

Devenir visionnaire : évaluation d'une clinique d'examen de la vue complet dans un contexte de réadaptation gériatrique

Jennifer Klein PhD ET (A), Comb Honors BA (Gérontologie et sociologie)

Cathryn Schmidt inf. aut., M.Sc.I.

Aleem Bandali OD

Ross McKenzie OD

jennifer.klein@ualberta.ca

Résumé

Dans la population adulte âgée, les déficiences visuelles sont très prévalentes, mais en grande partie non diagnostiquées. La recherche a démontré que ces déficiences alourdissent le risque de chutes, de dépression et de mortalité chez les adultes âgés. Il n'y a pas d'études portant sur l'effet de l'implantation d'une clinique d'examen de la vue en contexte hospitalier. Cette étude proposée visait à évaluer la faisabilité de demander à des optométristes communautaires d'offrir une clinique d'examen de la vue complet (EVC) afin de détecter la perte de vision en contexte de réadaptation gériatrique. Les résultats ont révélé que l'on a diagnostiqué chez quatre-vingt-trois pour cent des participants des problèmes oculovisuels détectables dont plus de la moitié n'avaient pas été diagnostiqués auparavant. Le tiers des participants n'avaient pas consulté un spécialiste des yeux depuis deux ans. La clinique d'EVC a été établie, entraînant des dépenses minimales, imposant une faible charge de travail au personnel. Elle a permis aussi de repérer d'importants problèmes oculovisuels chez de nombreux participants.

Introduction

Les changements de la vision sont courants dans la population adulte âgée. Les consultations indiquent que la déficience visuelle chez les adultes âgés double l'incidence des chutes et les taux de mortalité, triple l'incidence de la dépression et quadruple celle des fractures de la hanche.¹⁻³ En revanche, les recherches ont révélé que l'amélioration de la fonction visuelle découlant du traitement des troubles de la vision se conjugue à une amélioration de la satisfaction à l'égard de la vie, de la mobilité, de la santé mentale, des activités à domicile et dans la collectivité.⁴ Selon des estimations, de 20 % à 50 % des aînés présentent une réduction de la vision qui n'est pas détectée.⁵ Chez les personnes qui vivent avec une déficience visuelle, plus de 50 % des déficiences sont attribuables à des problèmes faciles à corriger.⁶ La plupart de ces problèmes oculovisuels comme les erreurs de réfraction et la cataracte sont traitables, particulièrement s'ils sont repérés tôt, ce qui met en évidence l'importance des programmes de dépistage.⁷

Il n'y a pas d'études portant sur la faisabilité et l'incidence de l'implantation d'un programme de dépistage en contexte

hospitalier, et c'est pourquoi il est difficile de tirer des conclusions solides au sujet de la question de savoir si les hôpitaux devraient lancer des programmes de dépistage chez leurs patients âgés en espérant réduire davantage les déficits oculovisuels chez ceux-ci.

Buts et objectifs de l'étude

But : Évaluer la faisabilité de demander à des optométristes communautaires d'offrir une clinique d'examen de la vue complet (EVC) afin de détecter la perte de vision en contexte de réadaptation gériatrique.

Objectifs : 1) Déterminer les résultats liés au lancement du programme : nombre de patients évalués, prévalence des patients qui ont des problèmes et des déficiences de la vision, fréquence de divers diagnostics visuels, nombre de patients aiguillés vers une évaluation plus poussée de la vision et nombre de patients qui ont pris des rendez-vous de suivi.

2) Analyser les expériences personnelles à l'égard du projet pilote : facteurs habilitants (c. à d. qui appuient la réussite du

projet pilote) et difficultés selon le personnel, les patients et les optométristes communautaires qui ont participé à la clinique d'EVC.

Méthodes

Conception : Il s'agissait d'une étude de faisabilité descriptive à méthodes mixtes. Les études de faisabilité servent à déterminer si une intervention est appropriée pour procéder à des tests plus poussés. Le centre de l'étude regroupait deux unités de réadaptation en gériatrie de 36 lits chacune dans un hôpital de réadaptation de l'Ouest canadien. En général, les patients de ces unités proviennent d'hôpitaux de soins actifs. L'échantillon comportait 55 participants. On a exclu de l'étude les patients qui ont déclaré avoir subi un examen de la vue depuis moins d'un an afin de réduire la prestation de soins de santé redondants. Les cliniques d'EVC se sont déroulées au cours de la période d'avril à juillet 2014. Le Comité de l'éthique de la recherche de l'université locale a approuvé l'étude.

Recrutement : On a demandé à tous les patients admis dans les unités au cours de la période de tenue de la clinique s'ils souhaiteraient recevoir d'autres renseignements au sujet de l'étude. S'ils étaient d'accord, un adjoint de recherche les a rencontrés pour discuter de l'étude et déterminer leur admissibilité. On a communiqué avec 138 patients dont 33 ont déclaré avoir déjà consulté un spécialiste des yeux depuis moins d'un an, cinq avaient d'importantes déficiences cognitives limitant leur capacité de suivre des instructions, 55 ont accepté de participer et 45 ont refusé. Les motifs du refus comprenaient le congé reçu avant le rendez-vous clinique ($n=18$), l'admission dans une unité d'isolement ($n=7$) ou le manque d'intérêt ($n=20$).

Intervention

Objectif 1. Un optométriste communautaire a procédé à un examen complet de la vue au moyen d'une trousse d'évaluation communautaire portable dans une salle d'examen de l'hôpital. L'examen complet de la vue comportait une anamnèse, un test d'acuité visuelle effectué au moyen du tableau de Snellen, une évaluation neurologique au moyen de tests non informatisés habituels (réaction pupillaire, périmétrie par confrontation, mouvement des muscles des yeux, etc.), une évaluation de la prescription et un test de pression oculaire. L'examen de la vue a été effectué dans une salle bien éclairée. Pour procéder au test d'acuité visuelle, on a placé le tableau de Snellen à 10 mètres du patient. L'optométriste a recouvert l'œil gauche et évalué l'œil droit de façon progressive pour ensuite répéter l'intervention

sur l'œil gauche. Le test d'acuité a porté avant tout sur l'acuité visuelle habituelle (c. à d. la vision que les participants ont au moment de l'examen avec ou sans lunettes), car le projet pilote essayait d'analyser le niveau fonctionnel courant de la vision. L'optométriste a testé la pression intraoculaire (PIO) au moyen du Tonopen, petit tonomètre par applanation portable, compact et manuel. Il est démontré que le Tonopen constitue un moyen valide et fiable de vérifier la PIO⁷. Le test de pression intraoculaire peut aider à déterminer s'il y a glaucome.

Quelque huit patients ont été reçus par clinique de trois heures tenue un jour aux deux semaines par un de deux optométristes communautaires. Les patients chez lesquels on a détecté une maladie oculaire ont été aiguillés vers d'autres services oculo-visuels. Si l'optométriste a recommandé de consulter un ophtalmologiste, le médecin du patient a alors été informé des constatations et l'optométriste a fait un appel pour organiser une évaluation de référence par un ophtalmologiste à l'hôpital de soins actifs voisin.

Trois ou quatre mois après la clinique d'EVC, un adjoint de recherche a téléphoné à tous les participants à qui on avait recommandé de se soumettre à une évaluation de la vue plus poussée pour déterminer s'ils avaient pris un rendez-vous de suivi.

Objectif 2. On a réuni à la fois oralement et par écrit les expériences personnelles vécues à l'égard de la clinique pilote. On a obtenu les commentaires écrits des deux optométristes afin d'analyser les expériences qu'ils ont tirées de la participation à la clinique d'EVC. On a posé des questions de suivi comme celle-ci : « Pouvez-vous me parler de vos expériences à l'égard de l'implantation de la clinique d'examen complet de la vue? » Au cours de la clinique et des appels téléphoniques de suivi, on a aussi enregistré des commentaires des membres du personnel et des patients au sujet des expériences vécues au cours de la clinique.

Analyse

Objectif de recherche 1 : On a entré des données sur les patients dans le programme informatique en utilisant l'outil statistique pour les sciences sociales (SPSS). On a analysé des statistiques descriptives comme les moyennes, les écarts types et le pourcentage portant sur les caractéristiques démographiques des patients et les données relatives aux examens de la vue.

Objectif de recherche 2 : L'analyse du contenu a servi à analyser les données. On a précisé les thèmes à mesure que des tendances se dégagent.

Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon à l'étude

Âge (moyen, ET)	80,5 (8,44)
Sexe (femmes, n %)	31 (56,4)
Durée du séjour en jours (moyenne, ET)	42 (20,3)

Tableau 2. Période écoulée depuis le dernier examen de la vue

≤ 12 mois (n, %)	18 (32,7)
13 à 24 mois (n, %)	35 (63,6)
25 mois à 5 ans (n, %)	7 (12,7)
>5 ans mais <10 ans (n, %)	13 (23,6)
10 ans ou plus (n, %)	6 (10,9)

Tableau 3. Troubles oculovisuels détectés

Cataractes (n, %)	20 (40)
Auparavant non détectées	12
Dégénérescence maculaire (n, %)	9 (16)
Auparavant non détectée	4
Glaucome (n, %)	5 (9)
Auparavant non détecté	3
Blépharite/kératoconjonctive sèche (n, %)	8 (15)
Auparavant non détectées	inconnu
Autres troubles oculovisuels (p. ex., changements de l'acuité) (n, %)	7 (13)
Auparavant non détectés	inconnu
Hémorragie rétinienne (n, %)	1 (2)
Auparavant non détectées	0

Résultats

Caractéristiques des patients

Le groupe de patients visé comportait des adultes âgés admis en réadaptation gériatrique. Le tableau 1 présente les caractéristiques démographiques des 55 participants.

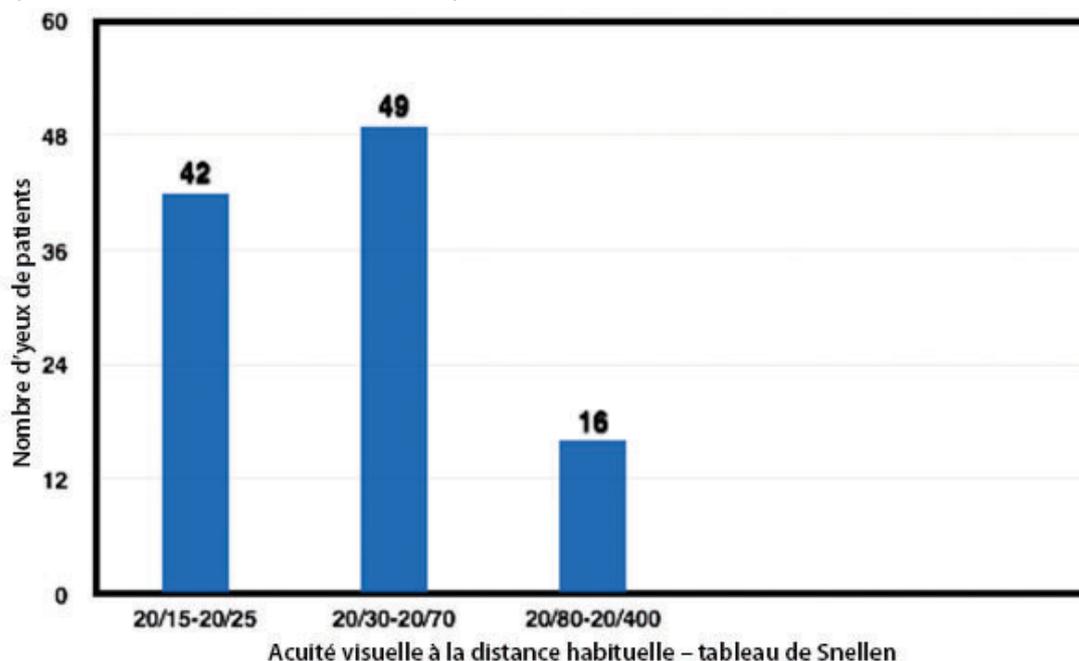
Caractéristiques du dépistage

Il s'était écoulé en moyenne, depuis le dernier examen de la vue, 3,4 ans ($ET = 3,8$ ans), période étalée sur une plage de six mois à 20 ans. Même si les patients ont participé au projet pilote seulement s'ils ont déclaré au recruteur qu'ils n'avaient pas consulté un spécialiste des yeux depuis moins d'un an, plusieurs ont indiqué par la suite à l'OD qu'ils l'avaient fait. Trente-cinq personnes (63,6 %) ont déclaré avoir consulté un spécialiste des yeux au cours des deux années précédentes. Le tableau 2 illustre plus en détail la période écoulée depuis le dernier examen de la vue.

Test de vision et admissibilité à l'aiguillage

Au début de l'examen de la vue, on a demandé aux patients s'ils avaient des problèmes oculovisuels. Vingt et un participants (38 %) ont répondu qu'ils avaient en fait un problème (p. ex., vision floue, « ne vois pas trop bien », on leur avait déjà dit que des cataractes commençaient à faire leur apparition). À la fin de l'examen, on a jugé que 46 participants (83 %) avaient des problèmes de vision détectables. On a constaté le plus souvent la présence de cataractes (20 participants). Sur

Figure 1. Résultats du test d'acuité visuelle au moyen du tableau du Snellen



les 35 maladies oculovisuelles détectées par les optométristes communautaires, 19 (54,3 %) n'étaient pas diagnostiquées. Le tableau 3 présente divers troubles oculovisuels détectés.

L'examen de l'acuité visuelle habituelle des yeux gauche et droit a démontré que 59 % des participants avaient un déficit visuel variant de bénin à grave de 20/30 ou plus. Quinze pour cent des participants avaient un déficit visuel modéré ou grave de 20/80 ou plus. La figure 1 présente les résultats de l'examen clinique effectué au moyen du tableau de Snellen.

À l'aide du Tonopen, on a déterminé que la PIO s'établissait à $15 \pm 4,01$ mm Hg. Trois participants seulement avaient une PIO de plus de 21 mm Hg.

Aiguillages

On a recommandé à 27 participants (49 %) de se soumettre à un suivi. Nous avons déterminé la volonté de ces participants de prendre rendez-vous pour recevoir des soins oculovisuels de suivi après l'EVC à l'hôpital. Lorsque les optométristes ont discuté avec certains participants de la nécessité d'un suivi plus poussé après leur examen, tous se sont dits intéressés. De trois à quatre mois après qu'ils ont reçu leur congé, l'adjoint de recherche a appelé chacun des 27 participants à qui l'on a recommandé de se soumettre à un autre examen. Douze (44 %) avaient déjà pris rendez-vous avant le premier appel téléphonique de l'adjoint de recherche. Quatorze des 27 adultes âgés (52 %) n'avaient pas encore pris rendez-vous lorsque l'adjoint de recherche a communiqué avec eux. On n'a pu joindre un des patients par téléphone. L'appel téléphonique de suivi à trois mois a rappelé à beaucoup de participants de prendre rendez-vous.

On a recommandé à 16 des 27 participants à qui l'on a conseillé de se soumettre à un suivi plus poussé de consulter un optométriste et à 11, un ophtalmologiste. Le tableau 4 présente le suivi que les patients ont donné à ces recommandations. Trois à quatre mois après qu'ils ont reçu leur congé, les participants étaient moyennement disposés (66 %) à chercher à se soumettre à un examen de suivi.

Tableau 4. Patients qui ont pris un rendez-vous de suivi

Recommandation de consulter un optométriste $n=16$

Pris rendez-vous	9
Pas intéressé à prendre rendez-vous	4
« Je vais appeler, mais je ne l'ai pas encore fait »	3

Recommandation de consulter un ophtalmologiste $n=11$

Pris rendez-vous	9
Pas intéressé/n'a pas répondu au téléphone	2

On a communiqué avec les patients à qui l'on avait recommandé de se soumettre à un deuxième examen mais qui ne l'avaient pas fait pour leur demander pourquoi ils n'ont pas donné suite à la recommandation. Les obstacles qui les en ont empêchés comprenaient les suivants : participants qui ont oublié de prendre rendez-vous, difficulté à trouver un transport ou un membre de la famille pour les amener à un rendez-vous et trop lourds problèmes de santé ou rendez-vous de médecin auxquels ils devaient se rendre avant de prendre rendez-vous pour un examen de la vue de suivi. Plusieurs ont déclaré « ne pas être intéressés » à prendre rendez-vous.

Expériences

Réactions du personnel au programme

Les membres du personnel ont bien accueilli la clinique pilote d'EVC. Les membres du personnel infirmier, les travailleurs sociaux et les commis d'unité ont déclaré que la clinique n'avait pas alourdi leur charge de travail. Ils ont considéré la clinique d'EVC sur place comme une façon commode pour les patients de subir un examen de la vue, car ils n'avaient pas à se rendre ailleurs. Un thérapeute a déclaré que la clinique d'EVC constituait « une autre pièce du casse-tête » servant à évaluer la mobilité fonctionnelle des patients liée à l'acuité visuelle. Un autre a signalé que l'accès à une évaluation optométrique « complète l'évaluation détaillée et pourrait peut-être permettre d'examiner la cause des étourdissements et de l'instabilité du patient ».

Expériences des patients

Des patients se sont déclarés heureux des services et de la commodité de la clinique sur place. Ils ont mentionné plusieurs difficultés en ce qui a trait au manque de soins oculovisuels réguliers pour les patients dans la communauté. Le moyen de transport à trouver pour se rendre à l'examen de la vue et savoir avec qui communiquer pour subir un examen de la vue ont constitué les plus gros défis à relever.

Plusieurs patients se sont dits dépassés par leurs autres problèmes de santé et les nombreux rendez-vous de médecin. C'est pourquoi ils ont plus de difficulté à prendre rendez-vous pour un examen de la vue en disant qu'ils étaient trop occupés par tellement de rendez-vous.

Un répondant atteint de glaucome a déclaré que :

Dès que j'aurai réglé ce problème (de marche), je pourrai alors me concentrer sur mes yeux. Pour le moment, je dois toutefois me concentrer sur mes jambes. Cette étude m'a rappelé que je devais recommencer à

me soumettre à un examen de la vue aux six mois. J'ai laissé tomber (les examens de la vue) parce que j'avais des problèmes de santé. »

Expériences des optométristes

Les deux optométristes communautaires ont bien accueilli la clinique. L'un d'entre eux a déclaré que :

Je crois qu'une clinique de soins ophtalmologiques primaires à l'hôpital, c'est une excellente idée. J'aimerais que l'optométrie et les soins ophtalmologiques soient intégrés aux traitements que reçoivent les patients. La largeur de l'éventail des capacités visuelles m'a honnêtement étonné... Beaucoup des patients avaient des problèmes de vision assez importants, mais nous avons travaillé seulement dans un petit sous-secteur de l'hôpital. Certains de ces problèmes dataient de longtemps, mais d'autres étaient plus actifs et devaient être traités. Certains étaient moins urgents, comme les cataractes, mais celles-ci peuvent quand même avoir une incidence sur la mobilité de la personne. Beaucoup d'autres problèmes ophtalmologiques, y compris la réduction du champ visuel, pourraient avoir une incidence sur la réadaptation d'un patient.

Les optométristes ont constaté plusieurs défis. Leurs services étaient limités parce que la clinique de dépistage était temporaire. Les optométristes n'ont pu mesurer avec précision la réfraction avec leur trousse d'examen de la vue de voyage. Ils n'ont pas pu non plus tester le champ de vision des patients pour qui l'examen serait bénéfique (p. ex., patients victimes d'un accident vasculaire cérébral). Le volume plus important que prévu de paperasse exigée par l'hôpital comparativement aux exigences du travail dans la collectivité a constitué un autre défi. La grandeur d'une des deux salles d'évaluation a aussi posé un problème. Comme elle mesurait 10 pieds sur 9, il était difficile d'y amener des patients en fauteuil roulant.

Discussion

Les constatations tirées de cette étude pilote indiquent qu'il est possible d'implanter une clinique d'examen de la vue complet chez les adultes âgés en contexte hospitalier. La clinique d'EVC a été établie, entraînant des dépenses minimales, imposant une faible charge de travail au personnel. Elle a permis aussi

de repérer d'importants problèmes ophtalmologiques chez de nombreux participants. L'hôpital et les patients de tous les âges pourraient bénéficier d'une clinique d'EVC.

Plus du tiers des participants n'avaient pas subi d'examen de la vue depuis deux ans, ce qui préoccupe. L'Association canadienne des optométristes (ACO) recommande que les adultes de 65 ans ou plus subissent un examen ophtalmologique par année.⁸ La Société canadienne d'ophtalmologie recommande un examen complet de la vue aux deux ans chez les 65 ans et plus qui ne présentent aucun facteur de risque.⁹ Le fait que 10 % des participants n'aient pas subi d'examen ophtalmologique depuis plus de dix ans préoccupe encore davantage. Il y avait des incohérences entre les participants qui ont déclaré avoir des problèmes ophtalmologiques au début de l'examen (38 %) et le nombre de ceux chez lesquels on a diagnostiqué un problème ophtalmologique détectable (83 %). Les publications appuient ce manque de cohérence. Le Groupe de travail sur les services de prévention des États-Unis¹⁰ a signalé que les autodéclarations des patients ne sont pas aussi exactes qu'un examen complet de la vue pour déterminer s'il y a des problèmes ophtalmologiques. Les personnes ne signalent pas tous leurs problèmes ophtalmologiques en partie parce que ceux-ci évoluent lentement.

L'obligation pour beaucoup de patients de prendre par la suite un deuxième rendez-vous à l'extérieur constitue le plus gros défi à relever pour mettre en œuvre un programme de dépistage temporaire. Dans le cadre de cette étude, le taux d'attrition était très élevé en ce qui concerne ces rendez-vous de suivi. Seulement 44 % des participants ont pris un deuxième rendez-vous et dans beaucoup de ces cas, le rendez-vous a été pris par l'optométriste qui l'a fait pour le compte de l'ophtalmologiste. Même si un membre du personnel a effectué des appels téléphoniques de rappel, le taux de rendez-vous a augmenté modestement pour atteindre 66 % des participants. Il semble qu'il faut y affecter beaucoup de ressources.

Afin d'atténuer cet obstacle qui empêche d'assurer une santé ophtalmologique optimale aux aînés, une clinique interne permanente de soins ophtalmologiques pourrait permettre d'utiliser de l'équipement spécialisé pour vérifier la réfraction et l'ordonnance portant sur les lunettes. Les coûts fixes d'une telle clinique seraient liés en grande partie aux coûts de lancement, ainsi qu'à ceux de l'équipement et aux frais généraux. Les coûts fixes incluraient un ordinateur pour accroître l'efficacité et la tenue des dossiers, des supports pour les appareils et des lampes à fente permettant d'examiner des personnes qui ont des problèmes de mobilité et celles qui n'en ont pas, une échelle d'acuité visuelle, un cache-œil, du matériel manuel, un autoréfracteur, des gouttes oculaires diagnostiques, du

papier-mouchoir, des tableaux d'examen, des carnets d'ordonnance, un évier pour se laver les mains et un agent antiseptique. On calcule que la mise sur pied d'une telle clinique interne coûterait de 50 000 \$ à 75 000 \$.

La clinique pourrait aussi bénéficier des services d'un administrateur à temps plein ou d'un adjoint en optométrie à temps partiel ou à temps plein chargé d'assurer la continuité des soins si l'on a recours aux services de multiples médecins et pour aider les jours de clinique. Les optométristes factureraient leurs services d'examen de la vue à la province, ce qui ne ferait pas grimper les coûts des salaires pour l'hôpital.

Une telle clinique pourrait permettre d'effectuer d'autres évaluations approfondies des patients, ce qui pourrait aider le patient et son équipe de soins de santé à fournir des renseignements supplémentaires au sujet de l'incidence des capacités oculo-visuelles des patients sur les évaluations détaillées et les interventions. Une telle clinique pourrait aussi réduire au minimum la redondance au niveau des évaluations de suivi à l'extérieur de la clinique pour les personnes qui ont des problèmes d'acuité visuelle, ainsi que les changements d'ordonnance. Elle permettrait aussi la participation des aînés qui ont de la difficulté à trouver un moyen de transport pour se rendre à des cliniques communautaires.

Cette étude pilote a joué un rôle de pionnier, car c'était la première au cours de laquelle les optométristes ont pratiqué des examens de la vue complets en milieu hospitalier en Alberta. Les ophtalmologistes se chargent habituellement de ces examens en milieu hospitalier. Il en coûte plus cher pour le système de santé lorsque ce sont des ophtalmologistes plutôt que des optométristes qui effectuent ce premier examen de la vue.¹¹ Le moment est venu d'explorer la possibilité de faire effectuer le premier examen de la vue complet à l'interne par des optométristes, ce qui permettrait de maximiser la force des deux professions et d'utiliser de façon plus efficiente les ressources du secteur de la santé. Cela permettrait aussi aux ophtalmologistes d'être disponibles pour offrir des services médicaux plus appropriés à leur champ d'exercice (p. ex., chirurgies oculaires) tout en fournissant aux patients âgés un accès opportun et des plus nécessaires aux soins oculo-visuels.

Ce programme s'inscrit bien dans la mission courante de l'hôpital qui consiste à « exceller et innover dans la prestation de soins axés sur les patients et la famille et à diriger la prestation de services de réadaptation spécialisés », ainsi qu'à « collaborer avec un vaste éventail de partenaires pour répondre aux besoins des patients et de la communauté et bâtir un solide système intégré de prestation de soins de santé ». Compte tenu des données scientifiques qui révèlent l'existence de liens entre

le traitement des troubles oculo-visuels et l'amélioration de la satisfaction face à la vie, de la mobilité, de la santé mentale et de la qualité de vie,^{4,11} une clinique interne de soins oculo-visuels dirigée par un optométriste constituerait vraiment un moyen d'œuvrer en partenariat avec la collectivité locale tout en fournissant d'excellents soins au patient.

La possibilité de voir de futurs optométristes communautaires participer à une telle clinique semble porteuse de promesses. Kergoat, Leat, Faucher, Roy et Kergoat ont signalé récemment, dans une étude nationale sur les optométristes canadiens, que 41 % des optométristes canadiens envisageraient de voir des patients frêles âgés à l'extérieur de leur cabinet.¹² De ce groupe, 41 % accepteraient de le faire une demi-journée par mois et 8,6 % seraient disposés à offrir leurs services jusqu'à une demi-journée par semaine.

Pertinence clinique

Cette étude comble une lacune importante des publications et du contexte d'exercice en ce qui concerne les examens de la vue dans une population gériatrique de bénéficiaires internes. On établit constamment un lien entre les déficiences oculo-visuelles et une baisse de la capacité fonctionnelle et de la qualité de vie chez les personnes âgées, y compris de la capacité de vivre en autonomie, car elles sont plus nombreuses à avoir des problèmes visuels graves qui ont des effets négatifs plus lourds.¹⁰ Les maladies oculo-visuelles représentent un risque pour les aînés, mais les optométristes ont démontré leur capacité à examiner et améliorer la santé oculo-visuelle des aînés. Les constatations peuvent aider à renforcer les partenariats entre la collectivité locale des soins de santé et les hôpitaux.

On dispose pour la première fois de données et de résultats liés à la mise sur pied d'une clinique d'EVC dirigée par un optométriste à l'intention des bénéficiaires internes en gériatrie. À une époque où des contraintes budgétaires importantes entravent la prestation de services de santé, il est opportun d'examiner les services de santé nouveaux, marqués par la créativité et financièrement responsables afin d'analyser la possibilité d'implanter une telle clinique. L'établissement de liens entre les professionnels de la santé de la collectivité et l'hôpital local constitue une façon innovatrice de réduire peut-être les coûts au minimum tout en fournissant des soins de santé optimaux aux personnes âgées. Les résultats sont pertinents pour tous les hôpitaux de réadaptation tertiaire au Canada et peuvent intéresser énormément d'autres établissements au Canada et à l'étranger qui offrent des programmes aux adultes âgés.

Références

1. Coalition nationale en santé oculaire. (2011). Vision Loss in Canada. Coalition nationale en santé oculaire. Extrait le 1er novembre 2015 de <http://www.visionhealth.ca/news/Vision%20Loss%20in%20Canada%20-%20Final.pdf>
2. Salonen L, Kivela, SL. Eye diseases and impaired vision as possible risk factors for recurrent falls in the aged: A systematic review. *Curr Gerontol Geriatr Res* 2012;(2);71–81.
3. Brown R, Lewis B, and Anne E. Visual impairment and quality of life among older adults: An examination of explanations for the relationship. *J Gerontol, Series B*: 2011;66B(3):364–73.
4. Smeeth L, Fletcher AE, Hanciles S, et al. Screening older people for impaired vision in primary care: cluster randomised trial. *Br Med J* 2003;327:1027–31.
5. Evans J, Smeeth L, and Fletcher A. Vision screening. *Br J Ophthalmol* 2009;93(6):704–705.
6. Carcenac G, Hérard ME, Kergoat MJ, et al. Assessment of visual function in institutionalized elderly patients. *J Am Med Dir Assoc* 2009;10:45–9.
7. Bhartiya S, Bali SJ, James M, et al. Test retest variability of TonoPen AVIA. *Ind J Ophthalmol* 2013;61(3):129–31. doi:10.4103/0301-4738.109384.
8. Association canadienne des optométristes. (2013). Politique publique sur la fréquence des examens de la vue. ACO. Extrait le 1er novembre 2015 de <https://opto.ca/document/frequency-of-eye-examinations>.
9. Société canadienne d'ophtalmologie (2014). When should you see an Ophthalmologist? Extrait le 1^{er} novembre 2015 de <http://www.cos-sco.ca/vision-health-information/when-should-you-see-an-ophthalmologist>.
10. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for impaired visual acuity in older adults: Recommendation statement. *Am Fam Phys* 2011;15(83):185–86.
11. Soroka M, Reis L, Krumholz D, et al. Alternative arrangements for the delivery of eye care services within staff model managed care organizations. *Optometry* 2003;74(11):711–26.
12. Kergoat H, Leach SJ, Faucher C, et al. Primary eye care services offered to older adults. *Eur Geriatr Med* 2015;6(3):241–44.

Access from Anywhere!

The leading cloud-based EHR/PMS for eye care



For more information contact us at sales@revolutionehr.com or 877-738-3471 x1.

