



Quand votre patient est atteint de basse vision

**Clare Gilbert**

Co-directrice, International Centre for Eye Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni ; Conseillère clinique, Sightsavers.

**Karin van Dijk**

Conseillère internationale en basse vision pour CBM ; Consultante basse vision pour Light for the World Pays-Bas et pour le Kilimanjaro Centre for Community Ophthalmology, Kenya. kvdijknl@yahoo.com

Face à un patient dont il ne peut pas améliorer davantage la vision, le clinicien peut éprouver un sentiment d'échec. Pourtant, il existe de nombreuses façons d'aider une personne atteinte de basse vision.

Le présent article décrit les principes généraux et le déroulement d'une consultation lorsque le patient est atteint de basse vision. Il montre comment déterminer ce que le patient veut être capable de faire et présente les interventions possibles pour lui permettre de mener à bien ces activités.

Avant de commencer

Lorsque vous vous trouvez face à une personne malvoyante, il est important de vérifier que tout a été fait pour améliorer sa vue et qu'elle a véritablement besoin de services de basse vision. Vérifiez les points suivants :

- 1 Le diagnostic de la personne a-t-il été confirmé par un ophtalmologiste ou autre professionnel de la santé oculaire ?
- 2 Toutes les interventions médicales, chirurgicales et optiques possibles ont-elles été mises en œuvre ?
- 3 Le pronostic visuel a-t-il été confirmé par un professionnel de la santé ?

Si la réponse à l'une de ces questions est « non », orientez la personne vers les services qui pourront l'aider, dans la mesure du possible.

La connaissance du diagnostic nous permet d'envisager son impact probable sur les fonctions visuelles et donc d'estimer les principaux besoins visuels du patient (voir page 2).

Dans l'idéal, avant de bénéficier de services de basse vision, le patient devrait avoir subi un examen de la réfraction et porter des lunettes de correction. En pratique, de nombreux professionnels de l'ophtalmologie considèrent que corriger la vue d'une personne atteinte de basse vision demande trop de temps ou d'efforts. C'est pourquoi l'examen de la réfraction doit toujours faire partie intégrante d'une évaluation standard de la basse vision.

Une fois que vous avez établi que la personne a besoin de services de basse vision, vous pouvez commencer l'évaluation. Celle-ci comporte généralement les étapes suivantes :



Karin van Dijk

Enseignement de l'utilisation d'une loupe à main éclairante. PHILIPPINES

- Recueillir les antécédents médicaux
- Expliquer au patient son affection oculaire
- Déterminer les besoins du patient
- Effectuer un examen complet de la réfraction
- Évaluer les fonctions visuelles
- Évaluer le grossissement nécessaire
- Élaborer un plan de prise en charge
- Orienter le patient vers des services de formation et de soutien supplémentaires ; le cas échéant, contacter aussi les services d'éducation ou de réadaptation visuelle
- Sélectionner des aides pour la basse vision et former la personne à leur utilisation
- Suggérer des aides non optiques et des modifications environnementales.

Recueil des antécédents

Il s'agit d'une étape importante de l'évaluation de la basse vision, qui vous offrira l'occasion de faire connaissance avec votre patient.

Encouragez le patient à parler de ses problèmes. Il est utile de poser des questions non dirigées, c'est-à-dire commençant par des mots comme « quand », « comment » et « où », auxquelles le patient ne pourra pas répondre brièvement par un simple « oui » ou « non ». Interrogez le patient sur :

- Sa santé oculaire : comment sa vision est affectée, dans quels cas elle empire ou s'améliore, comment elle a évolué, etc.
- Ses antécédents médicaux, sa mobilité et les médicaments qu'il prend
- Ses antécédents familiaux en termes de santé oculaire
- Sa profession et ses autres activités ou loisirs
- Toute évaluation de basse vision dont il a fait l'objet par le passé.

Par exemple, à propos de la santé oculaire du patient et de sa vision, vous pouvez poser les questions suivantes :

- Quand avez-vous remarqué pour la première fois que vous aviez un problème de vision ?
- Quels types de problèmes avez-vous remarqués ?
- Quelles difficultés éprouvez-vous durant la journée ?
- Quelles difficultés éprouvez-vous pendant la nuit ?
- Avez-vous remarqué des changements de votre vision ?
- Dans quelles circonstances votre vision empire-t-elle ?
- Qu'est-ce qui améliore votre vision ?

Expliquer l'affection oculaire

Parfois les personnes atteintes de basse vision n'ont reçu aucune explication sur leur affection oculaire, ou elles n'ont pas compris à l'époque l'explication qui leur avait été donnée.

Il est toujours utile de prendre le temps d'expliquer à nouveau l'affection oculaire en utilisant des termes que le patient peut comprendre. Même si ce dernier a déjà entendu cette explication, il sera probablement rassuré par une explication supplémentaire confirmant ce que lui ont déjà dit d'autres intervenants.

Les personnes ayant perdu une grande partie de leur vision passent par une période de deuil qui peut comprendre plusieurs phases : le déni, la colère, le marchandage,

la dépression et enfin l'acceptation de la situation. Ce processus prend du temps et vous ne pouvez pas l'accélérer. Soyez présents, écoutez le patient et offrez-lui le soutien que vous pouvez.

Soyez positifs. Mettez l'accent sur le fait que le patient a encore une vision résiduelle et que vous et vos collègues êtes prêts à l'aider à en tirer le meilleur parti. Rassurez-le : **il ne peut pas endommager sa vision résiduelle** en l'utilisant. Il n'utilisera pas ses yeux !

Il peut être utile de mettre le patient en contact avec une personne d'âge comparable au sien qui a accepté la situation et qui a bénéficié de services pour la basse vision.

Déterminer les besoins du patient

Commencez sur une note positive en demandant tout d'abord ce que le patient peut encore faire, avant de passer aux tâches qui lui posent problème.

Interrogez le patient sur sa mobilité, ses activités, sa participation et sur l'aide dont il dispose. Voici quelques exemples de questions que vous pouvez poser :

Mobilité

- Pouvez-vous vous déplacer sans aide en dehors de votre domicile ?
- Pouvez-vous vous déplacer sans aide dans des lieux familiers ?

Activités

- Pouvez-vous choisir et trouver les vêtements que vous souhaitez porter ?
- Pouvez-vous ajouter correctement les épices et herbes à la nourriture lorsque vous cuisinez ?
- Pouvez-vous encore pratiquer votre loisir (par exemple couture ou gravure sur bois) ?
- Pouvez-vous lire des textes religieux, le journal ou des factures ?

Participation

- Participez-vous aux réunions de famille ?
- Assistez-vous à des offices religieux ou à d'autres événements ?
- Pouvez-vous encore voter ?

Vérifiez auprès des proches que les réponses du patient correspondent bien à leurs observations ou à leur expérience. Parfois les patients n'osent pas reconnaître à quel point ils sont devenus dépendants.

Aide disponible

Il est également important de découvrir le type d'aide dont le patient dispose à la maison.

- Avec qui le patient vit-il ? Cette personne est-elle en mesure de l'aider de temps en temps ou tout le temps ?
- Cette aide a-t-elle un impact négatif sur la famille de quelque façon que ce soit ?
- Comment est le domicile ? Y a-t-il des marches ? Où se trouvent les sanitaires et les points d'eau ? Comment sont préparés les repas ?

Une fois que vous avez établi le type d'aide dont dispose le patient à la maison et ce qu'il peut et ne peut pas faire en termes de mobilité, d'activités et de participation, demandez-lui ce qu'il voudrait être capable de faire.

Ce que le patient veut être capable de faire

Les réponses du patient vont influencer les interventions que vous recommanderez par la suite. Demandez des exemples précis de ce qui aiderait le patient à retrouver son indépendance ou son amour-propre. Par exemple :

- Pouvoir à nouveau lire sa correspondance personnelle
- Être capable d'aider à la préparation des repas au lieu de juste rester assis
- Apprendre à identifier correctement les médicaments et les prendre seul
- Rendre visite à un voisin seul, si le patient en a le désir.

Lorsque vous discutez avec le patient, gardez ce qui suit à l'esprit :

- Le patient a-t-il besoin d'aide pour sa vision de près, sa vision intermédiaire, sa vision de loin ou à toutes les distances ?
- La tâche est-elle longue (lecture) ou courte (vérifier le cadran de la température du four) ?
- A-t-il besoin d'avoir les deux mains (ou une main) libres ?
- Quelles autres fonctions visuelles peuvent être affectées et doivent être évaluées ?

Suite à la page 6 ➤

Comment rendre votre unité de soins oculaires plus accessible aux personnes atteintes de basse vision



Jaya Srivastava

Consultante en basse vision, Spectrum Eye Care, Chennai, Inde.

Flux des patients

- L'unité doit être aménagée de façon à ce que les patients puissent facilement se déplacer d'une pièce ou d'un endroit à l'autre.
- Certains hôpitaux peignent des lignes de couleur au sol que les patients peuvent suivre : par exemple, une ligne de couleur vive peut conduire directement de l'accueil à la première salle d'attente.
- Retirez les obstacles sur lesquels les personnes atteintes de basse vision pourraient trébucher ou se cogner.

Couleurs, contraste et éclairage

- Utilisez des caractères nets de grande taille pour tous les panneaux du centre. Assurez-vous que l'éclairage général est de bonne qualité et évitez de créer des reflets (par exemple lorsque vous utilisez des carrelages blancs et brillants au sol ou sur les murs). Pour les panneaux, utilisez des couleurs contrastées, par exemple des caractères jaunes ou blancs sur fond noir ou foncé. Avant de changer quoi que ce soit, assurez-vous que les personnes atteintes de basse vision peuvent lire les panneaux !

- Dans la salle d'attente, utilisez des chaises de couleur vive, ou peignez-les d'une couleur qui contraste avec les murs et le sol. Ceci aidera les personnes atteintes de basse vision à trouver les chaises et à identifier celles qui sont inoccupées.
- Appliquez une large bande de ruban adhésif (ou de peinture) au bord des marches d'escalier pour les rendre plus visibles. Dans la mesure du possible, préférez les plans inclinés avec rampe plutôt que les marches d'escalier.

- Des lavabos et des toilettes blancs sur fond de carrelage blanc peuvent rendre les sanitaires difficiles à utiliser. Changez la couleur des murs et/ou du sol pour accroître le contraste.
- Entourez les interrupteurs ou boutons d'un fond de couleur vive (Figure 1).
- S'il y a des ascenseurs, placez une flèche de couleur vive près du bouton d'appel ou entourez-le d'un fond



Figure 1

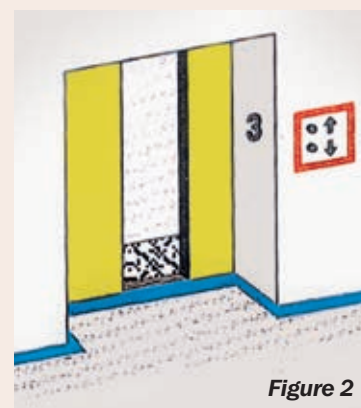


Figure 2

de couleur vive. Vous pouvez aussi peindre les portes d'une couleur différente (Figure 2).

Conseils pour le personnel en contact avec des patients atteints de basse vision

- Soyez patients : les personnes atteintes de basse vision peuvent s'être déjà rendues dans de nombreuses unités de soins oculaires ou avoir consulté de nombreux professionnels. Elles ont souvent raconté plusieurs fois leur histoire.
- Soyez compréhensifs : la personne risque d'abord d'être furieuse lorsqu'elle apprendra que sa perte de vision est incurable. Écoutez et soyez attentionné, mais ne donnez pas de faux espoirs.

Examen de la réfraction

On ne peut pas sous-estimer l'importance d'un bon examen de la réfraction dans l'évaluation de la basse vision.

La mesure de la réfraction d'une personne atteinte de basse vision est différente de celle d'une personne dont la vue peut être ramenée à la normale (10/10). En effet, les personnes atteintes de basse vision sont moins sensibles aux petites variations de puissance entre les verres d'essai et peuvent répondre beaucoup plus lentement. Il est donc essentiel de faire preuve de patience. Vous pouvez utiliser la méthode de l'encadrement (voir encadré ci-contre) pour vous simplifier la tâche.

La fatigue et la frustration peuvent avoir un impact négatif sur le résultat de la réfraction. Assurez-vous que la personne est assise confortablement et donnez-lui le temps de se remettre dès que vous remarquez chez elle un signe de stress ou de fatigue.

Durant l'examen de la réfraction, le tableau d'optotypes doit se trouver à une distance à laquelle le patient peut voir au moins la première ligne de caractères. Utilisez l'ouverture maximale des verres d'essai pour permettre au patient de bouger la tête et les yeux et fixer de façon excentrique (voir encadré ci-contre).

Évaluez l'addition nécessaire en vision de près et mesurez la distance de travail à laquelle le patient est à l'aise. Notez sa meilleure acuité visuelle de près et de loin après correction.

Évaluer la vision résiduelle

Nous ne pourrions émettre des recommandations utiles pour un patient atteint de basse vision que lorsque nous aurons évalué ses fonctions visuelles. Par exemple, une personne présentant une faible sensibilité au contraste pourra avoir besoin de grossissements plus importants que ce que suggère son acuité visuelle de près.

Lors d'une évaluation de la basse vision, nous devons donc prendre en compte :

- 1 Acuité visuelle de loin
- 2 Acuité visuelle de près
- 3 Sensibilité au contraste

Méthode de l'encadrement

Les patients présentant une mauvaise acuité visuelle peuvent avoir des difficultés à repérer de petits changements de netteté et donc de puissance entre les verres d'essai. Il est donc souvent nécessaire de procéder à des changements de puissance importants. La méthode d'encadrement peut alors s'avérer utile.

Par exemple, utilisez un verre d'essai de +2 DS et comparez-le à un verre d'essai de -2 DS. Si le patient est capable de différencier les deux, ajoutez alors le verre qui donne la meilleure vision et répétez l'opération : avec un verre de +1 DS et un verre de -1 DS, etc.

Il peut être nécessaire de mesurer la réfraction en plaçant l'échelle à une distance inférieure ou égale à 3 mètres. Dans ce cas, le résultat sera trop positif (l'échelle à 3 mètres agit comme un objet proche, ce qui ajoute une vergence d'environ -0,3 D dans le plan du verre d'essai) et il vous faudra corriger le résultat en fonction de la distance à laquelle est placée l'échelle.

Adapté de : Subjective Refraction: Principles and Techniques for the Correction of Spherical Ametropia.
www.banjoben.com/low_vision_refraction.htm

Vision excentrique

Les personnes ayant perdu leur vision centrale (souvent associée à une dégénérescence maculaire) doivent généralement développer une technique de vision excentrique qui fait appel à la vision périphérique plutôt qu'à la vision centrale. En effet, il leur sera souvent plus facile de voir un objet si elles ne le regardent pas directement, mais le regardent plutôt d'un côté ou de l'autre.

La vision excentrique est difficile à enseigner et à apprendre. Vous pouvez cependant commencer par encourager la personne à essayer de trouver par elle-même la meilleure zone de vision, en commençant par des objets, puis des visages et plus tard des lettres ou des mots en gros caractères. La personne finira par apprendre à contrôler ses mouvements oculaires.

Si vous avez accès à Internet, rendez-vous sur www.mdsupport.org/evtraining.html pour un entraînement étape par étape à la vision excentrique (en anglais).

- 4 Champ visuel
- 5 Sensibilité à la lumière
- 6 Vision des couleurs.

Si vous travaillez dans un environnement aux ressources limitées, les acuités visuelles de près et de loin peuvent faire l'objet d'un examen complet en vue de leur amélioration et les autres fonctions visuelles peuvent être testées de façon fonctionnelle, comme suggéré ici.

Si vous travaillez dans un service d'ophtalmologie hospitalier, pratiquez les tests adaptés et utilisez l'équipement qui convient.

Acuité visuelle de loin

Nous sommes habitués à tester l'acuité visuelle de loin au moyen d'échelles de

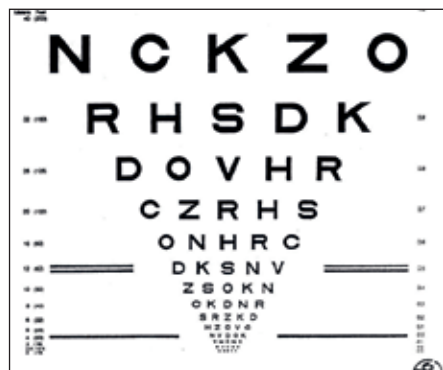
Snellen, de Monoyer, etc., à des distances standard (par exemple cinq mètres). Cependant, lorsque vous testez une personne atteinte de basse vision, il est préférable d'utiliser des échelles logMAR car elles donnent de meilleures mesures de l'acuité visuelle. Si la personne ne peut pas voir les lettres à cinq mètres, le test doit être fait à d'autres distances, par exemple deux mètres, un mètre, etc.

La Figure 1 montre les difficultés qu'une personne peut éprouver en fonction de son acuité visuelle de loin, ainsi que le type d'aide qui peut lui être bénéfique : aides visuelles optiques, aides visuelles non optiques, modifications environnementales et orientation vers des services de réadaptation et d'éducation spécialisés.

Figure 1. Influence de l'acuité visuelle de loin sur les difficultés éprouvées et le type d'aide à apporter

Acuité visuelle (AV) de loin (mesurée de préférence quand la personne porte des verres correcteurs adéquats)				
AV ≥ 3/10	1/10 ≤ AV < 3/10	1/20 ≤ AV < 1/10	1/50 ≤ AV < 1/20	AV < 1/50
Difficultés à effectuer des activités quotidiennes : s'habiller, manger, se promener, reconnaître les visages				
+/-	+	++	+++	+++++
Bénéfices retirés de l'utilisation d'aides optiques de type loupe				
+/-	+	++	++	Très peu
Bénéfices retirés des modifications environnementales (voir page 11)				
+/-	+	++	++	++
Besoins en réadaptation et éducation spécialisée				
+/-	+	++	+++	+++++

Figure 2. Une échelle logMAR contient un nombre égal de lettres sur chaque ligne, des espaces réguliers entre les lignes et les lettres et une progression régulière de la taille des lettres.



Acuité visuelle de près

Il est très important de tester la vision de près de tous les patients et pas seulement de ceux qui savent lire et écrire. En effet, une bonne vision de près est essentielle pour de nombreuses activités. La connaissance de l'acuité visuelle de près est également nécessaire à la prescription de lunettes pour les tâches rapprochées (voir aussi pages 12-14).

Vous pouvez tester l'acuité visuelle de près avec des échelles logMAR (Figure 2) semblables à celles utilisées pour les tests d'acuité visuelle à distance. Il est important d'utiliser des tests comparables pour mesurer les deux types d'acuité visuelle. Le choix du test dépend de l'âge, du niveau de développement ou d'alphabétisme d'un patient. Vous pouvez par exemple choisir l'échelle d'Armaignac ou les anneaux de Landolt.

Il peut être utile d'évaluer la vision de près à une distance de 25 cm pour estimer le grossissement requis (voir page 13). Notez

que les personnes presbytes peuvent avoir besoin d'une addition supplémentaire pour lire à cette distance. En plus de la vision de près, la capacité à lire et à écrire doit être évaluée pour les personnes lettrées, car la lecture requiert d'autres fonctions qui ne sont pas évaluées dans un test d'acuité, par exemple la capacité à localiser la ligne imprimée suivante. Si seule l'acuité de près est évaluée, des difficultés de lecture peuvent passer inaperçues.

Le meilleur moyen d'évaluer la lecture consiste à demander à la personne de lire à haute voix un texte imprimé tiré d'un journal ou d'un livre. La lecture à haute voix devrait permettre à l'évaluateur d'entendre les erreurs et d'observer les compétences visuelles du lecteur.

Sensibilité au contraste

La sensibilité au contraste est la mesure de la capacité de l'œil à détecter les différences avec l'arrière-plan ou de niveaux de gris, ou encore les faibles modifications de luminosité. La grande majorité de notre environnement est modérément ou peu contrasté. Les échelles d'acuité visuelle sont en fait parmi les rares objets très contrastés.

Une sensibilité réduite au contraste peut être évaluée de façon fonctionnelle en posant des questions comme :

- Vous est-il plus difficile de vous déplacer en plein soleil, à l'aube ou au crépuscule ?
- À la maison, parvenez-vous à distinguer un interrupteur blanc sur un mur pâle ?
- Pouvez-vous lire vos factures (souvent imprimées avec peu de contraste) ?

Il existe plusieurs façons de tester cliniquement la sensibilité au contraste (par exemple l'échelle de Pelli-Robson), mais il s'agit d'échelles onéreuses qui supposent en outre que la personne testée sache lire et écrire. L'échelle de sensibilité au contraste de LEA est une solution moins coûteuse (voir page 24 pour commander) : elle convient aux personnes illettrées et aux enfants.

Une faible sensibilité au contraste peut expliquer pourquoi une personne dont l'acuité visuelle est de 1,5/10 peut effectuer de nombreuses tâches correctement mais rencontre des difficultés lorsque l'éclairage est faible.

Il n'est pas facile de traduire ces résultats en termes d'impact sur la vie quotidienne. En règle générale, une sensibilité modérée au contraste peut avoir un impact sur la lecture alors qu'une sensibilité très faible au contraste peut suggérer le besoin d'une réadaptation visuelle et d'une formation à la mobilité. En pages 8 et 11 vous trouverez des recommandations pour augmenter le contraste dans la vie quotidienne.

Sensibilité à la lumière

Lorsqu'il y a trop peu de lumière ou bien trop de lumière (éblouissement), ceci peut modifier ce qu'une personne atteinte de basse vision est capable de voir.

Les personnes ayant une **sensibilité accrue à la lumière** ont des difficultés à voir lorsque la lumière est vive (par exemple réflexion de la lumière sur un tableau ou un dessus de table brillant). Il s'agit d'un

TÉMOIGNAGE



Maritza Zuñenabar De la Cruz

Maribel Tomateo Falcon (27 ans) Pérou

Les services de basse vision lui ont permis de se fixer des objectifs réalistes. « La réadaptation visuelle m'a beaucoup aidée, essentiellement à prendre conscience de mes limites, à les accepter, à savoir quel est mon potentiel et à me fixer des objectifs. »

problème courant pour les personnes atteintes de basse vision.

En présence de lumière vive, le contraste est réduit et la reconnaissance des objets ou des personnes peut poser des difficultés.

Les personnes présentant une **sensibilité réduite à la lumière** ont également des difficultés à voir et souffrent aussi souvent d'une sensibilité réduite au contraste.

Demandez à la personne ce qui lui pose problème : par exemple voir de nuit (sensibilité réduite à la lumière) ou voir dehors en plein soleil ou lorsque la lumière se reflète sur le tableau (sensibilité accrue à la lumière). Vous trouverez en page 8 des suggestions pour aider au quotidien une personne présentant une sensibilité accrue ou réduite à la lumière.

Champ visuel

Dans l'idéal, le clinicien qui a posé le diagnostic aura évalué les champs visuels du patient dans le cadre de son évaluation clinique. Si tel n'est pas le cas, vous pouvez poser des questions au patient.

Celui-ci peut par exemple avoir remarqué qu'il ne voit pas clairement les détails mais qu'il voit suffisamment pour se déplacer. Ceci suggère une perte de champ visuel central qui est souvent due à une dégénérescence maculaire.

Une personne qui souffre d'une perte de champ visuel périphérique due à un glaucome ou à une rétinopathie pigmentaire peut distinguer les détails mais se cogner aux meubles ou trébucher sur les objets posés sur le sol.

Il existe de nombreux tests, dont des examens par confrontation (face à face), des tests statiques (par exemple l'analyseur de champ visuel de Friedmann) et des tests dynamiques (par exemple le campimètre ou les tests de Goldmann).

Le test d'Amsler est utilisé pour relever les

Suite à la page 8 ➤

TÉMOIGNAGE



Hari Bdr Thapa

Damodar BC (22 ans) Népal

« La société me voyait sous un jour négatif. Je me demandais comment je pourrais mener ma vie. [Mais maintenant] la société me voit sous un jour plus positif. La plupart du temps, j'entends des gens dire que les personnes qui ont une basse vision peuvent aussi faire de bonnes choses et travailler comme des gens normaux. »

zones de pertes visuelles importantes dans un rayon de 20° de l'axe visuel central (la partie de la rétine qui traite les petits détails). La personne doit porter ses lunettes de lecture ou ses lunettes bifocales pendant le test.

Pour la périmétrie, par exemple la périmétrie de Humphrey, un nouveau périmètre à main peut être commandé auprès du VISION 2020 Low Vision Resource Centre (voir page 24). Il est d'utilisation rapide et fournit des résultats fiables et reproductibles.

L'encadré ci-dessous présente des suggestions pratiques pour aider les personnes présentant une perte de champ visuel.

Vision des couleurs

Il est rare qu'une personne soit complètement daltonienne, mais les personnes souffrant de basse vision ont souvent une perception réduite des couleurs. Ceci peut être évalué en posant des questions comme : « Avez-vous des difficultés lorsque vous cherchez des vêtements de couleurs similaires ou assorties ? Avez-vous du mal à distinguer des nuances de couleurs ? »

Il existe des méthodes formelles pour tester la vision des couleurs, comme le test d'Ishihara et le test de Farnsworth D-15, qui requièrent une organisation des couleurs. En pratique, il est généralement suffisant de vérifier si le patient peut voir ou faire correspondre les couleurs primaires (par exemple le rouge, le vert et le bleu). Vous pouvez utiliser à cette fin des crayons de couleur ou des morceaux de tissus de couleur, par exemple, et demander à la personne quelle couleur elle voit.

Un test clinique de vision des couleurs peut parfois être important pour poser un diagnostic exact quant à la cause de la perte de vision d'un patient.

L'encadré ci-dessous contient des suggestions pour améliorer le quotidien en cas de perception réduite des couleurs.

Élaborer un plan d'action

Vous devez maintenant élaborer un plan d'action en vous basant sur toutes les informations que vous avez recueillies sur votre patient atteint de basse vision.

De quoi a besoin cette personne ? Ceci dépend de son passé, de ses capacités physiques, de la nature de sa vision résiduelle et de ce qu'elle veut faire.

Vous pouvez suggérer les interventions suivantes : aides visuelles grossissantes, aides non optiques et modifications environnementales.

L'article en page 11 et les études de cas en page 10 vous offriront également des suggestions.

Déterminer le grossissement requis et choisir une aide visuelle

Dans beaucoup de cas, une personne atteinte de basse vision retirera des bénéfices de l'utilisation d'aides visuelles grossissantes dans les tâches de la vie quotidienne, pour améliorer sa vision de près ou de loin. L'article en pages 12-14 souligne les avantages et inconvénients de différentes aides visuelles et offre des conseils pour estimer le grossissement qui conviendra à un patient et choisir une ou plusieurs aides visuelles que le patient pourra tester.

Lors du premier rendez-vous, si possible,

Petits trucs pour améliorer la vie quotidienne

Sensibilité réduite au contraste

En cas de faible sensibilité au contraste, recommandez au patient d'accroître les contrastes dans son environnement. Ceci peut être fait de deux façons :

- **Amélioration de l'éclairage :**

par exemple, s'asseoir près de la fenêtre pour lire ou coudre ou bien utiliser une lampe. Attention : la lumière très vive, y compris la lumière solaire directe, peut réduire les contrastes.

- **Modifications environnementales :**

par exemple peindre des bandes contrastées sur les marches d'escalier ou utiliser une fenêtre de lecture (voir photo à droite).

Sensibilité réduite ou accrue à la lumière

Dans ce cas, la clé réside dans l'apport adéquat de lumière.

En cas de sensibilité réduite à la lumière, recommandez au patient de s'asseoir près d'une fenêtre ou d'essayer différents types de lampes.

Durant la consultation, vous pouvez déterminer les meilleures conditions d'éclairage pour des tâches spécifiques comme la lecture ou la couture en laissant la personne essayer plusieurs types de lampes.

Les personnes avec une sensibilité accrue à la lumière peuvent porter des lunettes teintées, des lunettes de soleil ou une casquette lorsqu'elles sont à l'extérieur afin de réduire l'éblouissement.

Des filtres (photo de gauche) peuvent aider les personnes qui souffrent à la fois de faible sensibilité au contraste et de sensibilité accrue à la lumière : ils permettent de réduire l'éblouissement et d'accroître les contrastes. Les filtres ressemblent à des lunettes de protection, ne coûtent pas cher (voir page 24 pour commander) et sont disponibles dans de nombreuses couleurs (jaune, marron, gris, rouge, etc.) et nuances.

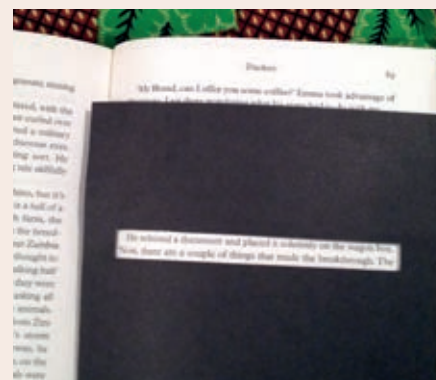
Certaines personnes peuvent avoir besoin de deux nuances d'un filtre spécifique : une nuance pour utilisation en intérieur (claire) et une autre pour utilisation en extérieur (foncée).

Perte de champ visuel

Pour aider un patient présentant une perte de champ visuel central :

- Donnez-lui une loupe à fort grossissement
- Montrez-lui comment utiliser sa vision excentrique (voir encadré en page 6).

En cas de perte de champ visuel périphérique, le meilleur conseil est de dégager les



Une fenêtre de lecture permet d'accroître le contraste et peut réduire le niveau de grossissement requis.

lieux de passage et de ne pas déplacer les meubles dans la maison. Une canne peut s'avérer très utile pour se promener à l'extérieur.

Perception réduite des couleurs

Les patients qui souffrent de dyschromatopsie ou de vision trouble peuvent avoir des difficultés à faire la distinction entre deux couleurs similaires. Vous pouvez leur conseiller ce qui suit :

- Organiser le garde-manger de façon à ce que les boîtes de conserve ou les aliments de couleurs contrastées soient les uns à côté des autres.
- Demander à quelqu'un d'aider à marquer les vêtements ou à préparer des ensembles vestimentaires à l'avance (sur le même porte-manteau ou la même étagère).
- Utiliser les autres sens (le toucher et l'odorat) pour identifier les fruits mûrs.

Voir aussi les études de cas à la page 10 et l'article en page 11



Un filtre rouge permet à cet homme atteint d'achromatopsie (forme rare de daltonisme entraînant une très forte photosensibilité) de voir à la lumière du jour.

essayez de fournir une seule aide visuelle. Concentrez-vous sur le problème le plus simple à résoudre ou le plus urgent pour le patient.

Avant de sélectionner une aide visuelle, commencez par réfléchir aux points suivants (voir aussi pages 12-14) :

- 1 Les compétences visuelles de la personne :** peut-elle utiliser ses deux yeux ? Prenez en compte ses vices de réfraction, sa capacité à accommoder et son âge.
- 2 La tâche que le patient veut effectuer :** a-t-il besoin qu'une ou que ses deux mains soient libres ?
- 3 La durée de la tâche :** courte (lire une étiquette de médicament par exemple) ou longue (lire un livre par exemple) ? Pour une tâche courte, une loupe à main suffira, mais pour de longues périodes de lecture une visiolette, une loupe à poser ou des lunettes grossissantes seront plus adaptées.
- 4 L'état physique du patient :** si sa main tremble, une loupe à main ne sera pas adaptée et des lunettes grossissantes seront plus utiles.

Autres considérations à prendre en compte :

- Cette aide visuelle est-elle facilement disponible ?
- Sera-t-elle acceptable pour le patient ?
- Quel est son coût ?
- La durée d'apprentissage pour se servir de l'aide. Le patient reviendra-t-il si l'aide visuelle est difficile à utiliser ?

En fonction de la tâche que le patient veut réaliser, faites la démonstration d'une ou de plusieurs aides visuelles qui offrent le niveau de grossissement souhaité. Laissez au patient le temps d'utiliser chaque aide pour voir laquelle lui convient le mieux.

Dans la mesure du possible, encouragez le patient à s'entraîner en faisant quelque chose de similaire à une activité pratiquée à la maison, au travail ou à l'école. Vérifiez la facilité avec laquelle le patient utilise les différentes aides et suggérez au besoin de petites modifications. Par exemple, ajoutez une fenêtre de lecture (voir photo dans l'encadré page 8) ou un pupitre ou bien augmentez l'éclairage.

Il est important d'être à l'écoute du patient: se sent-il à l'aise ? Quelles sont ses capacités physiques ? **Il ne sert à rien de donner une loupe à un patient s'il n'est pas capable de l'utiliser ou n'aime pas s'en servir.**

Apprendre à utiliser une aide pour la basse vision requiert du temps. Si la personne apprend à bien s'en servir, elle prendra confiance en elle et sera plus susceptible de revenir pour demander de l'aide.

Aides non optiques et modifications environnementales

De simples objets et/ou modifications de l'environnement peuvent aider une personne atteinte de basse vision à mener à bien ses tâches quotidiennes. Par exemple :

- Port d'une casquette contre l'éblouissement
- Pupitre de lecture pour limiter la fatigue



TÉMOIGNAGE

Comment former les patients à utiliser des aides visuelles

Ving Fai Chan est optométriste et travaille pour le International Centre for Eye Care Education ou ICEE (Centre international pour

l'enseignement de la santé oculaire). Il enseigne au Asmara College of Health Sciences en Érythrée et est le seul professionnel à offrir des services de basse vision dans ce pays.

La première fois que j'ai essayé de conduire une voiture, mon père, assis à mes côtés, s'attendait à ce que j'y arrive du premier coup. Quand j'ai éprouvé des difficultés, j'ai tout de suite été déçu. Je pensais que je ne conduirais plus jamais.

C'est la même chose quand une personne atteinte de basse vision essaie d'utiliser une aide visuelle pour la première fois. Il est possible que nous, spécialistes de la basse vision, nous attendions à ce qu'elle sache parfaitement comment l'utiliser sans que nous ayons à la former ou à l'encourager. Nous pensons que du moment que la personne a atteint sa vision souhaitée à la clinique, notre travail est terminé. Loin de là !

L'utilisation d'aides pour la basse vision requiert le développement de compétences totalement nouvelles qui impliquent souvent une coordination oculomanuelle complexe. Tout ça demande de la pratique. Ce qui nous semble naturel et simple, comme faire la mise au point sur une télé loupe, ne sera pas facile pour un patient qui s'y prend pour la première fois. La seule façon de régler ce problème est de toujours soutenir et encourager nos patients.

Vous pouvez vous baser sur les étapes qui suivent :

- 1** Expliquez d'abord au patient que ce n'est pas un problème de ne pas

réussir pas à accomplir cette tâche la première fois. Insistez bien que c'est tout à fait normal.

- 2** Essayez d'expliquer qu'il y a des choses que le patient peut faire et d'autres qu'il ne peut pas faire en raison de sa perte visuelle, et ce, même avec des aides visuelles. Si ceci n'est pas clarifié, le patient aura des attentes irréalistes et sera déçu par ses résultats. Il pourrait arrêter de s'entraîner à utiliser l'aide visuelle.

- 3** Donnez-lui des consignes claires, pas à pas. Les personnes atteintes de basse vision répondent habituellement bien à des consignes verbales. Vous pouvez également donner des consignes par écrit si le patient ou un membre de sa famille sait lire. Utilisez dans la mesure du possible de gros caractères et un fort contraste.

“ Pour utiliser une aide visuelle, il faut développer de nouvelles compétences ”

- 4** Offrez au patient des séances de formation régulières. N'introduisez de nouvelles compétences qu'une fois que votre patient maîtrise les compétences déjà introduites. Vous risquez de le stresser si vous lui présentez trop d'informations à la fois.
- 5** Faites un suivi régulier. Tous les patients aiment que l'on s'occupe d'eux. Encouragez-les et félicitez-les lorsqu'ils ont réussi à maîtriser une tâche. Essayez de développer leur confiance en eux et soyez à l'écoute de leurs difficultés. Parfois, il vaut mieux écouter que parler.
- 6** Aidez votre patient à surmonter les défis les uns après les autres. Parfois, le fait de rencontrer une autre personne atteinte de basse vision peut prouver au patient qu'il est possible de venir à bout des difficultés.

À chaque fois que mes patients reviennent avec un problème, je leur offre mes encouragements et mon soutien : c'est la meilleure façon dont je puisse les aider.

- Fenêtre de lecture pour augmenter le contraste
- Lampes
- Filtres
- Lunettes de soleil
- Peindre des lignes sur les marches
- Utiliser des couleurs contrastées dans la maison.

Vous trouverez d'autres suggestions aux pages 8, 10 et 11.

Suivi et orientation-recours

Décidez quand le patient devra revenir vous voir et, si possible, fixez un rendez-vous.

Considérez également les autres types d'assistance dont le patient pourrait avoir besoin, par exemple soutien pédago-

gique et/ou réadaptation visuelle et formation à la mobilité.

Lorsque vous orientez le patient vers d'autres services, rédigez les lettres ou notes requises et vérifiez que le patient sait où il doit se rendre.

Dans la mesure du possible, assurez-vous auprès des services en question que votre patient s'y est bien rendu ou a pris un rendez-vous.

Remerciements à Tanuja Britto (ophtalmologiste) et Anitha Jayan (spécialiste en réadaptation), Joseph Eye Hospital, Tiruchirapally, Inde.

Suite à la page 10 ►



ÉTUDES DE CAS

Les études de cas ci-dessous décrivent des personnes réelles et démontrent en pratique des évaluations de la basse vision et les interventions qui en résultent. Elles indiquent comment le diagnostic et le recueil des antécédents peuvent nous aider à définir nos priorités durant l'évaluation et à identifier quelles interventions, en particulier les interventions non optiques, peuvent être bénéfiques au patient.

Enseignant de 60 ans à la retraite atteint de dégénérescence maculaire liée à l'âge

Situation

Ce patient se plaignait de ne plus pouvoir lire de textes en petits caractères, alors que cette activité avait été essentielle dans sa vie. Il enseignait également à des étudiants et travaillait beaucoup sur son ordinateur à la maison. Après un entretien plus poussé, il est apparu qu'il avait aussi des difficultés de communication. D'après ses antécédents, l'entretien et le diagnostic, nous savions que ce monsieur souffrait d'une perte de champ visuel central et d'une faible sensibilité au contraste.

Évaluation de la vision et correction

L'équipe de basse vision a évalué sa meilleure acuité visuelle après correction de loin et de près, sa sensibilité au contraste,

ses capacités à lire et à écrire, ainsi que l'étendue de sa perte de champ visuel.

Son acuité visuelle, testée avec une échelle logMAR, était de 1,5/10 pour le meilleur œil et, avec un ajout de +2 dioptries (D), sa vision de près était de P4 à 15 cm. À 25 cm, son acuité visuelle de près s'améliora avec l'ajout de +3 D.

Recommandations

- En plus de la correction optique apportée, nous avons recommandé au patient d'utiliser une lampe de lecture et une fenêtre de lecture (voir photo page 8). Avec ces aides visuelles, il était capable de lire le journal et son écriture est devenue lisible.
- Nous lui avons aussi suggéré de porter

constamment ses lunettes bifocales, de lire avec une lampe posée sur la table et d'utiliser une fenêtre de lecture ainsi qu'un pupitre de lecture.

- Un guide à signature lui a permis de signer des chèques.
- Nous lui avons appris à utiliser sa vision excentrique (voir page 6), ce qui l'a aidé à reconnaître les personnes. Ceci a amélioré sa vie sociale.
- Nous avons souligné l'importance d'expliquer à ses amis et à sa famille la raison pour laquelle il ne pouvait pas regarder les autres en face.
- Nous avons également adressé ce monsieur aux services sociaux locaux pour obtenir une attestation de handicap et autres papiers administratifs.

Employé d'usine de 45 ans atteint de glaucome

Situation

Ce patient, qui se rendait en voiture à son travail en usine, était marié, avait deux enfants d'âge scolaire et était le principal soutien de famille. Il a indiqué qu'il avait des difficultés à conduire et à travailler en soirée, ainsi qu'à se déplacer dans l'usine. Ces difficultés étaient le résultat d'une perte de champ périphérique et d'une sensibilité réduite au contraste liés au glaucome. Il avait du mal à traverser la route, à identifier le bord des trottoirs, à marcher dans des endroits sombres et à identifier des points de repère. Ceci suggérait qu'il aurait besoin de plus de lumière le soir et dans des situations où l'éclairage était faible.

Évaluation de la vision

Nous avons effectué les tests suivants : mesure de l'acuité visuelle de près et de loin

avec la meilleure correction possible, mesure du champ visuel par confrontation et test de sensibilité au contraste en utilisant des objets de couleur claire sur fond foncé. Nous sommes allés marcher un petit moment avec le patient pour tester sa mobilité dans différentes conditions d'éclairage. Son acuité visuelle de loin était de 2,5/10 avec des lunettes de myope de -4 dioptries (D). Il pouvait lire P4 sans ses lunettes à 20 cm.

Recommandations

- Nous avons prescrit au patient une loupe à main de 6 D afin qu'il puisse lire plus aisément le journal et les petits caractères sur les machines-outils.
- Nous lui avons également recommandé de porter une casquette avec visière pour

réduire l'éblouissement par la lumière vive du soleil.

- Après une discussion avec son employeur, les niveaux d'éclairage de l'usine ont été améliorés. Ceci a accru le contraste et a permis au patient de repérer plus facilement les portes et les piliers en béton. Sa mobilité en a été améliorée, tout comme son efficacité au travail et sa confiance en lui.
- Nous lui avons également suggéré d'utiliser les transports en commun ou de faire du covoiturage avec des collègues pour se rendre au travail.
- Nous lui avons expliqué qu'il était nécessaire de consulter régulièrement et de continuer à prendre ses médicaments pour le glaucome.

Femme de 75 ans atteinte de rétinopathie diabétique

Situation

La rétinopathie diabétique avait eu pour effet chez cette patiente de transformer sa maison en terre inconnue, même si elle avait bénéficié d'une opération de la cataracte avec implantation intraoculaire. Cette patiente était incapable de reconnaître les ustensiles de cuisine et autres objets comme les pots d'épices. Elle ne pouvait pas non plus distinguer les boutons de sa gazinière. Elle voulait faire la cuisine, les courses, jardiner et lire.

La pseudophakie s'accompagne d'une perte d'accommodation, alors que la rétinopathie diabétique peut résulter en une sensibilité à la lumière, un champ visuel partiel avec réduction de la sensibilité au contraste et du discernement des couleurs.

Évaluation de la vision

Nous avons évalué les fonctions visuelles de cette patiente. Sa meilleure acuité visuelle de loin avec correction était de 1/10 avec une correction astigmatique. Avec l'ajout de +4 dioptries (D), elle pouvait lire P6 à 20 cm.

Recommandations

- Les interventions suggérées se sont focalisées sur l'amélioration de son acuité visuelle de près et incluaient une loupe à poser éclairante de 8 D. La patiente pouvait maintenant lire des caractères de taille normale avec un pupitre de lecture pour être plus à l'aise. Elle pouvait également utiliser une loupe pour reconnaître les différentes dénominations de la monnaie.

- Nous avons formé cette patiente à utiliser sa vision excentrique pour faciliter ses activités quotidiennes. Elle a aussi appris à plier ses billets de banques différemment selon les dénominations afin de les reconnaître.
- Pour simplifier sa vie dans la cuisine, nous lui avons conseillé d'utiliser des étiquettes de différentes couleurs pour différents pots et d'utiliser des récipients de différentes formes ou tailles pour ses épices. Nous lui avons aussi conseillé de retirer tous les meubles superflus des zones de passage. Elle a aussi apprécié d'autres aides non optiques comme un guide à signature pour ses chèques et un éclairage supplémentaire pour le travail de près.