



AMÉLIORER LE CONTINUUM DE SOINS ET DE SERVICES EN BASSE VISION : RAPPROCHER L'OPHTALMOLOGIE, L'OPTOMÉTRIE ET LA RÉADAPTATION

Article n° 09.04.03 Mots-clés : réadaptation en déficience visuelle, obstacle à la référence, optométrie, ophtalmologie.



WALTER WITTICH
Ph. D., F.A.A.O.
C.L.V.T.
Chercheur
d'établissement
Centre de réadaptation
MAB-Mackay
Centre de recherche
interdisciplinaire
en réadaptation
du Montréal
métropolitain (CRIR)



**MARIE-CHANTAL
WANET-DEFALQUE**
Ph. D.
Responsable de site
Chercheure
Institut Nazareth et
Louis-Braille et CRIR
de Sherbrooke



OLGA OVERBURY
Ph. D.
Professeure agrégée
Département
d'ophtalmologie
Université McGill
Directrice des services
en basse vision
Hôpital général juif

La réadaptation visuelle en basse vision se définit comme l'ensemble des services, techniques et outils qui aident les gens ayant une vision résiduelle à atteindre un fonctionnement optimal, à vivre de façon plus autonome et à participer à la société⁽¹⁾.

Ces services comprennent, entre autres, des stratégies liées aux activités de la vie quotidienne (AVQ), des conseils, des compétences liées à la mobilité ou des appareils de grossissement optique⁽¹⁾. Comme le confirment de plus en plus les résultats de recherche, de tels services améliorent les capacités fonctionnelles, en particulier en ce qui a trait à la lecture et aux AVQ. En outre, les patients apprécient grandement les aides fonctionnelles et la formation qu'ils reçoivent⁽²⁾. Pour assurer cette réussite, la prestation des services repose sur les interactions complexes entre divers professionnels, ce qui en fait un excellent exemple d'approche multidisciplinaire et transdisciplinaire en soins de santé. Les transitions d'un spécialiste à l'autre dans ce continuum de soins de santé oculaire ne sont cependant pas toujours aussi harmonieuses et transparentes qu'elles pourraient l'être.

L'aiguillage des personnes ayant une déficience visuelle vers les services de réadaptation et l'accès à ces services varient énormément d'un pays à l'autre, et les modèles de prestation de services entièrement fournis par l'État, tels qu'on les connaît au Québec, sont assez rares. Une étude montréalaise portant sur les obstacles à l'accès aux services, connue sous le nom de *Montreal Barriers Study*^(3,4), a révélé que 50 % des patients avisés de la possibilité d'obtenir sans frais des services de réadaptation avaient choisi de ne pas s'en prévaloir⁽³⁾. Bon nombre de participants ont signalé ne pas avoir été bien renseignés par leur professionnel de la vue; d'autres ont évoqué des problèmes de mobilité ou de transport les empêchant d'accéder aux services de réadaptation.

La personne qui répond aux critères d'admissibilité aux services de réadaptation en déficience visuelle va effectuer un parcours personnalisé, établi en fonction de sa condition oculovisuelle, de la gravité de sa déficience, et de ses incapacités et aptitudes fonctionnelles. Cela va l'amener à consulter différents professionnels, tels qu'un optométriste spécialisé en basse vision, un spécialiste en orientation et mobilité, un spécialiste en réadaptation en déficience visuelle (SRDV), un ergothérapeute, un travailleur social, etc.

Étant donné la complexité des interactions dans le cadre de la prestation de ces services, il arrive parfois que les règles administratives créent des problèmes additionnels. Au Québec, par exemple, les optométristes ne sont pas membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un établissement hospitalier. Selon les règles de la direction des services professionnels, il faut être membre de ce conseil pour être payé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), à moins d'être rémunéré par d'autres sources. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec n'a donc pas déterminé de code de facturation pour les services d'optométrie offerts en centre hospitalier.

Cette situation crée un obstacle particulier dans le cas des services de réadaptation en déficience visuelle. En effet, comme il n'y a pas d'optométristes dans les hôpitaux pour effectuer les évaluations requises, les ophtalmologues doivent faire parvenir une demande de consultation à un centre de réadaptation. Lorsque le client arrive

au centre, un spécialiste en réadaptation ou un optométriste vérifie son admissibilité aux services. Si le patient est admissible au programme d'aides prêtées par la RAMQ, l'optométriste lui fait subir un nouvel examen de la vue pour pouvoir prescrire les aides adéquates. Ce processus serait nettement simplifié si les examens optométriques étaient faits dès le départ, dans le service d'ophtalmologie ; l'attente serait moins longue et ça permettrait d'éliminer bon nombre de demandes inutiles ou inappropriées. La présence de tels services optométriques dans une clinique d'ophtalmologie en milieu hospitalier permettrait leur intégration directe dans le continuum de soins et faciliterait grandement l'accès aux services.

Un département d'ophtalmologie et deux centres de réadaptation ont donc décidé de mettre sur pied un projet pilote visant à faciliter le continuum de soins offerts en basse vision et à décrire les retombées du projet sur le roulement et l'aiguillage des patients.

Méthodologie

Dans la région montréalaise, deux agences fournissent des soins de réadaptation de la vue : le Centre de réadaptation MAB-Mackay et l'Institut Nazareth et Louis-Braille. Même si la distribution géographique de la clientèle a nécessité l'établissement de six points de service satellites afin de faciliter l'accès aux patients et de réduire leurs déplacements, aucun point n'est situé dans un établissement hospitalier. Les deux agences ont donc collaboré à l'ouverture d'un bureau satellite dans des locaux fournis par le service d'ophtalmologie de l'Hôpital général juif. Les agences ont placé à cet endroit des optométristes à temps partiel qui peuvent faire passer des examens de basse vision aux patients qui leur sont recommandés par le service interne. Comme ces optométristes sont à l'emploi des centres de réadaptation et non de l'hôpital, les règles de la politique de l'hôpital sont respectées, tout en permettant de fournir des services d'optométrie dans un lieu consacré à l'ophtalmologie.

Résultats

Ces optométristes ont vu au total 46 patients qui leur ont été envoyés par le service d'ophtalmologie. Parmi ceux-ci, neuf (19 %) étaient déjà des clients d'un centre de réadaptation et ont été suivis au bureau satellite de l'hôpital. Trois patients (7 %) n'étaient pas admissibles à des services de réadaptation visuelle étant donné leur diagnostic et leur niveau d'incapacité ; on les a cependant informés plus en détail sur les services qu'ils pourraient recevoir si leur état venait à se détériorer. Six autres patients (13 %) ont été traités au bureau satellite et ont pu répondre sans délai à leurs besoins au moment de leur rendez-vous, en leur fournissant des appareils de grossissement ou autres. Enfin, 28 patients (61 %) ont passé un examen et reçu des services initiaux de réadaptation au bureau de l'hôpital, puis ont été dirigés au bureau principal du centre de réadaptation pour recevoir d'autres services. Tous les patients admissibles sont automatiquement devenus des clients des centres de réadaptation. Fait intéressant de l'aspect qualitatif de l'étude, plusieurs patients ont dit trouver fort pratique de recevoir des services de réadaptation là où ils ont l'habitude d'aller pour leurs soins médicaux, surtout parce que l'endroit leur était familier. Les optométristes ont cependant remarqué que cette présence directe au sein du

service d'ophtalmologie n'avait pas suscité une vague immédiate de demandes de consultation.

Conclusion

Le projet pilote visait à faciliter le continuum de soins des patients présentant une déficience visuelle et à décrire ses effets sur les déplacements des patients et les demandes de consultation. Les résultats démontrent que cette nouvelle approche aux demandes de consultation et à la prestation des services est *réalisable* dans le respect des règles de la RAMQ, *pratique* puisqu'elle permet d'atteindre et d'informer les clients cibles (et leur ophtalmologiste), et *prometteuse* car elle facilite le roulement des patients et renforce la collaboration transdisciplinaire ainsi que les interactions entre les professionnels de la vue. Selon l'interprétation des résultats de l'étude *Montreal Barriers Study*, la sensibilisation aux services de réadaptation en basse vision et l'accès à de tels services pourraient être améliorés par la présence des cliniciens des centres de réadaptation dans les services d'ophtalmologie des hôpitaux. Cette nouvelle approche en fait de prestation de services découle directement des connaissances fondées sur des données probantes. Ce changement intéresse tout particulièrement les prestataires de services de réadaptation visuelle dans un contexte de rareté des ressources qui oblige bien des organisations de santé à en faire davantage avec moins.

Ce nouveau type d'introduction à la réadaptation en basse vision reste à peaufiner. Il faut faire connaître davantage les critères d'admissibilité aux services et améliorer les pratiques des ophtalmologues en ce qui a trait aux demandes de consultation. Compte tenu des demandes et des listes d'attente actuelles, on prévoit que le nombre d'heures de services en optométrie et d'attributions d'aides techniques vont aller en augmentant. Le présent exemple de regroupement des services d'ophtalmologie et d'optométrie au sein d'un même service hospitalier est une solution qui permet de renforcer le continuum de soins et de faciliter l'accès aux services. Une présentation plus détaillée sur ce sujet a déjà été publiée⁽⁵⁾. De toute évidence, l'accès aux services exigera une collaboration constante et des échanges d'information réguliers entre tous les professionnels et prestataires de soins concernés. ●

Références bibliographiques

1. CORN, A.L., ERIN, J.N. (2010). *Foundations of low vision : clinical and functional perspectives*. 2nd ed. New York: AFB Press.
2. BINNS, A.M., BUNCE, C., DICKINSON, C. et al. (2012). "How effective is low vision service provision? A systematic review". *Surv. Ophthalmol* Jan-Feb;57(1):34-65.
3. OVERBURY, O., WITTICH, W. (2011). "Barriers to low vision rehabilitation: the Montreal Barriers Study". *Investigative ophthalmology & visual science*. Nov;52(12):8933-8938.
4. SOUTHALL, K., WITTICH, W. (2012). "Barriers to Low Vision Rehabilitation: A Qualitative Approach". *Journal of Visual Impairment & Blindness* 106(5): 261-274.
5. WITTICH, W., CANUTO, A., OVERBURY, O. (2014). "Overcoming Barriers to Low Vision Rehabilitation Services: Improving the Continuum of Care". *Journal canadien d'ophtalmologie*. Sous presse.