

Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Administration générale de l'enseignement (AGE)
Direction générale de l'Enseignement supérieur, de l'Enseignement tout au long de la vie et de la
Recherche scientifique (DGESVR)

Direction de l'Agrément des Prestataires de Soins de Santé

Rue Adolphe Lavallée, 1 - 1080 Bruxelles

agreementsante@cfwb.be

Les demandes introduites par courriel ne sont pas acceptées mais vous pouvez les introduire via le formulaire électronique¹

Formulaire de demande d'agrément en tant qu'orthoptiste-optométriste uniquement pour les diplômes obtenus auprès de la Fédération Wallonie-Bruxelles

À compléter par le demandeur (en lettres majuscules s.v.p.)

Veillez cocher ce qui vous correspond

Je demande un agrément définitif sur la base de mon diplôme :

Vous êtes titulaire d'un diplôme sanctionnant une formation, répondant à une formation dans le cadre d'un enseignement supérieur du niveau 6 du cadre européen des certifications, correspondant à au moins 180 crédits ECTS, dont le programme d'études répond aux conditions de qualification fixées à l'article 3 de l'arrêté royal du 27 février 2019 relatif à la profession d'orthoptiste-optométriste (M.B. 12.04.2019)².

Joindre les documents suivants :

- une copie recto-verso de la carte d'identité ;
- une copie du diplôme précisant sa date d'obtention (JJ/MM/AAAA). Si ce n'est pas le cas, veuillez fournir également soit l'attestation de réussite provisoire ou le supplément au diplôme ;
- le travail de fin d'études ;
- le détail des stages.

L'Administration se réserve le droit de vous réclamer ultérieurement des documents et/ou informations complémentaires.

Les pièces justificatives suivantes ne sont pas acceptées :

- les relevés de notes ;
- les attestations de fréquentation ;
- les attestations de réussite non authentifiées (sans cachet de l'établissement scolaire, sans signature) ;
- les relevés de stage non authentifiés.

Je demande un agrément définitif sur la base de mon diplôme :

Vous êtes titulaire d'un bachelier en orthoptie et vous aviez commencé cette formation **avant le 22 avril 2019**.

Joindre les documents suivants :

- une copie recto-verso de la carte d'identité ;
- une copie du diplôme ;

L'Administration se réserve le droit de vous réclamer ultérieurement des documents et/ou informations complémentaires.

Les pièces justificatives suivantes ne sont pas acceptées :

- les relevés de notes ;
- les attestations de fréquentation ;
- les attestations de réussite non authentifiées (sans cachet de l'établissement scolaire, sans signature) ;
- les relevés de stage non authentifiés.

¹ www.enseignement.be - de A à Z - agrément des professionnels de la santé - métiers de la santé – orthoptiste-optométriste

² Arrêté royal du 27 février 2019 relatif à la profession d'orthoptiste-optométriste (M.B. 22.04.2019)

Je demande un agrément définitif sur la base de mon diplôme :

Vous êtes titulaire d'un diplôme de graduat ou de bachelier dans le domaine des soins oculaires, sanctionnant une formation dans le cadre d'un enseignement supérieur du niveau 6 du cadre européen des certifications, correspondant à au moins 180 crédits ECTS et qui ne correspond pas tout à fait à la formation d'orthoptiste-optométriste.

Joindre les documents suivants :

- une copie recto-verso de la carte d'identité ;
- une copie du diplôme ;
- le programme de formation ;
- le travail de fin d'étude ;
- le détail des stages.

L'Administration se réserve le droit de vous réclamer ultérieurement des documents et/ou informations complémentaires.

Les pièces justificatives suivantes ne sont pas acceptées :

- les relevés de notes ;
- les attestations de fréquentation ;
- les attestations de réussite non authentifiées (sans cachet de l'établissement scolaire, sans signature) ;
- les relevés de stage non authentifiés

Vous pouvez introduire cette demande jusqu'au 21 avril 2023.

Je demande la dérogation sur la base des droits acquis en application de l'article 7 de l'arrêté royal relatif à la profession d'orthoptiste-optométriste (M.B. 12.04.2019) :

Vous ne possédez pas de diplôme mais à la date du 22/04/2019, vous avez exécuté un ou plusieurs actes et/ou prestations techniques relevant de la profession d'orthoptiste-optométriste.

Joindre les documents suivants :

- une copie recto-verso de la carte d'identité ;
- **soit** une ou des attestations de prescripteur(s) selon le modèle 1 en annexe ;
- **soit** une ou des attestations établies par un établissement d'enseignement agréé ou subventionné par la Communauté française et qui propose la formation visée à l'article 3 de l'AR du 27 février 2019 précité selon le modèle 2 en annexe ;
- toute(s) pièce(s) justificative(s) prouvant l'exercice d'un ou plusieurs actes et/ou prestations techniques relevant de la profession d'orthoptiste-optométriste.

Vous pouvez être auditionné·e par la commission d'agrément pour tout complément d'information utile à la remise d'avis.

Vous pouvez introduire cette demande jusqu'au 21 avril 2023.

Identification du demandeur	
Nom :	
Prénom :	
N° de registre national :	
Nationalité :	
Langue :	
Sexe (F/M) :	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
Pays de naissance :	
Adresse :	
N° :	
Boite :	
Code postal :	
Commune :	
Pays :	
Téléphone :	
GSM :	
Courriel :	

Formation	
ÉCOLE / DIPLOME	DATE du diplôme

Stage	
LIEU du stage	PÉRIODE de stage

Employeur	
LIEU de travail	PÉRIODE de travail

Veillez envoyer le présent formulaire et les pièces justificatives à l'adresse suivante :

AGE-DGESVR

Direction de l'Agrément des Prestataires de Soins de Santé

Cellule 'Professions des soins de Santé non-universitaires et Professions des soins de santé mentale'

Commission d'agrément des orthoptistes-optométristes

Rue Adolphe Lavallée 1-1080 Bruxelles

Nom, prénom : _____

Je déclare que les informations contenues dans le présent formulaire sont exactes.

Date : _____

Signature : _____

ATTESTATION RELATIVE
À L'EXERCICE DES PRESTATIONS TECHNIQUES DE LA PROFESSION D'ORTHOPTISTE-
OPTOMÉTRISTE - MODÈLE 1

**FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE DANS LE CADRE
D'UNE DEMANDE DE DÉROGATION SUR LA BASE DES DROITS ACQUIS**

- ⇒ *À renvoyer uniquement en cas de demande de dérogation à la nécessité d'un agrément sur la base des droits acquis*
⇒ *Un formulaire par médecin spécialiste en ophtalmologie, merci !*

Je soussigné·e, Docteur _____,
déclare que Monsieur/Madame _____,
a été chargé·e de réaliser, une ou plusieurs des prestations techniques (à cocher) ci-dessous telles que
fixées dans l'arrêté royal du 27 février 2019 relatif à la profession d'orthoptiste-optométriste durant la
période du _____ au _____.

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Liste des prestations techniques pouvant être accomplies par un orthoptiste-optométriste.

**Ces prestations requièrent une prescription médicale détaillée établie par un médecin spécialiste
en ophtalmologie si elles sont exécutées chez des personnes de moins 16 ans :**

- observation, examen et analyse de ce qui suit :
 - positionnement anormal de la tête ;
 - position des yeux ;
 - motilité oculaire ;
 - état sensori-moteur de la vision binoculaire ;
 - accommodation et possibilités de convergence, rapport entre la convergence accommodative et l'accommodation ;
 - anisocorie.
 - dépistage, examen et analyse des anomalies de la vision des couleurs, de l'adaptation à l'obscurité, de la sensibilité aux contrastes et à la lumière ;
 - détermination de l'acuité visuelle ;
 - évaluation de la réfraction à l'aide de méthodes objectives sans cycloplégie ;
 - mesure de la tension oculaire sans administration d'un anesthésique ;
 - adaptations de lentilles de contact à l'exception de celles spécifiques au traitement d'affections oculaires.
- Ma signature sur ce formulaire, engage non seulement ma responsabilité mais vise également à authentifier mon attestation sur les compétences actuelles de la personne précitée ainsi qu'à certifier que ces déclarations (nom et date à partir de laquelle les prestations techniques de la profession d'orthoptiste-optométriste sont réalisés) sont exactes.**

Date : _____

Date : _____

Nom et prénom du médecin spécialiste en
ophtalmologie : _____

Nom et prénom du demandeur : _____

Signature : _____

Signature : _____

ATTESTATION RELATIVE
À L'EXERCICE DES PRESTATIONS TECHNIQUES DE LA PROFESSION D'ORTHOPTISTE-
OPTOMÉTRISTE - MODÈLE 1

**FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE
DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE DÉROGATION SUR LA BASE DES DROITS ACQUIS**

- ⇒ *À envoyer uniquement en cas de demande de dérogation à la nécessité d'un agrément sur la base des droits acquis*
⇒ *Un formulaire par prescripteur, merci !*

Je soussigné·e, Docteur _____,
déclare que Monsieur/Madame _____,
a été chargé·e de réaliser, une ou plusieurs des prestations techniques (à cocher) ci-dessous telles que
fixées dans l'arrêté royal du 27 février 2019 relatif à la profession d'orthoptiste-optométriste durant la
période du _____ au _____.

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

**Liste des prestations techniques qui requièrent une prescription médicale détaillée d'un médecin
spécialiste en ophtalmologie :**

- examens :
 - examen et analyse de ce qui suit :
 - fixation ;
 - réflexe vestibulo- et cervico-oculaire ;
 - dépistage, examen et analyse du nystagmus spontané et induit ;
 - réalisation d'examens techniques dans le cadre de la pose de diagnostic d'affections oculaires par le médecin ;
 - détermination de la puissance optimale du prisme et des aides optimales de basse vision ;
 - évaluation de la réfraction à l'aide de méthodes objectives avec cycloplégie ;
- traitements :
 - tout exercice visant à optimiser les fonctions binoculaires et la motilité oculaire ;
 - traitement de l'amblyopie ;
 - adaptation de verres prismatiques ;
 - apprentissage de la meilleure utilisation possible des fonctions visuelles résiduelles des patients à basse vision et des patients présentant des troubles neurophysiologiques ;
 - adaptation et apprentissage de l'utilisation des aides de basse vision ;
 - exercices visant à traiter les dysfonctions oculo-vestibulaires, l'hyperdépendance visuelle et à améliorer l'intégration oculo-vestibulaire neurosensorielle
 - administration de collyre.

- Ma signature sur ce formulaire, engage non seulement ma responsabilité mais vise également à authentifier mon attestation sur les compétences actuelles de la personne précitée ainsi qu'à certifier que ces déclarations (nom et date à partir de laquelle les prestations techniques de la profession d'orthoptiste-optométriste sont réalisés) sont exactes.**

Date : _____

Date : _____

Nom et prénom du médecin spécialiste en
ophtalmologie :

Nom et prénom du demandeur :

Signature :

Signature :

ATTESTATION RELATIVE
À L'EXERCICE D'ACTES DE LA PROFESSION D'ORTHOPTISTE - OPTOMÉTRISTE -
MODÈLE 1

**FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE DANS LE CADRE
D'UNE DEMANDE DE DÉROGATION SUR LA BASE DES DROITS ACQUIS**

- ⇒ *À envoyer uniquement en cas de demande de dérogation à la nécessité d'un agrément sur la base des droits acquis*
⇒ *Un formulaire par médecin spécialiste en ophtalmologie, merci !*

Je soussigné·e, Docteur _____,
déclare que Monsieur/Madame _____,
a été chargé·e de réaliser, un ou plusieurs des actes (à cocher) ci-dessous telles que fixées dans l'arrêté royal
du 27 février 2019 relatif à la profession d'orthoptiste-optométriste durant la période du
_____ au _____.

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

**Liste des actes dont un médecin spécialiste en ophtalmologie peut charger un orthoptiste-
optométriste :**

- examens avec contact et non-contact du système visuel ;
- assistance et instrumentation lors d'opérations ophtalmologiques ;
- adaptation de lentilles de contact spécifiques au traitement d'affections oculaires.

- Ma signature sur ce formulaire, engage non seulement ma responsabilité mais vise également
à authentifier mon attestation sur les compétences actuelles de la personne précitée ainsi qu'à
certifier que ces déclarations (nom et date à partir de laquelle les actes de la profession
d'orthoptiste-optométriste sont réalisés) sont exactes.**

Date : _____

Date : _____

Nom et prénom du médecin spécialiste en
ophtalmologie :

Nom et prénom du demandeur :

Signature :

Signature :

ATTESTATION RELATIVE
À L'EXERCICE DES PRESTATIONS TECHNIQUES DE LA PROFESSION D'ORTHOPTISTE-
OPTOMÉTRISTE - MODÈLE 2

FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR UN ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT AGRÉÉ OU SUBVENTIONNÉ PAR LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE ET QUI PROPOSE LA FORMATION VISÉE À L'ARTICLE 3 DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 27 FÉVRIER 2019 DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE DÉROGATION SUR LA BASE DES DROITS ACQUIS

⇒ *À renvoyer uniquement en cas de demande de dérogation à la nécessité d'un agrément sur la base des droits acquis*

Je soussigné·e, Monsieur/Madame, _____
responsable de l'établissement d'enseignement _____

_____ (nom de l'établissement)
atteste de l'expérience et de l'aptitude de Monsieur/Madame
_____, pour exécuter les prestations techniques relevant
de la profession d' orthoptiste-optométriste

Cette capacité à effectuer ces prestations a été démontrée par Monsieur/Madame _____
_____ durant la période du
_____ au _____ de la manière suivante :

Adresse de l'établissement d'enseignement : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Liste des prestations techniques pouvant être accomplies par un orthoptiste-optométriste.

Ces prestations requièrent une prescription médicale détaillée établie par un médecin spécialiste en ophtalmologie si elles sont exécutées chez des personnes de moins 16 ans :

- observation, examen et analyse de ce qui suit :
 - positionnement anormal de la tête ;
 - position des yeux ;
 - motilité oculaire ;
 - état sensori-moteur de la vision binoculaire ;
 - accommodation et possibilités de convergence, rapport entre la convergence accommodative et l'accommodation ;
 - anisœiconie.
- dépistage, examen et analyse des anomalies de la vision des couleurs, de l'adaptation à l'obscurité, de la sensibilité aux contrastes et à la lumière ;
- détermination de l'acuité visuelle ;
- évaluation de la réfraction à l'aide de méthodes objectives sans cycloplégie ;
- mesure de la tension oculaire sans administration d'un anesthésique ;
- adaptations de lentilles de contact à l'exception de celles spécifiques au traitement d'affections oculaires.

- Ma signature sur ce formulaire, engage non seulement ma responsabilité mais vise également à authentifier mon attestation sur les compétences actuelles de la personne précitée ainsi qu'à certifier que ces déclarations (nom et date à partir de laquelle les prestations techniques de la profession d'orthoptiste-optométriste sont réalisés) sont exactes.**

Date : _____

Date : _____

Nom et prénom du responsable de l'établissement
d'enseignement :

Nom et prénom du demandeur :

Signature :

Signature :

ATTESTATION RELATIVE
À L'EXERCICE DES PRESTATIONS TECHNIQUES DE LA PROFESSION D'ORTHOPTISTE-
OPTOMÉTRISTE - MODÈLE 2

FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR UN ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT AGRÉÉ OU SUBVENTIONNÉ PAR LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE ET QUI PROPOSE LA FORMATION VISÉE À L'ARTICLE 3 DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 27 FÉVRIER 2019 DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE DÉROGATION SUR LA BASE DES DROITS ACQUIS

⇒ *À renvoyer uniquement en cas de demande de dérogation à la nécessité d'un agrément sur la base des droits acquis*

Je soussigné·e, Monsieur/Madame, _____
responsable de l'établissement d'enseignement _____
_____ (nom de l'établissement)

atteste de l'expérience et de de Monsieur/Madame _____
l'aptitude pour exécuter les prestations techniques de la profession des orthoptistes-optométristes

Cette capacité à effectuer ces prestations a été démontrée par Monsieur/Madame _____
_____ durant la période du
_____ au _____ de la manière suivante :

Adresse de l'établissement d'enseignement : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Liste des prestations techniques qui requièrent une prescription médicale détaillée d'un médecin spécialiste en ophtalmologie :

- examens :
 - examen et analyse de ce qui suit :
 - fixation ;
 - réflexe vestibulo- et cervico-oculaire ;
 - dépistage, examen et analyse du nystagmus spontané et induit ;
 - réalisation d'examens techniques dans le cadre de la pose de diagnostic d'affections oculaires par le médecin ;
 - détermination de la puissance optimale du prisme et des aides optimales de basse vision ;
 - évaluation de la réfraction à l'aide de méthodes objectives avec cycloplégie ;
- traitements :
 - tout exercice visant à optimiser les fonctions binoculaires et la motilité oculaire ;
 - traitement de l'amblyopie ;
 - adaptation de verres prismatiques ;
 - apprentissage de la meilleure utilisation possible des fonctions visuelles résiduelles des patients à basse vision et des patients présentant des troubles neurophysiologiques ;
 - adaptation et apprentissage de l'utilisation des aides de basse vision ;
 - exercices visant à traiter les dysfonctions oculo-vestibulaires, l'hyperdépendance visuelle et à améliorer l'intégration oculo-vestibulaire neurosensorielle
 - administration de collyre.

- Ma signature sur ce formulaire, engage non seulement ma responsabilité mais vise également à authentifier mon attestation sur les compétences actuelles de la personne précitée ainsi qu'à certifier que ces déclarations (nom et date à partir de laquelle les prestations techniques de la profession d'orthoptiste-optométriste sont réalisés) sont exactes.**

Date : _____

Date : _____

Nom et prénom du responsable de l'établissement
d'enseignement :

Nom et prénom du demandeur :

Signature :

Signature :

ATTESTATION RELATIVE
À L'EXERCICE D'ACTES DE LA PROFESSION D'ORTHOPTISTE - OPTOMÉTRISTE -
MODÈLE 2

FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR UN ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT AGRÉÉ OU SUBVENTIONNÉ PAR LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE ET QUI PROPOSE LA FORMATION VISÉE À L'ARTICLE 3 DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 27 FÉVRIER 2019 DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE DÉROGATION SUR LA BASE DES DROITS ACQUIS

⇒ *À renvoyer uniquement en cas de demande de dérogation à la nécessité d'un agrément sur la base des droits acquis*

Je soussigné·e, Monsieur/Madame, _____
responsable de l'établissement d'enseignement _____

_____ (nom de l'établissement)
atteste de l'expérience et de l'aptitude de Monsieur/Madame
_____ pour poser les actes de la profession des
orthoptistes-optométristes

Cette capacité à effectuer ces actes a été démontrée par Monsieur/Madame _____
_____ durant la période du
_____ au _____ de la manière suivante :

Adresse de l'établissement d'enseignement : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Liste des actes dont un médecin spécialiste en ophtalmologie peut charger un orthoptiste-optométriste :

- examens avec contact et non-contact du système visuel ;
- assistance et instrumentation lors d'opérations ophtalmologiques ;
- adaptation de lentilles de contact spécifiques au traitement d'affections oculaires.

Ma signature sur ce formulaire, engage non seulement ma responsabilité mais vise également à authentifier mon attestation sur les compétences actuelles de la personne précitée ainsi qu'à certifier que ces déclarations (nom et date à partir de laquelle les actes de la profession d'orthoptiste-optométriste sont réalisés) sont exactes.

Date : _____ Date : _____

Nom et prénom du responsable de l'établissement
d'enseignement : _____ Nom et prénom du demandeur : _____

Signature : _____ Signature : _____