

ANNEXE 1. Recherche dans Medline et Embase

Test de l'indice : (1)

Vision Tests[MeSH:noexp] OU Diagnostic Techniques, Ophthalmological[MAJR:noexp] OU ((Refraction, Ocular[MAJR] OU Visual Acuity[MAJR]) ET (exam*[tw] OU test[tw] OU tests[tw] OU assessment*[tw]))

Dépistage indiciel : (2)

Vision Screening[MeSH] OU ((screening[tw] OU Mass Screening[MeSH]) ET (eye[tw] OU vision[tw] OU ocular[tw] OU visual[tw] OU ophthalmic[tw]))

Condition cible : (3)

Amblyopia[MeSH] OU amblyopia[tw] OU Strabismus[MeSH] OU strabismus[tw] OU Refractive Errors[Mesh] OU refractive-error*[tw] OU refractive-disorder*[tw] OU lazy-eye*[tw] OU squint[tw] OU cross-eye*[tw] OU astigmatism[tw] OU presbyopia[tw] OU myopia[tw] OU hyperopia[tw] OU anisometropia[tw] OU ocular-alignment[tw] OU Vision Disorders/diagnosis[MAJR:noexp] OU Eye Diseases/diagnosis[MAJR:noexp]

Mots-clés applicables au contexte : (4)

Evidence-Based Practice[MeSH] OU evidence-based[tw] OU Early Diagnosis[MeSH:noexp] OU early-diagnosis[tw] OU early-diagnostic[tw] OU undetected[tw] OU uncorrected[tw] OU visual-impairment[tw] OU "Referral and Consultation"[MeSH] OU Early Medical Intervention[MeSH] OU Risk Factors[MeSH] OU Age of Onset[MeSH] OU Time Factors[MeSH] OU Advisory Committees[MeSH] OU guideline[pt] OU practice-guideline[pt] OU "Consensus Development Conference"[pt] OU guideline*[tw] OU consensus[tw] OU recommendation*[tw] OU Ophthalmology[MeSH:noexp] OU Optometry[MeSH:noexp] OU optometrist*[tw] OU ophthalmologist*[tw] OU pediatrician[tw] OU paediatrician[tw] OU Primary Health Care[MeSH] OU ((comprehensive[tw] OU routine[tw] OU periodic[tw] OU population-based[tw] OU whole-population[tw] OU universal[tw] OU gold-standard[tw] OU Asymptomatic Diseases[MeSH] OU asymptomatic[tw] OU schedule[tw]) ET (eye[tw] OU vision[tw] OU ocular[tw] OU visual[tw] OU ophthalmic[tw]))

Groupe d'âge cible : (5)

Child, Preschool[MeSH] OU Infant[MeSH] OU preschool[tw] OU pre-school[tw] OU kindergarten[tw] OU kindergarden[tw] OU Pediatrics[MeSH] OU pediatric*[tw] OU paediatric*[tw] OU children[tw]

Limites : (6)

(English[lang] OU French[lang]) ET ("1995/01/01"[PDAT]: "3000/12/31"[PDAT])

Dernière recherche sur Medline

(1 OU 2) ET (3 OU 4) ET 5 ET 6

La recherche effectuée dans Embase est identique à celle effectuée dans Medline, sans les termes MeSH toutefois et excluant les fichiers Medline.

ANNEXE 2. Stratégie de recension des écrits : critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion : Études portant sur des enfants ayant subi des interventions entre la naissance et l'âge de 5 ans; essais cliniques bien menés et études d'observation; études sur l'amblyopie, les facteurs de risque de l'amblyopie et l'erreur de réfraction; articles de recherche publiés dans des périodiques à comité de sélection rédigés en anglais ou en français; études menées dans des établissements de première ligne et les infrastructures fondées sur la population; études portant sur les examens de dépistage habituellement offerts dans les établissements de soins de première ligne (examen de l'acuité visuelle et du reflet rétinien et test de l'écran, par exemple) ou techniques d'examen utilisées par les optométristes et les ophtalmologistes (rétinoscopie, etc.); études portant sur les résultats suivants : amélioration de l'acuité visuelle, diminution de l'amblyopie, meilleur rendement scolaire et meilleure qualité de vie.

Critères d'exclusion : Études portant sur des enfants de 6 ans ou plus; articles sur des complications oculaires causées par d'autres maladies (comme le diabète); articles sur des sous-groupes de patients atteints de maladies oculaires diagnostiquées (comme le glaucome, les rétinopathies des prématurés, la dégénérescence maculaire liée à l'âge ou les troubles oculaires causés par le diabète); articles non axés sur les résultats en matière de vision; articles évaluant l'utilité ou la rentabilité d'outils numériques ou d'instruments de dépistage particuliers (comme la téléophtalmologie, les appareils de dépistage portatifs, les appareils de dépistage numériques, l'auto-réfractomètre Retinomax); articles évaluant les programmes de dépistage (comme ceux dans les milieux scolaires ou les établissements de soins prolongés); articles portant sur les traitements ou sur le respect des traitements par les patients; articles issus de pays dont la composition ethnique ou le système de santé diffèrent grandement de ceux du Canada; articles décrivant des programmes existants; articles décrivant des politiques territoriales; articles d'opinion et éditoriaux; examen de dossiers; articles rédigés dans une langue autre que l'anglais ou le français; articles sur la prévention de la perte de vision; articles s'adressant au personnel infirmier en milieu scolaire et aux orthoptistes; documents de politique; articles sur les ressources et la main-d'œuvre en santé; articles sur l'adoption de recommandations de lignes directrices; articles sur des groupes de discussion et des données de sondage et articles jugés obsolètes.

ANNEXE 3. Critères d'attribution de la cote de preuve (selon les critères GRADE)¹⁷

Types de preuve	<ul style="list-style-type: none"> • Essai aléatoire = élevé • Étude d'observation = faible • Tout autre élément de preuve = très faible
Diminuer* la cote si...	<ul style="list-style-type: none"> • Limites graves ou très graves à la qualité de l'étude • Importante incohérence • Certaine ou grande incertitude quant au lien direct avec la question de recherche • Données imprécises ou rares • Forte probabilité de déceler un biais
Augmenter la cote si...	<ul style="list-style-type: none"> • Forte preuve d'association – risque relatif important > 2 (< 0,5) d'après des données probantes cohérentes provenant de deux études d'observation ou plus, sans facteurs de confusion plausibles (+1) • Preuve très forte d'association – risque relatif important > 5 (< 0,2) d'après des preuves directes sans aucune menace majeure à la validité (+2) • Preuve d'un gradient de dose-réponse (+1) • Tous les facteurs de confusion plausibles ayant réduit l'effet (+1)
Portée	<ul style="list-style-type: none"> • Données probantes de grande qualité • Données probantes de qualité moyenne • Données probantes de faible qualité • Données probantes de très faible qualité

* Chaque critère de qualité peut réduire la qualité de 1 ou, s'il est très sérieux, de 2 niveaux.

ANNEXE 4. Classement des recommandations en fonction de la force de la recommandation (1-2), des conséquences et de la qualité de la preuve (confiance dans l'estimation de l'effet, A-C); d'après les directives GRADE^{18,19}

Niveau de recommandation (Implication)	Estimation de l'effet	Qualité des preuves
1A : Recommandation forte, données probantes de grande qualité (s'applique à la plupart des patients)	Preuves très solides de risque relatif important.	Preuves provenant de plus d'un essai contrôlé aléatoire bien exécuté ou preuves solides sous une autre forme. Il est peu probable que d'autres recherches modifient la confiance dans les estimations de l'effet.
1B : Recommandation forte, données probantes de qualité moyenne (s'applique à la plupart des patients)	Preuves solides d'un risque relatif important.	Preuves provenant d'essais cliniques aléatoires montrant des limites importantes (résultats incohérents, défauts méthodologiques ou imprécision) ou preuves très solides de certains autres devis de recherche. D'autres recherches (si elles sont effectuées) pourraient modifier l'estimation de l'effet.
1C : Recommandation forte, données probantes de faible qualité (s'applique à la plupart des patients)	Les avantages semblent surpasser les risques et les fardeaux, ou vice versa.	Preuves tirées d'études d'observation, d'expériences cliniques non systématiques ou d'essais cliniques aléatoires comportant de graves lacunes. D'autres recherches sont susceptibles de modifier l'estimation de l'effet.
2A : Recommandation faible, données probantes de grande qualité (ne s'applique pas à tous les patients)	Avantages faisant réellement contreponds aux risques et aux fardeaux.	Preuves provenant de plus d'un essai clinique aléatoire bien exécuté, ou preuves solides d'une autre forme. Il est peu probable que d'autres recherches modifient la confiance dans l'estimation de l'effet.
2B : Recommandation faible, données probantes de qualité moyenne (d'autres approches pourraient faire mieux)	Avantages faisant réellement contreponds aux risques et aux fardeaux, mais laissant planer une certaine incertitude dans l'estimation des avantages, des risques et des fardeaux.	Preuves provenant d'essais cliniques aléatoires montrant des limites importantes (résultats incohérents, défauts méthodologiques ou imprécision) ou preuves très solides de certains autres devis de recherche. D'autres recherches (si elles sont effectuées) pourraient modifier l'estimation de l'effet.
2C : Recommandation faible, données probantes de piètre qualité (d'autres approches pourraient faire mieux)	Incertain par rapport à l'estimation des avantages, des risques et des fardeaux; les avantages pourraient faire contreponds aux risques et aux fardeaux.	Preuves tirées d'études d'observation, d'expériences cliniques non systématiques ou d'essais cliniques aléatoires comportant de graves lacunes. D'autres recherches sont susceptibles de modifier l'estimation de l'effet.

ANNEXE 5. Résumé des constatations : âges et périodicité de l'examen et des résultats en matière de vision

RÉSULTATS : PRÉVALENCE DE L'AMBLYOPIE						
Référence (Devis de l'étude)	Nombre de participants Âge au dépistage	Prévalence (dépistage)	Prévalence (sans examen préalable ou groupe témoin)	Effet relatif	Cote globale de l'étude (GRADE)	Commentaires
De Koning HJ et coll. Effectiveness of screening for amblyopia and other eye disorders in a prospective birth cohort study. <i>J Med Screen</i> 2013;20:66–72. (Cohorte prospective)	2 964 participants de la cohorte originale de RAMSES (4 624) ont subi l'examen final à 7 ans. Dépistage multiple chez les enfants de 1 à 72 mois (enfants qui ne savent pas encore parler ou d'âge préscolaire) Résultat final évalué à 7 ans	Amblyopie grave (AV supérieure à 0.3 au LogMAR) : 0,7 à 1,2 % à 7 ans	Amblyopie : 2,0 à 3,9 % (non mesuré dans l'étude, mais relevé à partir de sujets non soumis à un dépistage)	Non estimable	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> Aucun groupe témoin L'étude montre un effet dose-réponse dans la mesure où les enfants qui ont fait l'objet d'un plus grand nombre d'interventions de dépistage ont présenté des taux plus faibles d'amblyopie à 7 ans
Groenewoud JH et coll. Rotterdam amblyopia Screening Effectiveness Study : detection and causes of amblyopia in a large birth cohort. <i>Invest Ophthalmol Vis Sci</i> 2010;51:3476–84. (Même cohorte prospective que De Koning et coll. ci-dessus)	Comme ci-dessus Dans cette étude, le dépistage préscolaire à 3 ans a contribué le plus à la détection de l'amblyopie.	Amblyopie (différence d'acuité interoculaire > 2 au LogMAR) : 100/2 964 (3,4 %) incidence cumulative de la naissance à 7 ans		Non estimable	Faible	<ul style="list-style-type: none"> Aucun groupe témoin Sur 100 cas d'amblyopie, 83 ont été détectés avant l'âge de 7 ans 56/83 dirigés vers un spécialiste après le dépistage, 26/83 ayant par eux-mêmes décidé de consulter L'erreur de réfraction était la cause la plus fréquente de l'amblyopie

<p>Eibschitz-Tsimhoni M et coll. Early screening for amblyogenic risk factors lowers the prevalence and severity of amblyopia. <i>J AAPOS</i> 2000;4:194–99.</p> <p>(Cohorte prospective)</p>	<p>808 dans la cohorte présélectionnée et 782 dans la cohorte témoin (pas de dépistage).</p> <p>Les participants étaient âgés de 1 à 2,5 ans.</p> <p>Le résultat final a été évalué pour la cohorte soumise et la cohorte non soumise à un dépistage à l'âge de 8 ans.</p>	<p>Amblyopie grave (MAVC 20/60) : 0,1%</p> <p>Amblyopie : 1,0%</p>	<p>Amblyopie grave : 1,7 %</p> <p>Amblyopie : 2,6 %</p>	<p>L'amblyopie était 2,6 fois plus susceptible d'être présente dans la cohorte qui n'a pas fait l'objet d'un dépistage</p>	<p>Modérée</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les enfants qui ont fait l'objet d'un dépistage étaient moins atteints d'amblyopie et celle-ci était beaucoup moins grave
<p>Sloot F et coll. Effect of omission of population-based eye screening at age 6–9 months in the Netherlands. <i>Acta Ophthalmol</i> 2015;93:318–21.</p> <p>(Cohorte prospective)</p>	<p>Cohorte soumise au dépistage : Un dépistage a été effectué chez 6 059 enfants à des intervalles de 1 à 2 mois, de 3 à 4 mois et de 6 à 9 mois.</p> <p>Cohorte non soumise au dépistage : Un examen n'a été effectué chez 5 842 que s'ils présentaient un problème oculaire ou des antécédents familiaux positifs.</p>	<p>Amblyopie : 10/6 059 (0,17 %)</p>	<p>Amblyopie : 6/5 482 (0,11 %)</p>		<p>Faible</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le taux de renvoi vers un orthoptiste ou un ophtalmologiste était semblable entre les cohortes (58/6 059 ou 0,96 % des enfants soumis au dépistage, 48/5 482 ou 0,88 % des enfants non soumis au dépistage) Les renvois faisaient principalement suite au strabisme observé
<p>Williams C et coll. Amblyopia treatment outcomes after screening before or at age 3 years: follow-up from randomised trial. <i>BMJ</i> 2002;324: 1549.</p>	<p>Les enfants considérés être nés en 1991 ou 1992 étaient des résidents d'Avon, en Angleterre (ALSPAC).</p>	<p>Amblyopie grave (AV dans l'œil amblyope pire que 0.3 au LogMAR) : 7/1 088 (0,63 %)</p>	<p>Amblyopie grave : 15/826 (1,81 %)</p> <p>Amblyopie : 22/826 (2,66 %)</p>	<p>L'amblyopie était 1,8 fois plus susceptible d'être présente dans le groupe témoin</p>	<p>Modérée</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Seulement 55 % du groupe intensif initial et 54 % du groupe témoin ont participé à l'évaluation finale

<p>(Essai contrôlé aléatoire dans la cohorte imbriquée)</p>	<p>Deux groupes : Dépistage orthoptique précoce et intensif (n = 2 029) à 8, 12, 18, 25, 31 et 37 mois par rapport au groupe témoin (n = 1 490) ayant fait l'objet d'un dépistage à 37 mois.</p> <p>Prévalence de l'amblyopie déterminée à 7,5 ans.</p>	<p>Amblyopie (différence d'acuité interoculaire égale ou supérieure à 0.2 au LogMAR) : 16/1 088 (1,45 %)</p>				
<p>Williams C et coll. Amblyopia treatment outcomes after preschool screening v school entry screening: observational data from a prospective cohort study. <i>Br J Ophthalmol</i> 2003;87:988–93. (Cohorte prospective)</p>	<p>Fait partie de l'étude longitudinale d'Avon; ~14 000 enfants nés en 1991 et en 1992 ont été recrutés (85 % de ceux admissibles).</p> <p>Les enfants ont fait l'objet d'un dépistage à 4 ou 5 ans et un examen à 7,5 ans.</p> <p>Résultats relevés pour 6 125 enfants, ceux qui n'étaient pas inclus dans l'étude précédente.</p>	<p>Amblyopie (différence interoculaire dans la meilleure acuité égale ou supérieure à 0.2 au LogMAR) : 11/1 019 (1,1 %)</p> <p>AV dans l'œil le moins bon supérieure à 0.3 au LogMAR (inférieure à 6/12) : 7/1 019 (0,7 %)</p> <p>Supérieure à 0.18 au LogMAR (inférieure à 6/9) : 19/1 019 (1,9 %)</p> <p>(Données du tableau 2 sur papier)</p>	<p>Amblyopie : 100/5 062 (2,0 %)</p> <p>AV dans l'œil le moins bon supérieure à 0.3 au LogMAR (inférieure à 6/12) : 65/5 062 (1,3 %)</p> <p>Plus de 0.18 au LogMAR (moins de 6/9) : 171/5 062 (3,4 %)</p>	<p>Quotient de probabilité ajusté (IC à 95 %) Amblyopie : 0.63 (0.32 à 1.23)</p> <p>AV dans l'œil le moins bon supérieure à 0.3 au LogMAR (inférieure à 6/12) : 0.72 (0.22 à 1.60)</p> <p>Plus de 0.18 au LogMAR (moins de 6/9) : 0.65 (0.38 à 1.10)</p>	<p>Modérée</p>	<ul style="list-style-type: none"> Étude de cohorte bien conçue et analysée dont le lien direct est pertinent à la question de l'étude

<p>Zaba JH et coll. Comparing the effectiveness of vision screenings as part of the school entrance physical examination to comprehensive vision examinations in children ages 3 to 6: An exploratory study. <i>Optometry</i> 2007;78:514–22.⁷⁰</p> <p>(Étude transversale)</p>	<p>Étude exploratoire menée au Kentucky : rapports fondés sur une enquête portant sur 1 469 examens de la vue effectués chez des enfants d'âge scolaire à l'entrée à l'école (3 à 6 ans).</p>	<p>Prévalence de n'importe quel problème de vision : 300/1 386 (21,6 %)</p> <p>Amblyopie présente chez 63 enfants (aucun autre diagnostic visuel n'a été identifié)</p>			<p>Très faible</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune description du programme de dépistage • Sondages envoyés à 466 professionnels des soins ophtalmologiques, mais remplis par seulement 37 répondants (petite taille de l'échantillon) • Des sondages ont été effectués par le médecin, son adjoint ou les parents. Les données autodéclarées sont susceptibles de présenter un biais de rappel
<p>RÉSULTATS : PRÉVALENCE DE L'AMBLYOPIE ET FACTEURS DE RISQUE</p>						
<p>Atkinson J et coll. Infant hyperopia: detection, distribution, changes and correlates—outcomes from the Cambridge Infant Screening Programs. <i>Optom Vis Sci</i> 2007;84:84-96.</p> <p>(Cohorte prospective)</p>	<p>Deux programmes de dépistage de la population en Angleterre :</p> <p>Premier programme : 3 166 nourrissons ont fait l'objet d'un dépistage initial à 7 et 8 mois (74 % des enfants nés entre 1981 et 1983). Suivi entre 1 et 3 ans et test de l'AV à 4 ans.</p> <p>Deuxième programme : 5 142 nourrissons ont fait l'objet d'un</p>	<p>Premier programme – nourrissons manifestant une hyperopie (sans lunettes) à l'âge de 4 ans : Prévalence du strabisme : 21 %</p> <p>Prévalence de l'amblyopie : 68 %</p>	<p>Groupe témoin de l'emmétropie du premier programme :</p> <p>Prévalence du strabisme : 1,6 %</p> <p>Prévalence de l'amblyopie : 11,1 %</p>		<p>Faible</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peu ou pas de description des groupes témoin dans l'un ou l'autre des programmes de dépistage • 4 à 5,5 % des nourrissons de 6 à 9 mois avaient 3.5 D d'hypermétropie de plus dans les deux cohortes • La correction par les lunettes n'a pas eu d'effet sur l'emmétropisation à 3,5 ans

	dépistage à 8 mois (76 % des enfants nés entre 1992 et 1994), puis ont eu qu'à onze rendez-vous de suivi jusqu'à l'âge de 7 ans.	<p>Les enfants portant des lunettes ont présenté une diminution de la prévalence du strabisme (6,3 %) et de l'amblyopie (28,6 %)</p> <p>Deuxième programme – enfants manifestant une hypermétropie (sans lunettes) à l'âge de 7 ans : Prévalence du strabisme : 17 %.</p> <p>Prévalence de l'amblyopie : 68 %</p> <p>Les enfants portant des lunettes ont présenté une diminution de la prévalence de l'amblyopie (17,1 %), mais aucun changement du strabisme.</p>	<p>Deuxième groupe témoin de l'emmétropie du programme :</p> <p>Prévalence du strabisme : 0,5 %</p> <p>Prévalence de l'amblyopie : 0,5 %</p>			
Donahue SP. Relationship between anisometropia, patient age, and the development of amblyopia. <i>J Ophthalmol</i> 2006;142:132–40.	5 548 des 119 311 (4,65 %) enfants du Tennessee (âgés de 1 à 6 ans) ont été référés à un spécialiste pratiquant un examen complet de la vue après avoir obtenu un résultat	Anisométrie (erreur de réfraction supérieure à 1.0 dioptrie) : 792/4 140 (19,13 %) sans strabisme concomitant.			Faible	<ul style="list-style-type: none"> Possibilité de biais de sélection – les enfants qui ont participé au dépistage étaient des volontaires (aucune information sur le pourcentage d'enfants admissibles qui ont fait l'objet d'un dépistage)

<p>(Étude transversale)</p>	<p>positif dans le cadre d'un programme de photodépistage préscolaire à l'échelle de l'État (effectué par des bénévoles).</p> <p>4 140/5 548 (74,7 %) ont été examinés par un optométriste ou un ophtalmologiste.</p>	<p>Prévalence de l'amblyopie chez les enfants manifestant une anisométrie : 454/724 (62,7 %)</p> <p>À l'âge de 3 ans, près des deux tiers des enfants qui avaient une anisométrie supérieure à 1.0 dioptrie manifestaient une amblyopie (diminution de l'acuité d'au moins deux lignes).</p> <p>La prévalence de l'amblyopie augmente avec l'âge chez les enfants présentant une anisométrie</p>				<ul style="list-style-type: none"> • Aucun groupe témoin – seuls les enfants dont le dépistage a éveillé des soupçons ont été référés à un spécialiste pratiquant un examen complet de la vue • Les données manquaient pour de nombreux enfants et ceux-ci ont été exclus du rapport final
<p>Irving EL. Value of routine eye examinations in asymptomatic patients. <i>Optom Vis Sci</i> 2016;93(7):660–66.</p> <p>(Étude transversale)</p>	<p>Patients asymptomatiques (n = 2 656) qui se sont présentés à des examens réguliers de la vue à la clinique d'optométrie de l'Université de Waterloo en 2007 et 2008.</p> <p>0,4 à 93,9 ans (médiane de 38,5 ans).</p>	<p>Changements de prescription de lunettes : 1078/2 656 (41 %)</p> <p>Changement de l'état de la vision ou des soins oculaires : 1 535/2 656 (58 %)</p> <p>On a établi un lien entre un changement important de l'état de la vision ou des soins oculaires et</p>			<p>Faible</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Population clinique non représentative de la population générale, seulement de ceux qui demandent des soins

		une augmentation de l'âge et de la périodicité des évaluations.				
<p>Pai AS et coll. Amblyopia prevalence and risk factors in Australian preschool children. <i>Ophthalmology</i>. 2012; 119:138-44.</p> <p>(Étude transversale)</p>	<p>D'après l'étude sur les maladies oculaires pédiatriques de Sydney (2007 à 2009), recensement de porte à porte.</p> <p>2 461 enfants âgés de 6 à 72 mois au moment du recrutement.</p> <p>Résultats publiés pour 1 422 enfants, 1 039 enfants exclus en raison de la faible testabilité de l'AV.</p>	<p>Prévalence de l'amblyopie : 27/1 422 (1,9 %)</p> <p>L'équivalent sphérique moyen des yeux amblyopes était supérieur à 3.57 dioptries.</p>		<p>L'amblyopie était associée de façon significative à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • hypermétropie (rapport de cotes [RC], 15,3; IC à 95 %, 6,5-36,4) • astigmatisme (RC, 5,7; IC à 95 %, 2,5-12,7) • anisométrie (RC, 27,8; IC à 95 %, 11,2-69,3), • strabisme (RC, 13,1; IC à 95 %, 4,3-40,4). 	Très faible	<ul style="list-style-type: none"> • Le grand nombre d'enfants exclus de l'étude peut entraîner une sous-estimation de l'amblyopie
<p>Huang J et coll.; Vision in Preschoolers (VIP) Study Group. Collaborateurs (143) Risk factors for astigmatism in the Vision in Preschoolers Study. <i>Optom Vis Sci</i> 2014;91:514–21.</p> <p>(Étude transversale)</p>	<p>Vision In Preschoolers Study (VIP) 2001 à 2004. Étude multicentrique sur des enfants dans le cadre du programme Head Start qui comprend les enfants dont le dépistage a éveillé des soupçons lors d'un échantillonnage aléatoire (20 %) par rapport à ceux présentant des résultats négatifs.</p>	<p>Prévalence de l'astigmatisme : 687/4 040 (17 %) (83,8 % avec astigmatisme direct)</p>		<p>On a observé une tendance à l'augmentation du pourcentage d'astigmatisme chez les enfants plus âgés (tendance linéaire p=0,06).</p>	Faible	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme national Head Start des États-Unis vient en aide aux familles à faible revenu

	Enfants âgés de 36 à 72 mois, n = 4040.					
Pascual M et coll.; Vision In Preschoolers (VIP) Study Group. Risk factors for amblyopia in the vision in preschoolers study. <i>Ophthalmology</i> 2014;121:622–9.e1 (Étude transversale)	Étude du groupe VIP 2001-2004. Enfants âgés de 3 à 5 ans (n = 3 869).	Prévalence de l'amblyopie unilatérale : 296/3 869 (7,7 %) Prévalence de l'amblyopie bilatérale : 144/3 869 (3,7 %)		Les facteurs suivants ont été indépendamment associés à un risque accru d'amblyopie unilatérale : <ul style="list-style-type: none"> • Présence de strabisme ($p < 0,0001$) • Plus grande ampleur des erreurs de réfraction significatives (myopie, hypermétropie, astigmatisme et anisométrie, chacun à $p < 0,00001$) 	Faible	L'étude du groupe VIP a été conçue pour surreprésenter les enfants ayant des troubles de la vision, de sorte qu'il est fort probable que l'on surestime le risque absolu d'amblyopie pour la population générale.
VIP Study Group. Does assessing eye alignment along with refractive error or visual acuity increase sensitivity for detection of strabismus in preschool vision screening? <i>Invest Ophthalmol Vis Sci</i> 2007;48:3115–25.	Document préliminaire de l'étude du groupe VIP 2001-2003. Enfants âgés de 3 à moins de 5 ans (n = 4 040).	Prévalence de l'amblyopie : 60/4 040 (1,5 %) Prévalence du strabisme : 157/4 040 (3,9 %)			Faible	<ul style="list-style-type: none"> • Mêmes préoccupations qu'auparavant
RÉSULTATS : ACUITÉ VISUELLE						

<p>Kirk VG et al. Preverbal photoscreening for amblyogenic factors and outcomes in amblyopia treatment. <i>Arch Ophthalmol</i> 2008;126:489-92.</p> <p>(Cohorte rétrospective)</p>	<p>De février 1996 à février 2006, 21 367 enfants ont fait l'objet d'un photodépistage en Alaska :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6,9 % des enfants ont été référés pour examen complet de la vue (seulement ceux chez qui le dépistage a éveillé des soupçons) • 10 620 avaient moins de 48 mois au moment du dépistage • 411 des enfants référés à un spécialiste avant 48 mois avaient plus de 6 ans à la conclusion de l'étude • 94 (22,9 %) ont été inclus dans cette étude 	<p>Les enfants ayant fait l'objet d'un photodépistage avant l'âge de 2 ans (n = 36) avaient une AV moyenne traitée de 0.17 au logMAR, ce qui est nettement supérieur à celle des enfants de 25 à 48 mois (n = 58) dont la moyenne s'est établie à 0.26 au logMAR.</p>		<p>Non estimable</p>	<p>Faible</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Préjugé potentiel de l'étude – moins du quart des participants potentiels ont été inclus • Malgré des niveaux semblables de facteurs de risque amblyogènes, la proportion d'enfants qui n'ont pas atteint une AV de 20/40 était beaucoup moins élevée chez ceux qui ont fait l'objet d'un dépistage avant l'âge de 2 ans (5 %) que chez ceux qui ont fait l'objet d'un dépistage entre l'âge de 2 ans et de 4 ans (17 %)
--	--	---	--	----------------------	---------------	---

MAVC = Meilleure acuité visuelle avec correction

RAMSES = Étude sur l'efficacité du dépistage de l'amblyopie à Rotterdam

ECA = essai contrôlé aléatoire

AV = acuité visuelle