

## SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

# Dégénérescence maculaire liée à l'âge : la rééducation de basse vision

Juin 2012

## ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE DÉFICIENCE VISUELLE

- AE** Il est recommandé d'évaluer les signes suivants pour évaluer l'état de déficience visuelle :
- une diminution de l'acuité visuelle de loin et de près, plus ou moins importante, mais avec conservation d'une partie de l'enveloppe de vision ;
  - un champ visuel modifié ;
  - un trouble du sens lumineux à type d'éblouissement ;
  - une atteinte de la vision binoculaire ;
- Il est recommandé de rechercher une perte de la notion d'espace ;
- les difficultés de déplacement du patient ;
  - la vitesse de lecture ;
  - les troubles de la coordination oculo-manuelle ;
  - la mémoire visuelle.

- AE** Afin d'évaluer la répercussion de la déficience visuelle sur le patient atteint d'une DMLA, il est recommandé de rechercher et d'évaluer un état dépressif, les tâches mentales et ergonomiques difficiles à réaliser et l'existence d'un repli sur soi.

## PRINCIPE DE PRISE EN CHARGE

- AE** La prise en charge de la basse vision dans la DMLA repose sur une équipe pluriprofessionnelle comprenant ophtalmologiste, orthoptiste, opticien, médecin traitant (médecin généraliste, gériatre, gériatologue), et selon les cas, ergothérapeute (rééducateur en locomotion et en activité de vie journalière), psychiatre, psychologue, psychomotricien, assistante sociale et les associations de patients.

### Place de l'ophtalmologiste

- AE** L'ophtalmologiste doit juger la stabilité ou l'évolutivité des lésions oculaires. Il est indispensable d'évaluer les éventuelles pathologies associées.
- Il est recommandé de mesurer l'acuité visuelle, qui permettra d'évaluer le potentiel visuel restant et de prescrire, selon les patients, un bilan de la mémoire et la réalisation d'un test cognitif.
- Il est recommandé d'orienter la consultation vers le besoin réel du patient, qu'il soit professionnel ou familial ou encore ludique.
- La rééducation de la basse vision doit être envisagée :
- aux stades non évolutifs de la DMLA exsudative (présence de cicatrices gliales,

- d'atrophie rétinienne) ;
- en présence de DMLA atrophique pure.

Pendant la phase initiale de traitement par un anti-VEGF, il n'est pas recommandé d'entreprendre une rééducation de basse vision (phase évolutive de la DMLA exsudative). Dans les autres situations, la rééducation de basse vision doit être envisagée au cas par cas.

<b>AE</b>	<p>Lorsque le bilan de la DMLA a été réalisé, il est recommandé :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• d'adresser selon le cas, le patient vers les professionnels concernés (orthoptiste, ergothérapeute, psychiatre, psychologue, etc.) ;</li><li>• de lui proposer de contacter une association de patients ;</li><li>• de lui expliquer la nécessité d'utiliser des aides visuelles et lui indiquer où le patient peut s'adresser ;</li><li>• d'informer le médecin traitant (médecin généraliste, gériatre, gérontologue) de l'équipe multidisciplinaire qui va prendre en charge le patient. Il peut orienter le patient vers les services sociaux si nécessaire (assistante sociale, MDPH par exemple).</li></ul>
-----------	---

## Place de l'orthoptiste

<b>AE</b>	<p>Avant toute prise en charge orthoptique d'un patient atteint de DMLA, il est recommandé à l'orthoptiste de réaliser ou de faire réaliser des examens complémentaires (champ visuel à la coupole de Goldmann ou au périmètre automatique à défaut, sensibilité aux contrastes, etc.) et des mesures de l'acuité visuelle avec des échelles adaptées. Ces examens sont prescrits par l'ophtalmologiste.</p>
-----------	--

<b>AE</b>	<p>Il est recommandé d'évaluer la vision fonctionnelle dans la DMLA par un bilan subjectif, dont le but est de cerner les incidences pratiques de la malvoyance et par un bilan objectif étudiant les incapacités pratiques.</p> <p>Il est recommandé, pour chacun de ces bilans, de faire une évaluation en vision éloignée, avec l'étude de la coordination oculo-manuelle et en vision de près.</p> <p>Il est recommandé, lors de ces bilans, d'utiliser des tests adaptés à chacun en fonction de l'âge, des capacités visuelles résiduelles, intellectuelles et des demandes.</p>
-----------	--

<b>AE</b>	<p>Il faut essayer de situer l'entourage familial, amical, associatif. En effet, de la motivation de l'entourage dépendent souvent des possibilités de déplacement du patient et donc le suivi rééducatif.</p>
-----------	--

<b>AE</b>	<p>Il est conseillé, si cela s'avère nécessaire, d'orienter le patient pour des évaluations fonctionnelles complémentaires vers d'autres professionnels (ergothérapeute, instructeur en locomotion, psychologue par exemple).</p> <p>Il est recommandé de construire un projet de rééducation avec le patient en fonction de sa demande, des buts à atteindre, tout en tenant compte des limites dues au déficit.</p>
-----------	---

## Rééducation de la vision fonctionnelle

Cette rééducation proposée a pour objectif d'apprendre au patient à utiliser la partie extrafovéolaire de la rétine et à tirer le meilleur parti des aides visuelles nécessaires. L'entraînement visuel sert à reprendre des activités de lecture et d'écriture et à acquérir rapidité et endurance dans ces tâches.

## Les aides visuelles

Elles ont pour but l'utilisation optimale du potentiel visuel disponible et reposent sur les principes suivants : le grossissement, le contrôle de l'éclairage et l'utilisation des contrastes.

**AE** Il est recommandé d'allier des aides techniques aux aides optiques, dont l'utilité doit correspondre aux besoins et aux capacités du patient, et dont les objectifs sont d'améliorer la réalisation de certaines tâches et de permettre de maintenir le lien avec les amis.  
Il est recommandé d'orienter le patient vers un opticien spécialisé en basse vision afin de choisir l'aide visuelle adaptée et lui apprendre à bien s'en servir lors de la rééducation.

## Place de l'opticien

L'opticien se focalise sur l'aide optique.

**AE** Il est suggéré une évaluation effectuée en deux temps : entretien et bilan optique pour sélectionner les moyens proposés et préparer l'appareillage choisi.  
Cette étape permet de reconnaître les équipements techniquement réalisables et socialement admis par le patient et son entourage (la lecture représente la majorité de la demande exprimée, suivie de l'écriture, de la reconnaissance des visages et de la tenue à table).

**AE** Lors du bilan, qui débute dès le premier contact, il est recommandé :

- d'observer le déplacement du malvoyant ;
- d'observer le regard, qui renseigne déjà sur l'importance des incapacités du patient ou sur les adaptations qu'il a déjà trouvées ;
- de mesurer les caractéristiques des aides déjà portées par le patient.

Il est recommandé de proposer des essais au magasin, de prêter les aides pour une mise en situation à la maison avant tout achat ou pour les tester en rééducation avec l'orthoptiste.  
Il est recommandé d'établir le choix de l'aide visuelle et la prescription de l'équipement après synthèse et coordination avec l'équipe rééducative.

## Place de l'ergothérapeute

**AE** L'ergothérapeute utilise l'activité comme moyen de rééducation et de réadaptation. Il peut, selon les besoins, intervenir au domicile ou en institution.

**AE** L'ergothérapeute doit analyser, avec la personne, les activités de la vie journalière et les compétences nécessaires pour maintenir l'autonomie et les habitudes de vie permettant de retrouver ou de garder une bonne socialisation :

- les soins personnels, les activités domestiques (repas, courses, entretien, rangement, utilisation de l'électroménager) ;
- les activités de loisirs (jeux de société, bricolage, travaux manuels, etc.) ;
- la communication et la vie sociale (téléphoner, écrire, utiliser l'informatique, les moyens de paiement).

**AE** Pour la réadaptation, il est recommandé de s'appuyer sur les techniques de « compensation du handicap visuel » et de tenir compte des apports de la rééducation en orthoptie.

<b>AE</b>	Les stratégies de compensation motrices, sensorielles et cognitives sont mises en place avec l'orthoptiste. Ces stratégies sont ensuite adaptées, améliorées aux demandes d'activités de la vie quotidiennes grâce au travail avec l'ergothérapeute (entraîner le toucher superficiel pour identifier les pièces de monnaie, le sens baresthésique pour apprécier le poids d'un récipient, l'audition et l'odorat pour la cuisson d'une viande, etc.).
<b>AE</b>	Il est recommandé de réaliser des petites adaptations simples et individualisées (repères visuels et tactiles sur un lave-linge, étiquettes agrandies sur les documents et les aliments, etc.).  Il est recommandé de mettre en place un matériel adapté pour favoriser les meilleures conditions possibles d'exécution des différentes tâches (montres sonores, dictaphones, téléphones, matériel pour cuisiner, choix des couleurs et contrastes pour faciliter la tenue à table, aménagement de l'environnement : éclairage, contrastes, repères).

## Place de l'instructeur en locomotion

<b>AE</b>	Pour les patients ayant des difficultés lors de leurs déplacements, l'aide d'un instructeur en locomotion peut être bénéfique. L'instructeur en locomotion apporte au patient les stratégies et les conseils nécessaires afin d'optimiser la sécurité des déplacements.
-----------	---

Des exemples d'aides techniques et optiques sont présentés dans le texte de la recommandation.

### GRADE DES RECOMMANDATIONS

- A** Preuve scientifique établie
- B** Présomption scientifique
- C** Faible niveau de preuve
- AE** Accord d'experts



Ce document présente les points essentiels de la recommandation de bonne pratique :  
« Dégénérescence maculaire liée à l'âge : prise en charge diagnostique et thérapeutique » - Recommandations pour la pratique clinique -  
date de validation par le Collège : juin 2012

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité

sur : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)