

LES YEUX ET LA VISION

1. PRINCIPES GÉNÉRAUX

Le système visuel fournit une gamme importante d'information sensorielle sur l'environnement externe et la plupart des métiers exigent une vision relativement bonne, qui permet à l'individu d'accomplir sa tâche d'une manière sûre et efficace. Par conséquent, plusieurs professions nécessitent des tâches visuelles spécifiques déterminées par des exigences minimales.

2. PROFIL DES PRINCIPALES PATHOLOGIES

- Déficit de l'acuité visuelle de loin et de près
- Déficit de la vision des couleurs
- Déficit de la vision périphérique
- Déficit de la vision binoculaire
- Déficit de l'acuité visuelle après chirurgie réfractaire

3. IMPACT SUR LA PERFORMANCE

L'analyse des tâches est essentielle dans l'élaboration des normes médicales et permet de déterminer la capacité et le niveau d'habileté visuelle nécessaires pour accomplir l'essentiel des tâches visuelles de la fonction policière.

3.1 TÂCHES IMPORTANTES NÉCESSITANT UNE VISION DE LOIN

Conduite automobile

- Voir des personnes, des enfants ou des animaux tout en conduisant sur une grande artère.
- Percevoir une voiture entrer dans une intersection à 4 voies tout en conduisant avec les feux de détresse allumés.
- Lire le nom de la rue ou de l'artère en indiquant sa position lors d'une poursuite en voiture à une vitesse élevée (de 100 à 150 km/h).
- Indiquer sa position à d'autres policiers par rapport à des points de repères familiers, tout en exécutant une poursuite en voiture.

Arme

- Identifier si un malfaiteur tient une arme dans sa main à une distance de 25 mètres.
- Identifier si un malfaiteur tient un couteau dans sa main à une distance de 15 mètres.

Observation et recherche

- Surveiller un malfaiteur qui essaie de fuir.
- Repérer un tireur isolé sur un des quatre bâtiments à surveiller.
- Observer, à travers l'entrée de la chambre à coucher d'un appartement, des objets sur la table de nuit ou la coiffeuse (pistolet, couteaux, drogues, médicaments).

Reconnaissance de visage et d'expression

- Identifier un malfaiteur recherché qui marche dans sa direction dans une rue, à une distance de 50 mètres.
- Observer l'expression du visage d'une victime, d'un témoin ou d'un malfaiteur pour se rendre compte de son état mental (ex. : maniaque, suicidaire, agressif, effrayé, hostile, etc.)

Circulation et transport

- Observer et porter attention aux voitures, aux bicyclettes et aux piétons, tout en dirigeant la circulation routière.
- Observer les mouvements peu communs ou suspects à l'intérieur d'un véhicule pendant l'arrêt de la circulation.

3.2 TÂCHES IMPORTANTES NÉCESSITANT UNE VISION PÉRIPHÉRIQUE

Circulation et transport

- Voir les voitures qui roulent du côté latéral, tout en dirigeant la circulation dans une intersection.

- Observer du coin de l'œil les mouvements soudains des malfaiteurs tout en recherchant leur véhicule.
- Percevoir une voiture entrer dans une intersection à 4 voies juste après le panneau d'arrêt tout en conduisant un véhicule avec les feux de détresse allumés.
- Accomplir une poursuite en voiture, tout en surveillant les véhicules à droite et à gauche, en avant et en arrière.

Observation et recherche

- Effectuer des recherches sur le toit d'un bâtiment tout en regardant latéralement à droite et à gauche.
- Détecter les mouvements de plusieurs individus à l'aide de la vision périphérique tout en focalisant la vision centrale sur le contrevenant principal. Par exemple : menotter un délinquant suspect tout en ayant un œil sur son collègue qui est potentiellement dangereux.
- Balayer du regard une partie du parc pour localiser une personne suspecte qui se cache en notant le mouvement des feuilles ou de tout autre feuillage.

3.3 TÂCHES IMPORTANTES NÉCESSITANT UNE VISION DES COULEURS

Conduite automobile

- Percevoir les voyants rouges, verts et jaunes des feux de signalisation.

Observation et recherche

- Identifier et reconnaître un bagage suspect d'une couleur bien déterminée.
- Décrire la couleur des vêtements et de la voiture d'un suspect par radio.

4. ÉVALUATION MÉDICALE

4.1 ANAMNÈSE

À l'interrogatoire, on doit rechercher une histoire chirurgicale oculaire, un glaucome, une perte temporaire ou permanente de la vision, l'utilisation de lentilles correctrices de contact, une histoire ou la présence de vision double ainsi que les antécédents de blessures aux yeux et à la tête.

4.2 EXAMEN PHYSIQUE

Un examen médical détaillé de l'œil externe, de la rétine, des pupilles, des conjonctives et de la cornée doit être bien conduit. Il doit rechercher toute cicatrice d'intervention chirurgicale visant à corriger la réfraction et toute anomalie incompatible ou susceptible de s'aggraver par l'exercice de la fonction policière. Un examen visuel sera ensuite complété sur un appareil de type Titmus, suivi d'un test d'Ishihara, voire même d'un Farnsworth D-15 (détails ci-après).

Particularité pour les candidats porteurs de lentilles de contact

Les porteurs de lentilles de contact doivent fournir des renseignements concernant :

- le type de lentilles de contact utilisées ;
- la durée du port des lentilles de contact;
- la date de la dernière prescription de lentilles ;
- les problèmes rencontrés avec le port des lentilles de contact ;
- le déficit de l'acuité visuelle de loin non corrigé ;
- l'acuité visuelle de loin corrigée avec le port des lentilles de contact;
- les pathologies suivantes, si présentes :

-Syndrome oculaire sec	-Rosacée
-Sclérodémie	-Lupus
-Épilepsie	-Arthrite rhumatoïde
-Diabète	-Syndrome de Sjogren's
-Conjonctivite allergique	

Il y a plusieurs contre-indications absolues et relatives à l'utilisation des lentilles de contact. Le diabète peut occasionner une perte de la sensibilité cornéenne. Par conséquent, le diabétique ne se rend pas compte des lésions de l'épithélium cornéen provoquées par le port des lentilles de contact. De plus, l'augmentation de la concentration du glucose dans les sécrétions lacrymales favorise également les infections.

D'autres contre-indications absolues incluent les désordres auto-immunitaires qui sont généralement compliqués par le syndrome de Sicca (sécheresse des yeux et de la bouche). Parmi ces désordres, on peut citer la sclérodémie, le syndrome de Sjogren's, la rosacée, l'arthrite rhumatoïde et le lupus.

5. ÉVALUATION CLINIQUE DES PRINCIPALES PATHOLOGIES ET RECOMMANDATIONS

L'acuité visuelle de loin (corrigée ou non corrigée) doit être de 20/20 les deux ouverts pour répondre aux critères d'admission à l'ENPQ.

5.1 ACUITÉ VISUELLE NON CORRIGÉE

5.1.1 Acuité visuelle de loin non corrigée

L'acuité visuelle de loin non corrigée ne doit pas être moindre que 20/40, les deux yeux ouverts, sans correction.

5.1.2 Acuité visuelle de près non corrigée

Aucune exigence n'est recommandée concernant l'acuité visuelle de près non corrigée.

5.2 ACUITÉ VISUELLE CORRIGÉE

5.2.1 Acuité visuelle de loin corrigée

L'acuité visuelle ne doit pas être moindre que 20/20, les deux yeux ouverts, avec correction (verres correcteurs ou lentilles de contact).

5.2.2 Acuité visuelle de près corrigée

L'acuité visuelle ne doit pas être moindre que 20/20, les deux yeux ouverts, avec correction (verres correcteurs ou lentilles de contact).

Pour faciliter l'évaluation, les candidats sont classés ainsi :

Groupe I : Candidats ne nécessitant aucun dispositif de correction

Ces candidats n'ont pas besoin de correction et ne sont donc sujets à aucune restriction.

Groupe II : Candidats portant des lunettes ou des lentilles de contact rigides perméables aux gaz

L'acuité visuelle non corrigée des deux yeux ne doit pas être moindre que 20/40.

En raison de la probabilité de la perte ou du déplacement des lunettes de correction au cours d'une confrontation ou d'un flou visuel causé par certaines conditions climatiques, telles que le brouillard, la pluie ou la neige, ces candidats doivent répondre à un minimum d'exigence visuelle sans correction.

Groupe III : Candidats portant des lentilles de contact souples

Dans ce groupe les candidats ne sont sujets à aucune exigence s'ils répondent aux qualifications suivantes :

- Les candidats portent des lentilles de contact pendant six mois sans aucune complication.
- Les candidats acceptent de remplacer les lentilles de contact chaque 6 à 12 mois, ou plus fréquemment s'ils constatent qu'elles deviennent inconfortables ou difficiles à porter.
- Les candidats acceptent de nettoyer leurs lentilles de façon régulière, conformément aux recommandations du fabricant.

5.3 DÉFICIT DE LA VISION DES COULEURS

Une vision adéquate des couleurs est nécessaire pour exécuter les fonctions essentielles du policier.

5.3.1 Antécédents médicaux

L'interrogatoire doit porter sur les antécédents médicaux et doit rechercher un déficit de la vision de couleur.

On doit aussi demander au candidat s'il porte des verres correcteurs X-Chrom ou ChromaGen qui améliorent la distinction des couleurs.

5.3.2 Exigences minimales - vision de couleur

Les candidats qui échouent au test de Farnsworth D-15, ne peuvent être acceptés à l'École de Police, car cela représente une perte significative de la vision de couleur.

Le candidat doit passer Farnsworth D-15 sans verres correcteurs X-Chrom ou ChromaGen.

5.3.3 Tests recommandés pour la vision de couleur

Deux tests spécifiques sont recommandés :

- Le test d'Ishihara pseudo-isochromatique (livre de 38 planches)
- Le Farnsworth D-15

5.3.3.1 Le test avec planches pseudo-isochromatique

Permet de dépister un déficit congénital affectant la couleur rouge/vert d'une manière efficace (dans 90 à 95 % des cas).

Fondamentalement, ce test se compose d'une série de planches sur lesquelles des figures de couleur sont dessinées, en forme de points ou de disques de tailles diverses, qui sont imprimés sur un fond multicolore. La figure peut être une lettre facilement identifiable, un chiffre ou une configuration géométrique (ex. : un triangle, une croix ou un cercle).

Les sujets avec une vision de couleur normale peuvent détecter la différence de nuance ou de contraste entre la figure et le fond. Par conséquent, ils peuvent facilement identifier les figures. Mais ceux dont la vision de couleur est défectueuse ne peuvent différencier la figure de la couleur de fond et ne peuvent donc pas identifier les figures.

Le test d'Ishihara est conçu pour dépister un déficit affectant la couleur rouge/vert.

Administration du test avec planches

L'examen doit se faire dans une salle bien éclairée avec une source lumineuse équilibrée.

Le candidat ne doit pas être autorisé à porter des lentilles teintées (X-Chrom) ou des lunettes de soleil.

Chaque planche doit être tenue devant le candidat perpendiculairement au champ de vision, à une distance d'environ 50-75 cm.

Le résultat du test

Les candidats qui font plus de 3 erreurs sur le livre de 38 planches ou plus de 2 erreurs sur le livre de 24 ou de 16 planches doivent subir le test dichotomique de Farnsworth D-15.

5.3.3.2 Farnsworth D-15 (saturé)

La vision de couleur adéquate doit être évaluée par la prescription du test dichotomique de Farnsworth. Ce test est conçu pour dépister les candidats qui présentent une perte très sévère de la discrimination des couleurs. On demande aux candidats de distinguer le contraste ou la nuance des différentes couleurs (ex. : vert et violet). Les personnes qui échouent au test de Farnsworth D-15 sont considérées comme ayant un déficit assez grave qui interfère avec la distinction de couleurs dans la vie quotidienne. En plus de déterminer si un individu présente un déficit affectant la couleur rouge (protane) et verte (deutane), ce test permet d'indiquer si le candidat est tritanope (déficit bleu-jaune) ou monochromate.

Le test est constitué de 15 pastilles colorées placées dans une boîte avec un bouchon de référence fixe à partir duquel on classe les autres bouchons.

Administration du test

L'examineur arrange les bouchons dans un ordre aléatoire sur le couvercle supérieur de la boîte. Le sujet est chargé d'arranger les bouchons selon la couleur, dans le plateau inférieur, commençant par les bouchons dont la couleur est la plus proche du bouchon fixe de référence. La majorité des sujets avec la vision de couleur normale terminent le test dans un délai d'une minute. Cependant on permet aux candidats de prendre le temps qu'il faut pour terminer le test.

Le résultat du test

L'ordre des bouchons est tracé directement sur la feuille reliant des points et formant un diagramme qui montre les positions correctes des bouchons.

Dans l'ordre correct, les points reliés entre eux tracent un cercle. Les erreurs se produisent quand l'ordre des bouchons est incorrect. Une erreur mineure peut renverser l'ordre des bouchons entre 5 et 6 par exemple. Des erreurs graves représentent une connexion de deux bouchons qui diffèrent par au moins quatre places (15 & 1), la ligne reliant ces bouchons croise le cercle.

Les sujets avec une vision de couleur normale feront une ou seulement deux erreurs minimales. Les candidats échouent au test quand ils font deux ou plusieurs croisements de lignes.

5.3.4 Évaluation médicale et recommandations

Les tests avec planches isochromatiques ont été recommandés en tant qu'examen de dépistage utiles parce qu'ils peuvent être effectués scrupuleusement et rapidement.

Cependant, de tels tests ne sont pas sensibles à un déficit au bleu-jaune (Tritanopes), mais cette situation est très rare chez les jeunes adultes.

Trois groupes de candidats se distinguent au terme de l'évaluation comme suit :

Groupe I : Les candidats qui ont passé le test d'Ishihara

Ces candidats ont passé le test de dépistage. Ils ont donc une vision des couleurs normale.

Groupe II : Les candidats qui ont échoué le test d'Ishihara et ont réussi le test de Farnsworth D-15

Ces candidats possèdent une vision des couleurs adéquate qui leur permet d'accomplir le travail de policier

Groupe III : Les candidats qui ont échoué les deux tests d'Ishihara et de Farnsworth D-15

Dans ce groupe les candidats possèdent un déficit sévère de la perception des couleurs qui ne leur permet pas de reconnaître ou de nommer les différentes couleurs d'une manière fiable. La candidature de ces aspirants policiers devrait être rejetée.

5.4 DÉFICIT DE LA VISION PÉRIPHÉRIQUE

5.4.1 Antécédents médicaux

L'interrogatoire doit rechercher une histoire chirurgicale, un glaucome, une notion de port de lentilles correctrices, des maux de tête chroniques inexpliqués, une perte de la vision et de blessures aux yeux.

5.4.2 Exigences minimales de la vision périphérique

Une vision monoculaire ou un déficit significatif bilatéral de la vision périphérique représente un risque pour le policier, car il ne peut accomplir sa tâche d'une manière sûre et efficace.

Les candidats avec une vision périphérique binoculaire horizontale <150 degrés sont inacceptables.

Les candidats avec une vision périphérique totale verticale <100 degrés sont inacceptables.

5.5 DÉFICIT DE LA VISION BINOCULAIRE

Une vision binoculaire normale est nécessaire pour la perception de la profondeur et elle exige que les deux yeux se focalisent sur un même point dans l'espace.

Un strabisme existe quand les deux yeux n'ont pas leurs axes alignés sur le même objet, ayant comme résultat une confusion visuelle voire même une vision double (diplopie). L'œil qui dévie de l'axe central peut être, par intermittence ou en permanence, tourné vers l'intérieur (ésotropie ou strabisme convergent), l'extérieur (exotropie ou strabisme divergent) ou en haut (hypertropie ou strabisme vertical). Le strabisme est donc une condition qui n'est pas acceptable pour la fonction de policier.

Évaluation médicale et recommandations

On évalue l'alignement des axes visuels à l'aide d'un appareil de vision approuvé de type Titmus qui teste la phorie verticale et latérale, et la vision stéréoscopique avec un test approuvé de type Stereo Fly.

Tous les résultats hors normes pour la phorie verticale et latérale ainsi que pour la vision stéréoscopique devraient engendrer une évaluation en

ophtalmologie pour statuer si le candidat possède une bonne vision binoculaire avec une bonne stéréopsie.

Une phorie latérale de « loin » de plus de 5 eso ou 5 exo est inacceptable.

L'acuité stéréoscopique normale est de 40 secondes d'arc ou mieux, ce qui correspond à 9/9 au test de stéréopsie Stereo Fly.

Toutefois, le critère recommandé pour être admis est de 80 secondes d'arc, soit 6/9 au test de stéréopsie Stereo Fly.

5.6 DÉFICIT DE L'ACUITÉ VISUELLE APRÈS CHIRURGIE RÉFRACTAIRE

La chirurgie réfractive par le laser Excimer

Deux techniques chirurgicales de correction des troubles réfractifs utilisant le laser Excimer existent actuellement pour modifier le pouvoir réfractif de la cornée :

*La photokératectomie réfractive (PRK);
Le keratomileusis in situ par laser (Lasik).*

Dans la photokératectomie réfractive, un faisceau laser Excimer est appliqué sur la cornée après désépithélialisation.

Dans la keratomileusis in situ par laser, un volet cornéen est découpé et écarté, et le laser est appliqué sur le stroma cornéen. Le volet est ensuite remplacé sans point de suture.

Ces deux techniques sont effectuées en ambulatoire, sous anesthésie topique.

La PRK est une technique antérieure (1983) à celle du Lasik (1990). Néanmoins, le Lasik représente la technique la plus utilisée dans la plupart des pays.

L'analyse de la littérature sur l'efficacité de ces deux techniques repose essentiellement sur des études cliniques comparant la réfraction et la fonction visuelle préopératoire et postopératoire de l'œil traité et dans lesquelles la stabilité de la réfraction en absence d'autres pathologies oculaires était considérée comme critère important d'inclusion.

La photokératectomie réfractaire (PRK)

Résultats des études sur son efficacité pour la correction de la myopie :

La stabilité de la réfraction est obtenue dans la majorité des cas au 6^e mois postopératoire pour les myopies faibles à modérées. Néanmoins, une variabilité cliniquement significative persiste pour une faible proportion des yeux au-delà du 12^e mois postopératoire.

Les yeux porteurs de forte myopie (sup. à -10 dioptries) connaissent une plus longue période de régression. La durée maximale de cette régression n'est pas connue avec précision, compte tenu du faible recul (12 mois) des études portant sur les fortes myopies (Pietila,1998 - Hersh,1997-McCarty,1996 - Tabin,1996 - Snibson,1995 - Seiles,1993 - Waring,1996 - Waring,1995 - Higa,1997 - Gartry,1992 – Tuunanen, 1998 - McDonald1999).

Les résultats des études pour les très fortes myopies sont moins satisfaisants que pour les myopies faibles ou modérées (Pietila, 1998 - Hersh, 1997 – Seiler, 1993 - Waring, 1995 - Snibson, 1995).

La PRK n'est pas considérée comme une bonne technique de correction pour une myopie à -10 dioptries et serait peu pratiquée.

Résultats des études sur son efficacité pour la correction des astigmatismes associés à une myopie :

Les résultats fonctionnels de la PRK pour les astigmatismes associés à une myopie dont la myopie est à -6 dioptries sont similaires à ceux obtenus avec le Lasik dans la correction des myopies de même degré. Néanmoins, un certain degré d'imprécision de la correction de la composante astigmatique est observé (Tbin,1996 - Carone,1996 - Kremer 1996 - Zadok,1998 - Brodovsky1998).

Résultats des études sur son efficacité pour la correction de l'hypermétropie (H-PRK) :

Les résultats des études de Jacson et de Dausch suggèrent que l'acuité visuelle de loin de l'hypermétrope est améliorée par la H-PRK. La stabilité de la réfraction semble être obtenue moins rapidement que dans le traitement des myopies.

Complications de la PRK :

La PRK par laser Excimer comporte un risque de complications de gravité variable. Certaines sont transitoires et liées au processus de cicatrisation

de la cornée ou aux traitements oculaires postopératoires; les complications persistantes au-delà d'un an sont plus rares.

Complications postopératoires :

- Douleur dans les 48h suivant l'opération (Hers, warning).
- Réépithélialisation tardive de la cornée survient généralement dans les premiers jours suivant l'intervention.
- Kératites infectieuses, cas rapportés dans certaines études (American Academy of Ophthalmology, Hersh, McCarty)

Hyperpression intraoculaire (HIO) :

Liée au traitement corticoïde. Observée assez fréquemment au cours des premiers mois postopératoires.

Régression de la correction :

Observée chez la plupart des patients opérés, entre les 1^{er} et 3^e mois postopératoires, puis se stabilise entre les 6^e et 12^e mois, certains yeux évoluent vers la myopie. Au delà de 12 mois, la régression est moins fréquente (Jackson).

Opacité cornéenne sous épithéliale (haze):

Complication la plus importante et la plus fréquente. La sévérité et l'évolution du haze diffèrent selon l'importance de la myopie postopératoire (Pietila). Le risque de la persistance est plus élevé dans les fortes myopies. Le degré d'un haze moyen atteint un pic entre les 1^{er} et 6^e mois postopératoires.

Troubles subjectifs de la vision :

Une difficulté de vision liée à la perception d'éblouissement et de halos, en particulier en condition de faible éclairage, est fréquemment rapportée après une chirurgie réfractive cornéenne. Ces symptômes sont suffisamment importants et persistants pour gêner la conduite automobile nocturne pour une faible proportion de patients.

Suivi à long terme :

L'étude Stephenson, 1998, portait sur un petit nombre de patients. La réfraction était stable après le 6^e et le 12^e mois, selon le degré de myopie préopératoire. L'évolution à long terme des yeux opérés par PRK reste peu documentée.

Le Keratomileusis in situ par laser (Lasik)

Son efficacité pour la correction de la myopie et de l'astigmatisme myopique:

Technique plus récente que la PRK. Les études d'efficacité du Lasik sont moins nombreuses et portent sur de plus petits effectifs que pour la PRK.

La stabilité des résultats réfractifs après Lasik est obtenue dans la plupart des cas au 3^e mois postopératoire. Les suites opératoires sont moins douloureuses avec le Lasik qu'avec le PRK. (Perz-Santonja, 1997 - ElDanasoury, 1999 - Knorz, 1998 - El-Maghraby, 1999).

Son efficacité pour la correction de l'hypermétropie :

Pas assez de recul, car c'est une pratique récente. Les résultats de quelques études semblent peu convaincants, compte tenu de la qualité méthodologique de l'étude.

Complication du Lasik

La correction des troubles réfractifs par Lasik comporte des risques spécifiques liés à la technique opératoire (création du volet cornéen (Farah, 1998), glissement du volet cornéen, adhérence incomplète du volet, invasion épithéliale de l'interface du volet et de la cornée, etc.).

Complication liée à l'ablation par le laser :

La régression est moins fréquente après le Lasik qu'après la PRK (Perez-Santonja).

Effet du Lasik sur l'endothélium cornéen :

Une étude de petits effectifs sur une courte durée de suivi suggère que le Lasik n'entraîne pas de dommages importants de l'endothélium cornée à court terme (3, 6, 12^e mois) (Perez-Santonja-Jones).

Opacité cornéenne :

Aucun haze important influençant l'acuité visuelle n'a été observé dans les études prospectives concernant cette complication (Perz-Santonja, El Danasoury, Elmaghraby, Knorts).

Comparaison Lasik vs PRK

Plusieurs études ont comparé les résultats du Lasik à ceux de la PRK dans la correction de la myopie. Le Lasik obtenait plus rapidement une amélioration de l'acuité visuelle que la PRK (ElDanasoury).

La satisfaction subjective des patients était meilleure pour les yeux opérés par le lasik 1 an après l'intervention; cet écart n'était pas retrouvée à 2 ans postopératoires (El-maghraby).

L'obtention des résultats et leur stabilité étaient plus rapides pour le lasik que le PRK.

Aucune différence significative n'était observée à 6 mois entre les 2 techniques en terme d'acuité visuelle (Hersh).

Les résultats de ces 3 études suggèrent que le Lasik permet d'obtenir une stabilité plus rapide des résultats que la PRK.

Pour les 2 techniques, le résultat est meilleur lorsque le trouble réfractif initial est peu important.

La supériorité de l'efficacité d'une technique sur l'autre, en terme de résultat final, n'a pas été démontrée. Néanmoins, le Lasik permet d'obtenir plus rapidement que la PRK une efficacité sur l'acuité visuelle et les suites opératoires sont plus simples et moins douloureuses qu'avec la PRK.

Les résultats des études prospectives semblent indiquer que la présence de haze (opacité) est rarement observée dans le Lasik, quel que soit le degré de la myopie. Des complications plus importantes qui atteignent un pic entre les 1^{er} et 6^e mois postopératoires sont observée dans la PRK.

La supériorité de l'efficacité du Lasik sur la PRK pour les faibles myopies n'est pas prouvée

Comme pour la PRK, la stabilité des résultats et la sécurité du Lasik à long terme reste peu documentées.

La kératomileusie épithéliale au laser (LASEK)

Une troisième technique, relativement récente, est le LASEK (kératomileusie épithéliale au laser). Le LASEK est une variation de deux techniques précédentes (PRK et LASIK) durant laquelle la couche superficielle de la cornée (l'épithélium) est détachée à l'aide d'une solution d'alcool. Par la suite, la cornée est remodelée à l'aide du laser Excimer, comme dans le cas de la PRK. À la fin de l'intervention, la couche épithéliale est remise en place et une lentille de contact souple est posée à la surface de la cornée pour faciliter la guérison.

Les complications du LASEK sont similaires à celles du LASIK : sécheresse oculaire, troubles de vision (vision nocturne, éblouissement, halos), correction incomplète de la vue, infection après l'intervention chirurgicale, etc.

La technique LASEK comporte plus d'inconfort postopératoire et le délai de guérison est plus long qu'avec la technique LASIK. Le LASEK n'est pas entièrement accepté par la communauté de chirurgiens et cette technique n'est pas employée couramment au Canada.

Lentilles intraoculaires phaques LIOP

Les lentilles intraoculaires phaques sont des implants placés à l'intérieur de l'œil pour corriger les erreurs de réfraction supérieures à -5 dioptries ainsi que dans les cas où la chirurgie réfractive au laser est contreindiquée. Le cristallin naturel est intact et reste en place. L'implant de lentilles intraoculaires phaques comporte une intervention chirurgicale invasive similaire à la chirurgie de la cataracte. Ces implants peuvent être placés dans la chambre antérieure (modèles *Artisan OPHTEC* et *Verisyse AMO*) ou dans la chambre postérieure de l'œil (modèle *Visian ICL STAAR*).

Les complications liées à l'implant de LIOP incluent la cataracte, les troubles de vision nocturne et la dislocation due à un traumatisme à la tête ou aux yeux.

La cataracte peut être causée par :

- le traumatisme chirurgical : elle se développe dans la première année après la chirurgie pour l'implant de lentilles intraoculaires phaques et elle est stable;
- la perturbation du métabolisme du cristallin ou au toucher du cristallin par l'implant : elle se développe plus tard et elle est progressive.

Plusieurs études ont rapporté la formation de cataracte après l'implant de lentilles intraoculaires phaques (Lackner B. et al, 2003, 2004 ; Sanders DR. et al, 2002 ; Sanchez-Galeana CA. et al, 2003 ; Chen LJ. Et al, 2008), le risque étant plus élevé pour les implants de chambre postérieure que pour ceux de chambre antérieure.

Les troubles de la vision nocturne incluent l'éblouissement, les halos et la difficulté de conduire la nuit. Leurs fréquences sont comparables à la chirurgie réfractive.

À ce jour, il n'existe pas de rapports de dislocation de lentille *Visian ICL STAAR* due à un traumatisme. Par contre, il y a eu quelques rapports de dislocation de lentille *Artisan* due à un traumatisme modéré.

Les lentilles intraoculaires phaques sont acceptables à condition que les autres normes visuelles soient respectées. Toutefois, le candidat doit

fournir des renseignements additionnels indiquant la stabilité de l'acuité visuelle après la chirurgie, l'absence d'opacification du cristallin (cataracte) et l'absence de troubles de la vision nocturne. Les candidats avec implants de LIOP de chambre antérieure devraient attendre 6 mois et ceux avec implants de chambre postérieure devraient attendre 12 mois après l'intervention avant que leur candidature soit considérée.

5.6.1 Antécédents médico-chirurgicaux

À la lumière des résultats de la recherche effectuée concernant la chirurgie réfractive par le Laser dans la correction des troubles réfractives, on considère que les candidats qui ont fait appel à cette chirurgie doivent faire l'objet d'une analyse minutieuse de leur dossier à la recherche :

- du type de chirurgie;
- de l'évolution des suites opératoires;
- des anomalies détectées (éventuel reprise du traitement).

L'anamnèse doit aussi rechercher les complications postopératoires et les effets secondaires tels que : diplopie, éblouissements nocturnes, vision de halos, problèmes de vision nocturne, acuité visuelle fluctuante du matin au soir, etc.

5.6.2 Dossier médical

La consultation du dossier médical, incluant le compte-rendu opératoire, est nécessaire si des anomalies significatives sont détectées.

5.6.3 Recommandations

Les candidats doivent répondre à tout moment aux exigences de l'acuité visuelle de loin, quel que soit le type de chirurgie.

Les candidats qui ont fait appel à la chirurgie réfractive, quelle qu'elle soit, doivent pouvoir répondre à tout moment aux exigences de l'acuité visuelle de loin. Ainsi, ils ne doivent pas présenter de problème significatif d'instabilité d'acuité visuelle, d'éblouissement lors de la conduite nocturne ou de vision de halos autour des objets lumineux.

Pour s'en assurer, un formulaire type d'évaluation postopératoire devrait être remis au candidat afin qu'il soit complété par son ophtalmologue (voir Appendices 1 et 2).

Nous distinguons deux catégories de candidats ayant subi une chirurgie réfractive :

Groupe I : Candidats avec erreur réfractive préopératoire de moins de 6 dioptries

Les candidats ayant subi une chirurgie au PRK, Lasik ou LASEK devront attendre un minimum de 3 mois avant de poser leur candidature.

Groupe II : Candidats avec erreur réfractive préopératoire de plus de 6 dioptries

Les candidats ayant subi une chirurgie au PRK, Lasik ou LASEK devront attendre un minimum de 6 mois avant de poser leur candidature.