

## FUNCTION VISUELLE

### PROBLÈME

Les principales causes de déficience visuelle chez la personne âgée sont la dégénérescence maculaire, la cataracte, le glaucome et la rétinopathie diabétique. De plus, les déficits de perception visuelle (incapacité de percevoir la position des objets dans l'environnement) sont des conséquences fréquentes des accidents cérébrovasculaires et sont souvent observés aux stades avancés de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences. Dans n'importe quel établissement, on doit s'attendre à trouver un nombre significatif de résidents ayant des difficultés pour accomplir des tâches dépendant de leur vue de même que de personnes ayant des problèmes d'adaptation liés à la perte de la vision.

Les conséquences de la perte de la vision sont multiples et peuvent sérieusement affecter la sécurité physique, l'image de soi, la participation à des activités sociales, les actes de la vie quotidienne et la rééducation.

Ce protocole permet avant tout l'identification de deux groupes de résidents :

- ceux qui ont une ou plusieurs pathologies accessibles à un traitement, mais qui sont menacés par une cécité définitive (p. ex., glaucome, diabète, hémorragie rétinienne) ;
- ceux qui ont un déficit visuel et dont la qualité de vie s'améliorerait grâce à un appareillage approprié.

On suppose que les résidents qui présentent un changement brutal de leur vision ont été placés sous surveillance, dès l'identification du problème (perte brutale d'acuité visuelle, oeil rouge récent, zona...). Dans le cas où cela n'aurait pas été fait, la procédure suggérée dans ce protocole doit inciter l'équipe à se demander si une consultation spécialisée s'impose.

### DIRECTIVES

La déficience visuelle peut être reliée à de nombreuses causes et l'un des objectifs de ce chapitre est de dépister la présence de facteurs de risque majeurs et de passer en revue l'histoire récente du traitement du résident. Ce chapitre comprend également des questions qui permettent de savoir si le résident souhaite ou a besoin d'une amélioration de sa vue.

**Médication ophtalmologique** : examinez le traitement médicamenteux du glaucome (phospholine iodide, pilocarpine, propine, épinéphrine, tymoptic ou autres bêta-bloquants, diamox ou Neptazane).

- Le résident reçoit-il son traitement tel qu'il a été prescrit ?
- Le résident présente-t-il des effets secondaires ?

**Diabète, cataracte, glaucome ou dégénérescence maculaire :** le diabète peut toucher les yeux en favorisant des hémorragies au niveau de la rétine (rétinopathie).

Toutes ces pathologies sont associées à une réduction de l'acuité visuelle et à un déficit du champ visuel. Si le résident est capable de coopérer, il est tout à fait possible de rechercher des problèmes rétinien et de glaucome.

Examen par un ophtalmologue dès qu'un problème est relevé.

- Le résident a-t-il été examiné par un spécialiste ?
- Les recommandations ont-elles été suivies (médicaments, nouvelles lunettes, chirurgie) ?
- Les recommandations sont-elles compatibles avec les souhaits du résident (p. ex : traitement médical ou chirurgical) ?

**Si une pathologie neurologique ou une démence a été constatée par un médecin depuis l'apparition du problème visuel :** revoir le dossier médical afin de chercher si un médecin a examiné le résident pour des difficultés de vision ou de perception. En effet, certains résidents présentant une pathologie telle qu'un accident vasculaire cérébral, une démence ou une myasthénie, peuvent, en l'absence d'une maladie spécifique des yeux, avoir des difficultés d'ordre visuel liées à une atteinte du système nerveux central.

**Tristesse ou anxiété :** certains résidents, surtout dans un nouvel environnement, peuvent se plaindre de difficultés visuelles qui peuvent s'améliorer avec le traitement de l'anxiété ou de la tristesse.

**L'utilisation inappropriée de lunettes :** Les résidents peuvent aggraver leur handicap en n'utilisant pas leurs lunettes. Les résidents qui portent des lunettes de lecture en marchant par exemple, peuvent mal percevoir leur environnement et heurter des objets ou tomber.

- Les lunettes sont-elles marquées ou identifiées par une couleur qui permette au résident/à l'équipe de savoir quand elles doivent être portées (lunettes de marche, de lecture) ?
- Les verres de lunettes sont-ils propres et exempts de rayures ?
- Les lunettes ont-elles été récemment perdues ? Ont-elles été utilisées récemment, et sont elles maintenant égarées ?

**Besoin d'un examen ophtalmologique/de nouvelles lunettes :** beaucoup de résidents ayant une mauvaise vue seront capables d'évoluer dans leur environnement sans grande difficulté et ni le résident, ni l'équipe ne percevront le besoin de nouvelles lunettes.

Dans d'autres circonstances, les besoins seront identifiés et, pour les résidents capables de

participer à un examen ophtalmologique, on pourra envisager de nouvelles lunettes, une intervention pour la cataracte, etc.

- Le résident présente-t-il une atteinte de la vision périphérique ou un autre problème de vision qui retentit sur sa capacité à manger, à se déplacer dans l'unité ou à communiquer avec d'autres ?
- La capacité du résident à reconnaître les membres de l'équipe est-elle limitée du fait d'un problème visuel ?
- Si le résident a des difficultés à évoluer dans son environnement ou pour participer aux AVQ du fait d'un déficit visuel, a-t-il été adressé à un ophtalmologiste ?
- Le résident exprime-t-il des difficultés lorsqu'il regarde la télévision ou lorsqu'il lit ?
- Le résident exprime-t-il un intérêt à une amélioration de sa vue ?
- Le résident a-t-il refusé de faire examiner ses yeux ? A quand cela remonte-t-il ? Cela est-il arrivé plus d'une fois ?

**Modifications de l'environnement** : les résidents dont la vision ne peut être améliorée par des lunettes ou par une intervention médicale ou chirurgicale, peuvent bénéficier d'adaptations environnementales.

- L'environnement du résident est-il propice à une vision optimum (p ex : sols et surfaces de tables non brillantes, veilleuses) ?
- L'environnement a-t-il été adapté aux besoins individuels du résident (ex : signes distinctifs pour les chambres, couleur sur les tiroirs de commode, gros numéros sur le téléphone, lampe de lecture avec une ampoule de 300 watts) ? Le résident pourrait-il être plus indépendant avec des repères visuels (ex : objets marqués, segmentation des tâches) ou d'autres repères sensoriels (ex : canne permettant de reconnaître les obstacles sur le passage) ?

**Problèmes aigus qui ont pu être oubliés** : douleur oculaire, vision double ou floue, perte brutale de la vision : ces symptômes sont habituellement associés à des problèmes aigus de l'oeil.

- Le résident a-t-il été examiné par un médecin ou un ophtalmologiste ?

Les résidents présentant des difficultés de communication peuvent être très difficiles à évaluer. Les résidents qui sont incapables de comprendre les autres peuvent avoir des problèmes pour suivre les directives nécessaires à la réalisation d'un test d'acuité visuelle.

23 juin 2009  
Éditique : Dr Lucien Mias