



## Services en basse vision

### Question de principe

Les tendances démographiques actuelles indiquent que de plus en plus de Canadiennes et Canadiens souffrent d'une perte de vision qui ne peut être corrigée au moyen de lunettes ou d'interventions médicales ou chirurgicales, et qui est assez grave pour perturber leurs tâches quotidiennes. Les optométristes jouent un rôle de premier plan dans la prestation de services en basse vision, et ils peuvent le faire dans le cadre d'une équipe interdisciplinaire de fournisseurs de soins de santé qui travaille en collaboration pour répondre aux besoins des patients.

### Définitions

La basse vision se définit comme un niveau de déficience visuelle (diminution mesurable de la vision) qui ne peut être corrigé par des lunettes conventionnelles ou par des interventions médicales ou chirurgicales, et qui entraîne une incapacité ou la limitation des activités. Par conséquent, la personne n'est pas en mesure d'entreprendre les activités souhaitées en raison d'une perte de vision. (Leat SJ, Legge E, et coll. 1999, American Academy of Ophthalmology 2013; Markowitz SN 2006)

La réadaptation en basse vision (RBV) apprend aux patients à utiliser leur vision résiduelle, des techniques de compensation, ou des adaptations pratiques à leur environnement pour optimiser de façon sûre l'indépendance fonctionnelle, pour maintenir la qualité de vie et pour aider à l'adaptation aux aspects psychosociaux de la perte de vision. On peut utiliser tout un éventail de dispositifs visuels et adaptés (p. ex., loupes, éclairage amélioré, lentilles absorbantes, télescopes monoculaires, dispositifs électroniques, reconnaissance optique des caractères). Avant et pendant la réadaptation, le problème oculaire médical du patient est évalué et traité au moyen des méthodes conventionnelles afin de maintenir et d'optimiser le potentiel visuel du patient. La réadaptation en basse vision doit être personnalisée afin de respecter les objectifs, les limites et les ressources propres à chaque patient. (Jutai et coll. 2005) Le processus de réadaptation devrait commencer le plus tôt possible dans le processus pathologique en vue de faciliter l'adaptation du patient et d'accroître son indépendance.

### Énoncé de principe

Selon les besoins des patients, les services en basse vision peuvent être offerts par une équipe interdisciplinaire comprenant notamment des optométristes, des ophtalmologistes, des opticiens, des ergothérapeutes, des psychologues, des travailleurs sociaux et d'autres spécialistes en basse vision et en réadaptation.

Les optométristes jouent un rôle essentiel dans la prestation de services en basse vision, notamment l'évaluation des patients/le dépistage et la reconnaissance; la prise en charge des patients, notamment la réadaptation et le traitement des pathologies sous-jacentes, au besoin;



et l'aiguillage des patients ayant une perte de vision grave vers un service plus complet de réadaptation en basse vision. Comme il a été mentionné précédemment, les optométristes peuvent travailler avec d'autres fournisseurs de soins de santé pour aider et appuyer les patients atteints de basse vision.

En ce qui a trait aux services en basse vision, l'Association canadienne des optométristes est d'avis qu'il est important de faire ce qui suit :

- a) promouvoir l'accès à des services en basse vision de grande qualité pour tous les Canadiens et Canadiennes qui en ont besoin;
- b) encourager le rôle de l'optométrie comme fournisseur de services cliniques en basse vision à l'intérieur d'une équipe interdisciplinaire;
- c) promouvoir des mesures de soins de santé appropriées permettant le dépistage, le diagnostic et le traitement le plus rapide possible des maladies ou blessures menaçantes pour la vision;
- d) encourager les optométristes à fournir aux patients des services en basse vision, notamment l'évaluation ou la reconnaissance, la prise en charge, la réadaptation et l'aiguillage, selon le cas, et conformément aux règles et normes provinciales applicables;
- e) défendre le remboursement raisonnable des optométristes qui font l'évaluation de la basse vision et fournissent des soins et des services de réadaptation en basse vision;
- f) défendre le soutien financier gouvernemental des appareils de basse vision pour les patients atteints de déficience visuelle, en vue de faciliter leur réadaptation et d'améliorer leur indépendance et leur fonctionnement;
- g) informer les fournisseurs de soins de santé du besoin de diriger rapidement les personnes vers des services professionnels de réadaptation en basse vision, dans le cadre de la gestion des patients ayant des problèmes oculaires qui mettent la vue en danger;
- h) élargir la formation sur les services en basse vision pour les étudiants en optométrie et les optométristes en activité;
- i) collaborer avec d'autres agences, organismes et professions désireux comme l'ACO d'aider les Canadiennes et Canadiens ayant une basse vision;
- j) favoriser une meilleure compréhension de la basse vision par le public en général, et les professionnels des soins de santé, les enseignants, les employeurs, les législateurs, et les organismes sans but lucratif;
- k) promouvoir des recherches fondamentales et appliquées de grande qualité sur la basse vision.



## Références

Conseil de la santé de l'œil de l'Ontario, sous-comité de réadaptation en basse vision. *Low Vision Services in Ontario: Current Status, Gaps and Recommendations for Change*, 2015.

Gordon, K., Bonfanti, A., Pearson, V., Markowitz, S., Jackson, ML., Small, L. *Comprehensive vision rehabilitation*, Revue canadienne d'optométrie (2015); 50(1), 85-86.

Jutai J, et coll. *Vision Rehabilitation : Evidence-based Review*, 2005. CNIB Baker Foundation for Vision Research.

Leat S. *A proposed model for integrated low-vision rehabilitation services in Canada*. Optometry and Vision Science, 2016; 93(1), 77-84.

Leat S, Legge GE, Bullimore MA. *What is low vision? A re-evaluation of definitions*. Optometry and Vision Science, 1999; 76(4), 198-211.

Markowitz S. *Current options in low vision rehabilitation*. Geriatrics and Aging, 2009; 12(4), 208-11.

*Révision : mai 2017*

*Version préliminaire : juillet 2013*