20 % par année. Encore une fois, l'erreur réfractive non corrigée a été de loin la plus grande cause unique de déficience visuelle.[9–11,23] Elle a tendance à affecter davantage les jeunes (<30 ans) mais, si l'incidence décroît avec l'âge, elle n'en demeure pas moins la cause principale. Les autres pathologies oculaires augmentent avec l'âge, la grande majorité comprenant le glaucome, la rétinopathie diabétique, la cataracte et la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).[24,25]

La grande majorité des personnes qui ont fait l'objet des études avaient signalé une baisse d'acuité visuelle avant de se présenter. Moins de 1 % d'entre elles n'avaient pas remarqué que leur vue avait baissé,[9] ce qui porte à dire que la prévalence de la maladie oculaire asymptomatique, ou inaperçue, demeure très faible. Donc, les examens oculaires de routine fréquents des personnes dont le premier examen a donné des résultats normaux seront moins utiles et pourraient ne pas en valoir le coût.[9–17]

Patients à risque élevé de déficience visuelle

Alors que la cause la plus fréquente de la baisse de la vue demeure l'erreur réfractive non corrigée,[17] le glaucome, la rétinopathie diabétique, la dégénérescence maculaire, la cataracte et une forte myopie en sont les causes pathologiques les plus fréquentes, mais celles-ci peuvent varier selon l'âge et l'ethnicité. Les patients qui ont une prédisposition aux compromis visuels sont ceux qui portent des lunettes ou des verres de contact, ceux dont les antécédents familiaux sont fortement marqués par le glaucome, la DMLA ou le décollement de la rétine, ceux qui ont le diabète et ceux qui sont d'origine africaine.

Le simple test de vision avec correction courante de loin et de près a une corrélation très marquée avec la présence d'une maladie oculaire. La grille d'Amsler est un peu plus spécifique mais moins sensible; le test le moins spécifique porte sur la sensibilité au contraste.[26] D'autres études estiment que les faibles résultats des tests de luminance et par contraste sont de bons indices d'une éventuelle perte de vision.[27]

L'examen de routine n'est pas soutenu pour les déchirures, les trous et la dégénérescence rétinienne palissadique asymptomatiques. Toutefois, les patients symptomatiques et ceux à risque élevé ayant déjà eu des problèmes rétiniens, une chirurgie, un traumatisme, une uvéite postérieure, atteints du diabète et de myopie, ou d'une myopie plus grande que –6,00, peuvent bénéficier d'un tel examen.[28,29]

Rétinopathie diabétique

La rétinopathie diabétique demeure la cause principale de la déficience visuelle chez la population des moins de 65 ans.[30–31] C'est particulièrement vrai lorsque le patient se présente avec une protéinurie concomitante.

Il y a une somme considérable de consensus et de données factuelles sur la fréquence de l'examen des patients diabétiques.[30] La stratégie de dépistage devrait comprendre, sans s'y restreindre, l'examen stéréoscopique du fond d'œil avec dilatation. La photographie à sept champs standards du fond d'œil est considérée comme étant l'étalon-or, mais elle n'est généralement pas acceptée en clinique, sauf comme norme de présentation de la documentation en télésanté pour le dépistage et la recherche. Qui plus est, ces études se concentrent sur le dépistage de la rétinopathie menaçant la vue. Cliniquement, la plupart des ophtalmologistes considèrent que l'étalon-or (pour le patient sans rétinopathie menaçant la vue) est un examen attentif de la rétine avec dilatation de la pupille. Les examens à intervalles de 2 à 3 ans se sont avérés rentables pour les patients atteints du diabète de type 1 avec une rétinopathie minime ou sans rétinopathie.[32] L'Association canadienne du diabète[30] recommande ce qui suit :

examen annuel pour les patients atteints du diabète de type 1, à partir de 5 ans après le début de la maladie chez les jeunes de 15 ans[33,34]; examen dès le diagnostic du diabète de type 2 et à tous les 1 ou 2 ans par la suite selon le degré de la rétinopathie[35,36]; examen avant la conception pour les femmes atteintes du diabète de type 1 ou 2 qui prévoient une grossesse; et examen pendant le premier trimestre pour les femmes diabétiques enceintes, au besoin par la suite et pendant la première année post-partum.[37,38]

Encadré 2— Éléments de l'examen oculaire complet*

Histoire

- **Nom du patient (de la patiente), date de naissance, sexe et, au besoin, race**
- Personnes à contacter (adresse, n° de téléphone : maison et travail)
- Assureur
- Occupation
- **État du permis de conduire**
- **Symptôme principal, le cas échéant**
- Médecin de famille
- Date du dernier examen oculaire
- **Médicaments actuels et allergies (oculaires et systémiques)**
- **Histoire oculaire**
- **Histoire médicale**
- Tabagisme
- **Histoire familiale, médicale et oculaire**
- Examen dirigé des appareils anatomiques

L'examen oculaire devrait comprendre :

- **État actuel de l'acuité visuelle avec correction de loin (chaque œil séparément) et de près (correction réfractive documentée)**

Vision sans correction

- **Meilleure acuité visuelle corrigée avec réfraction documentée**
- Équilibre musculaire
- Réaction pupillaire
- Examen grossier des champs visuels par confrontation
- Examen externe
- **Examen à la lampe à fente de la paupière, du bord palpébral, de la conjonctive, de la cornée, de la chambre antérieure (clarté et profondeur) et des lentilles**
- **Détermination de la pression intraoculaire**

Examen avec dilatation (si l'on n'obtient pas de vue adéquate du pôle postérieur)

- **Lentilles**
- **Examen biomicroscopique de la tête du nerf optique**
- **Fovéa**
- Rétine périphérique (à l'aide des lentilles pertinentes ou examen indirect de la rétine périphérique)

L'entretien avec le patient devrait comprendre :

- Discussion des résultats avec correction appropriée et stratégie d'atténuation
- Conseils sur les modifications à apporter au mode de vie et les co-morbidités (e.g. cesser de fumer, contrôle de l'hypertension, régime alimentaire, suppléments d'antioxydants et de zinc, contrôle de la glycémie et des lipides)
- Suivi recommandé

*Les éléments essentiels de l'examen sont écrits en caractères gras[9,26,28,49]

Glaucome

Le glaucome primitif à angle ouvert cause des dommages si insidieux au nerf optique et à la vue que très peu de gens s'aperçoivent rapidement de leur état.[39] Cela concorde avec les données démontrant que, dans les pays industrialisés, on en établit le diagnostic chez seulement la moitié des patients; ce pourcentage baisse à 10 % dans les pays en voie de développement.[40] C'est un trouble idéal pour le dépistage, car il est asymptomatique, progresse lentement et peut être soigné efficacement.[41]

Encadré 3—Tests complémentaires selon les premiers résultats

Il faudrait recourir à des tests accessoires opportuns lorsque l'examen révèle la possibilité d'une maladie oculaire. Voici une nomenclature de tests qu'on peut utiliser, bien qu'ils ne soient pas de première ligne. La liste n'est pas exhaustive; les résultats de l'examen pourraient indiquer d'autres tests. Comme la technologie évolue, d'autres tests encore pourraient devenir accessibles. De même, l'auto-examen et l'information du patient jouent un rôle important dans la sensibilisation des patients à la déficience visuelle et au besoin de consulter.

- Mesure de la fissure palpébrale
- Fonction du muscle releveur
- Fonction lacrymale (production, écoulement)
- Exophtalmométrie
- Test chromatique
- Grille d'Amsler
- Acuité stéréoscopique
- Topographie cornéenne
- Épaisseur cornéenne centrale (pachymétrie)
- Compte des cellules endothéliales
- Gonioscopie
- Test automatisé du champ visuel, périmétrie avec technologie de doublage de fréquence
- Tomographie rétinienne de Heidelberg, tomographie de cohérence optique, Gdx avec compensation cornéenne variable
- Photographie du fond d'œil, photographie du disque stéréoscopique, dessin
- Angiographie
- Tests électrophysiologiques (électrorétinogramme, électro-oculogramme, potentiel évoqué visuel)
- Ultrason oculaire et orbitaire
- Test radiographique
- Tests de laboratoire (microbiologie, analyse de sang, biopsie)

RECOMMANDATIONS

1. *Fréquence des examens des patients asymptomatiques à faible risque*

- Entre 19 et 40 ans : au moins aux 10 ans [*Consensus*]
- Entre 41 et 55 ans : au moins aux 5 ans [*Consensus*]
- Entre 56 et 65 ans : au moins aux 3 ans [*Consensus*]
- >65 ans : au moins aux 2 ans [*Niveau 1*[9]]

2. *Fréquence des examens des patients symptomatiques*

Tout patient constatant des changements d'acuité visuelle, du champ de vision, de nature chromatique ou physique de l'œil devrait être examiné aussitôt que possible [*Consensus*].

3. *Fréquence des examens des patients à risque élevé*

Les patients à risque élevé de déficience visuelle (e.g., ceux qui sont atteints de diabète, de cataractes, ou susceptibles de glaucome [ou avec antécédents familiaux], de DMLA) devraient subir des examens plus fréquents et approfondis.

- >40 ans : au moins aux 3 ans [*Consensus*]
- >50 ans : au moins aux 2 ans [*Consensus*]
- >60 ans : au moins annuellement [*Consensus*]

Les grandes études combinées sur la prévalence ont révélé que le compromis visuel lié au glaucome est 3 fois plus répandu chez les populations africaines et hispaniques que chez la population blanche.[42] Dans cette dernière, la prévalence peut varier entre 0,2 % chez les moins de 40 ans et 4,3 % chez les personnes de 80 ans. Comme 93 % des cas de glaucome affectent des personnes de plus de 55 ans, cela implique une incidence de 0,11 % par année dans ce groupe d'âge. Pour tous les groupes, le plus grand facteur de risque est la hausse de la PIO. Si on incluait les patients avec hypertension oculaire, la prévalence doublerait dans ce groupe d'âge.[43] Parlant des facteurs de risque, l'âge, ensuite la race et finalement des antécédents familiaux sont les principaux éléments contribuant à cette maladie.

Le recours au simple test de PIO ou à l'examen du nerf optique fera en général sous-estimer la prévalence de la maladie.[10] Alors que le test automatisé du champ visuel révèle bien le dommage, c'est ordinairement à un stade avancé de la maladie qu'on y a recours, plutôt qu'idéalement au tout premier stade où il est souhaitable de le faire pour obtenir un diagnostic définitif. La technologie de doublage de fréquence (TDF) s'est avérée plus sensible pour démontrer les premiers dommages à la fonction visuelle, alors que l'évaluation de la couche des fibres optiques, par tomographie en cohérence optique, tomographie de Heidelberg ou polarimétrie à balayage laser à compensation cornéenne variable (CCV Gdx), est utile pour plusieurs cas.[41]

Dégénérescence maculaire liée à l'âge

En Amérique du Nord, la DMLA demeure la cause la plus répandue de cécité légale chez les personnes de plus de 65 ans. Les données soutiennent le dépistage et l'intervention chez celles qui présentent des risques élevés comme les drusen d'aspect doux/large. Bien que le traitement ne relève pas du mandat du présent document, on a démontré que les changements de mode de vie ralentissaient la progression de la maladie. L'intervention donne de meilleurs résultats avec l'abandon du tabagisme et la maîtrise de l'hypertension. Aussi, les antioxydants et le zinc diminuent la conversion vers la DMLA exsudative associée à la baisse de vision dans une proportion d'environ 25 % sur une période de 5 ans.[44–47]

Cataracte

La cataracte représente la deuxième cause la plus répandue de déficience visuelle rectifiable, après correction de l'erreur réfractive.[22,42] Le vieillissement en demeure le facteur de risque le plus répandu et la progression de la maladie s'étend typiquement sur une longue période. Les autres facteurs de risque communs comprennent le diabète sucré, les antécédents de traumatisme oculaire ainsi que l'inflammation ou la chirurgie intraoculaires antérieures.

Autres catégories à risque élevé

Les autres patients à risque élevé sont : ceux qui ont une erreur réfractive extrême, une hypermétropie ou une myopie forte, ou une blessure oculaire antérieure; ceux qui prennent des médicaments à action générale comme l'hydroxychloroquine et le tamoxyfène; ceux qui ont des troubles neurologiques ou neurochirurgicaux; et peut-être les adultes ayant un retard mental. Vu la vaste hétérogénéité du groupe à risque élevé, l'intervalle entre les examens variera selon la cause sous-jacente de la déficience visuelle.

Éléments d'un examen oculaire complet

Les éléments d'un examen oculaire complet sont dictés en bonne partie par les assureurs et pourraient ne pas permettre un bon dépistage des maladies. Par exemple, l'examen du fond de l'œil pour évaluer l'hypertension en dehors d'une crise n'a été soutenu par aucune des revues systématiques récentes.[48] Une stratégie unique suivant une approche automatisée et très ciblée a aussi été utilisée. L'utilisation d'un autoréfracteur, caméra ophtalmoscopique non mydriatique (pour décrire le fond d'œil et le cristallin), et le recours à la technologie de mesure du champ visuel par doublage de fréquence (FDT) pour évaluer le glaucome se sont avérées très rentables.[49] L'encadré 2 présente les éléments de l'examen oculovisuel, alors que l'encadré 3 présente une liste de tests complémentaires qui pourraient convenir à des évaluations oculovisuelles plus ciblées.

Autres ressources

Feuillet d'information à l'intention des patients : « Quand devrais-je consulter le spécialiste des yeux ? »

Cette fiche d'information pour les patients, accessible par le site Web de la *JCO*, est située au http://pubs.nrc-cnrc.gc.ca/cjo/cjo.htm. Le lien avec cet article se fait dans la table des matières en ligne de l'édition de février 2007.

Avis aux lecteurs : Rédigé à partir des meilleures données factuelles disponibles, le présent guide a pour objet de définir des modèles de pratique clinique. Les indications ne remplacent pas le jugement clinique, car les ophtalmologistes doivent prendre en compte les besoins, les préférences, les valeurs ainsi que la situation financière et personnelle de chaque patient et travailler dans le contexte réel des soins de santé. On comprend que les ressources humaines, financières et sanitaires varient d'une région à l'autre du pays et que ces facteurs peuvent influencer les choix et décisions du médecin et du patient. L'on ne s'attend pas à ce que ce guide s'applique dans le cadre de la recherche.

Le Comité d'experts du Guide de pratique clinique de la Société canadienne d'ophtalmologie remercie avec gratitude de leur soutien et leurs précieux conseils, la rédactrice en chef Cynthia N. Lank, la libraire médicale Mona Franzke, ainsi que les nombreux réviseurs qui ont fait part de leurs impressions et de leur compréhension du document.

L'élaboration du présent guide a été financée par la Société canadienne d'ophtalmologie et (par ordre alphabétique) les commanditaires suivants sous forme de subventions de formation non restreintes : AMO Canada Inc, Alcon Canada Inc, Allergan Canada Inc, Novartis Ophthalmics, Pfizer Canada Inc. Ni l'industrie ni le gouvernement n'ont participé à la décision de publier ce guide ainsi qu'aux choix ou à la rédaction des lignes directrices sous quelque aspect que ce soit.

Les membres du Comité d'experts du Guide de pratique clinique ont participé bénévolement et n'ont reçu ni rémunération ni honoraire pour le temps ou le travail qu'ils y ont consacré. Ils ont fait les déclarations suivantes concernant leurs rapports avec les fabricants de produits pharmaceutiques ou d'appareils médicaux :

W.D.: Pas de dualité d'intérêt à divulguer.

G.B.: Honoraires d'Alcon Canada, Alcon USA, AMO Canada, AMO USA; Soutien à la recherche d'Alcon Canada, Allergan Canada, AMO Canada, Pfizer Canada, Visiogen Inc. USA.

R.C.: Bien que je ne pense pas qu'il y ait implication d'une dualité intérêt direct, je divulgue les affiliations passées et présentes que voici avec des fabricants de produits pharmaceutiques oculaires, dont les médicaments servent au traitement de maladies oculaires que pourrait révéler un examen oculaire complet. Honoraires d'Alcon Canada, Merck Frosst Canada et Pfizer Canada pour participation à des réunions et à des comités de consultation, et l'élaboration de programmes de FMC.

A.E.: Pas de dualité d'intérêt à divulguer.

P.K.: Pas de dualité d'intérêt à divulguer.

Y.M.: Pas de dualité d'intérêt à divulguer.

T.N.: Pas de dualité d'intérêt à divulguer.

References

Voir les références à la page 44.

Mots-clés : dépistage des troubles de la vue, évaluation oculovisuelle, examen oculaire complet, examen oculaire périodique, examen oculovisuel, Guide de pratique clinique