

Examen spécifique de personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs majeurs

Rédigé par

Dr Mathieu Khoury, optométriste

Sous la direction du

Dr Benoit Tousignant, optométriste
et professeur
École d'optométrie de l'Université de Montréal

Avril 2022

Examen spécifique de personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs majeurs

Rédigé par

Dr Mathieu Khoury, optométriste

Sous la direction du

Dr Benoit Tousignant, optométriste et
professeur à l'École d'optométrie de
l'Université de Montréal

Autres collaborateurs

Conrad Kavalec, MD, FRCS,
Ophthalmologiste et directeur clinique de la
clinique d'ophtalmologie, Centre hospitalier de
St Mary

Mathieu Carignan, erg. MSc,
Ergothérapeute, Programme aîné Montréal-
Laval, Institut Nazareth et Louis-Braille du
CISSS de la Montérégie-Centre

Marie-Jeanne Kergoat, MD, Gériatre et
cheffe du département de gériatrie, Institut
universitaire de gériatrie de Montréal,
Professeure titulaire, Faculté de médecine -
Université de Montréal

Patricia Sorya, OD, MSc, Optométriste et
chargée de clinique, École d'optométrie de
l'Université de Montréal

Shelton Regismarianayagam, OD,
Optométriste et chargé de clinique, Institut
universitaire de gériatrie de Montréal

TABLE DES MATIÈRES

Mise en contexte	2
Définition des concepts	3
Section 1 - Importance de l'examen oculovisuel, de l'intervention et du suivi	3
Lien entre vision et état cognitif.....	3
L'importance de l'intervention et du suivi	4
Tableau 1 : Interventions spécifiques et données probantes.....	5
Section 2 – L'examen oculovisuel : comment faire face aux défis	7
L'approche de base	7
Les troubles auditifs	8
Tableau 2 : Approche de base	8
Les comportements déroutants	9
Les défis spécifiques à l'examen de la vue	10
Tableau 3 : Stratégies d'adaptation de l'examen de la vue	10
Conclusion	11
ANNEXES	
Annexe I : Feuillet explicatif pour proches aidants concernant la chirurgie de cataractes	12
Annexe II : Modèle de formulaire de référence en ergothérapie	13
Annexe III : Arbre décisionnel pour référer le patient en ergothérapie	14
Annexe IV : Réactions à adopter face à un comportement déroutant (SCPD).....	15
Annexe V : Comment bien profiter de la présence du proche aidant	16

Mise en contexte

Le présent document est destiné aux optométristes du Québec. Comme professionnels de première ligne, ceux-ci ont un rôle à jouer dans le dépistage, l'évaluation et l'orientation des patients atteints de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM). Les TNCM comprennent un ensemble de maladies qu'on regroupait jusqu'à tout récemment sous le terme démence, dénomination abandonnée à cause de sa consonance péjorative¹. En 2014, plus d'un Canadien sur quatre âgé de 85 ans et plus était atteint d'une maladie cognitive². L'objectif de ce guide est de soutenir la pratique des optométristes auprès de leurs patients atteints de TNCM, en leur donnant une meilleure compréhension de leur rôle dans le système et en présentant des stratégies cliniques pour favoriser une participation optimale du patient lors de l'examen.

*« On croit que des directives cliniques conçues comme des déclarations [recommandations] pour **aider les praticiens à administrer les soins dans des situations cliniques particulières** peuvent améliorer la qualité, la pertinence et la rentabilité des soins. »*

Société Alzheimer, 2011³

Le guide est composé de deux sections principales :

- **Section 1** —L'importance de l'examen oculovisuel, de l'intervention et du suivi
- **Section 2** – L'examen oculovisuel : comment faire face aux défis

Vous trouverez également différents documents complémentaires et résumés à imprimer pour votre pratique.

¹ CHUM. TROUBLES DE LA MÉMOIRE ET AUTRES FONCTIONS COGNITIVES : 2020 [cité le 30 avril 2021]. Disponible: <https://www.chumontreal.qc.ca/patients/geriatrie/troubles-de-la-memoire-et-autres-fonctions-cognitives>

² Société Alzheimer. Prévalence et coûts financiers des maladies cognitives au Canada. 2016.

³ Société Alzheimer. Lignes directrices sur les soins centrés sur la personne: Prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée qui vivent dans un foyer de soins de longue durée. Cadre de travail. 2011:5.

Définition des concepts

Les **troubles neurocognitifs majeurs (TNCM)** constituent un syndrome de déclin progressif et irréversible des fonctions cognitives telles que la **mémoire**, la **planification**, le **jugement**, les **capacités d'organisation** et le **langage**. Avec le temps, les atteintes deviennent de plus en plus nombreuses, sévères et fréquentes.

Dans la majorité des cas, le trouble neurocognitif (TNC) lié à l'âge est causé par la **maladie d'Alzheimer**, mais il existe aussi d'autres causes telles que la maladie d'origine vasculaire, la maladie à Corps de Lewy, les dégénérescences frontotemporales, la maladie de Parkinson⁴, etc. Le trouble neurocognitif est dit **majeur lorsqu'il atteint l'autonomie** de la personne au quotidien⁵⁻⁶. Au fur et à mesure de la progression du TNCM, la personne devient de moins en moins capable de décrire et de se plaindre de problèmes visuels⁷. Il est donc essentiel de viser des examens oculo-visuels réguliers à ces personnes et que leurs proches comprennent le bienfondé de ces suivis.

Section 1 - Importance de l'examen oculo-visuel, de l'intervention et du suivi

Lien entre vision et état cognitif

L'importance du lien entre la vision et l'état cognitif des aînés a été soulevée à plusieurs reprises en recherche⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴. Bien que les atteintes visuelles ne servent pas comme critères diagnostics pour les maladies cognitives à ce jour, la fonction visuelle est un des domaines altérés par ces maladies neurodégénératives¹⁵. Cette association demeure cependant complexe : les troubles visuels agissent-ils comme facteur prédisposant aux troubles cognitifs ou est-ce la maladie neurodégénérative qui engendre une atteinte visuelle ? Des chercheurs croient aussi que les personnes atteintes de TNCM font face à plus de barrières d'accès aux soins de la vue, ce qui résulte en un état visuel dégradé¹⁶.

⁴ Carignan M. Parkinson et déficience visuelle : perspective pour ergothérapeutes. *Actualités ergothérapeutiques*. 2020;22(2):20-2.

⁵ Larson EB. Evaluation of cognitive impairment and dementia. Dans: Wilterdink JL, rédacteur.: UpToDate; 2020.

⁶ Chen SP, Azad AD, Pershing S. Bidirectional Association between Visual Impairment and Dementia Among Older Adults in the United States Over Time. *Ophthalmology*. 2021.

⁷ Koch JM, Datta G, Makhdoom S, Grossberg GT. Unmet visual needs of Alzheimer's disease patients in long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc*. 2005;6(4):233-7.

⁸ Rogers MA, Langa KM. Untreated poor vision: a contributing factor to late-life dementia. *Am J Epidemiol*. 2010;171(6):728-35.

⁹ Lin MY, Gutierrez PR, Stone KL, Yaffe K, Ensrud KE, Fink HA, et al. Vision impairment and combined vision and hearing impairment predict cognitive and functional decline in older women. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(12):1996-2002.

¹⁰ Elyashiv SM, Shabtai EL, Belkin M. Correlation between visual acuity and cognitive functions. *Br J Ophthalmol*. 2014;98(1):129-32.

¹¹ Fischer ME, Cruickshanks KJ, Schubert CR, Pinto AA, Carlsson CM, Klein BE, et al. Age-Related Sensory Impairments and Risk of Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(10):1981-7.

¹² Davies-Kershaw HR, Hackett RA, Cadar D, Herbert A, Orrell M, Steptoe A. Vision Impairment and Risk of Dementia: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(9):1823-9.

¹³ Ward ME, Gelfand JM, Lui LY, Ou Y, Green AJ, Stone K, et al. Reduced contrast sensitivity among older women is associated with increased risk of cognitive impairment. *Ann Neurol*. 2018;83(4):730-8.

¹⁴ Marquie M, Castilla-Martí M, Valero S, Martínez J, Sánchez D, Hernández I, et al. Visual impairment in aging and cognitive decline: experience in a Memory Clinic. *Sci Rep*. 2019;9(1):8698.

¹⁵ Cronin-Golomb A, Hof PR. Vision in Alzheimer's Disease: Karger; 2004.

¹⁶ Evans J. Complex Relationships Between Vision and Cognition in Older People. *JAMA Ophthalmology*. 2017;135(9):971-2.

Quelques extraits de la littérature...

- « *Untreated poor vision is associated with cognitive decline, particularly Alzheimer disease.* »
Rogers et Langa (2010)⁸
- « *Older persons with visual impairment, particularly those with visual impairment due to cataract, were more likely to have cognitive dysfunction.* »
Ong et al. (2012)¹⁷
- « *The growing population of older adults with both visual impairment and dementia may benefit from interventions to maximize vision and cognition and promote functioning and independence.* »
Patel et al. (2020)¹⁸
- « *The prevalence of [visual impairment] is disproportionately higher in people with dementia living in care homes. Almost 50% of presenting [vision impairment] is correctable with spectacles, and more with cataract surgery.* »
Bowen et al. (2016)¹⁹
- « *People with glaucoma showed lower scores on cognitive tests that may depend on verbal working memory and encoding.* »
Varin et al. (2020)²⁰
- « *Retinal measurements of SD OCT, which are noninvasive, technically simple, and inexpensive, are potential biomarkers of [Alzheimer's disease].* »
Chan et al. (2019)²¹

L'importance de l'intervention et du suivi

Au fur et à mesure de la progression du TNCM, la personne devient de moins en moins capable de décrire ou de se plaindre de ses problèmes visuels⁷. En l'absence de plainte subjective, il est encore plus pertinent de s'appuyer sur les données probantes pour justifier notre choix de traitement²².

¹⁷ Ong SY, Cheung CY, Li X, Lamoureux EL, Ikram MK, Ding J, et al. Visual impairment, age-related eye diseases, and cognitive function: the Singapore Malay Eye study. *Arch Ophthalmol.* 2012;130(7):895-900.

¹⁸ Patel N, Stagg BC, Swenor BK, Zhou Y, Talwar N, Ehrlich JR. Association of Co-occurring Dementia and Self-reported Visual Impairment With Activity Limitations in Older Adults. *JAMA Ophthalmol.* 2020;138(7):756-63.

¹⁹ Bowen M, Edgar DF, Hancock B, Haque S, Shah R, Buchanan S, et al. The Prevalence of Visual Impairment in People with Dementia (the ProVIDe study): a cross-sectional study of people aged 60-89 years with dementia and qualitative exploration of individual, carer and professional perspectives. Southampton (UK)2016.

²⁰ Varin M, Kergoat MJ, Belleville S, Li G, Rousseau J, Roy-Gagnon MH, et al. Age-Related Eye Disease and Cognitive Function: The Search for Mediators. *Ophthalmology.* 2020;127(5):660-6.

²¹ Chan VTT, Sun Z, Tang S, Chen LJ, Wong A, Tham CC, et al. Spectral-Domain OCT Measurements in Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ophthalmology.* 2019;126(4):497-510.

²² Friedman DS, Munoz B, Roche KB, Massof R, Broman A, West SK. Poor uptake of cataract surgery in nursing home residents: the Salisbury Eye Evaluation in Nursing Home Groups study. *Arch Ophthalmol.* 2005;123(11):1581-7.

Tableau 1 : Interventions spécifiques et données probantes

Intervention	Données probantes	Utilité clinique
Correction réfractive	<p>Une étude conclut que les résidents d'un centre pour aînés (incluant ceux avec pertes cognitives légères et modérées), 2 mois après la correction de l'amétropie ont²³ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la qualité de vie - Diminution des symptômes dépressifs - Facilitation des activités et loisirs - Plus d'interaction sociale 	<p>Même sans plainte subjective et sans mesure d'acuité visuelle, l'optométriste peut estimer l'atteinte visuelle en fonction de l'amétropie et informer le proche aidant de l'importance de la correction sur la qualité de vie générale.</p>
Cataractes	<p>Une méta-analyse conclut qu'à la suite de la chirurgie de cataractes chez une personne avec pertes cognitives²⁴ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la fonction cognitive - Diminution de symptômes dépressifs 	<p>L'optométriste devrait mettre au courant le patient et son proche des bénéfices possibles d'une chirurgie de cataractes et de l'impact significatif possible sur sa qualité de vie²²⁻²⁵⁻²⁶. La chirurgie devrait être encouragée plus tôt, avant que l'état cognitif ne représente un défi à la chirurgie¹⁴⁻²⁵. (Voir <i>annexe I</i>)</p>
Réadaptation en basse vision	<p>Différentes études indiquent que malgré un déficit cognitif, les patients en centre de réadaptation ont obtenu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'acuité visuelle avec des aides optiques^{9,27} - Amélioration des fonctions cognitives à la suite des interventions de basse vision⁹ - Augmentation de 84 % de l'intrant d'eau et de 25 % de la consommation de nourriture en augmentant le contraste de la vaisselle et des tasses²⁸ 	<p>L'optométriste ne devrait pas considérer un déficit cognitif comme un facteur d'échec à la réadaptation en basse vision²⁹. Outre les bénéfices visuels, le patient peut aussi profiter d'autres services (ex. adaptations environnementales à domicile de la luminosité et des contrastes, remboursement des aides visuelles et auditives, etc.).</p>
Hallucinations visuelles	<ul style="list-style-type: none"> - Très communes chez les patients avec TNC à Corps de Lewy³⁰ - Permettent souvent de distinguer un TNC à Corps de Lewy de la maladie d'Alzheimer³⁰ 	<p>Une personne âgée avec hallucinations visuelles, mais qui ne présente aucune déficience visuelle majeure (on exclut donc un syndrome de Charles Bonnet) devrait être dirigée à son médecin de famille pour investigation.</p>
Perte de sensibilité aux contrastes	<ul style="list-style-type: none"> - Selon plusieurs études, elle serait diminuée chez les personnes avec TNCM^{31,32,33,34,35} - Diminuée en présence de cataractes, glaucome, DMLA entre autres³⁶ 	<p>Une personne avec TNCM et perte de sensibilité aux contrastes symptomatique fonctionnellement (testée ou déduite) pourrait être référée en ergothérapie pour une adaptation du domicile. (Voir <i>annexe II</i>)</p>

Notez que le test de sensibilité aux contrastes, bien que rarement réalisé en clinique conventionnelle, permet de donner beaucoup d'information au niveau fonctionnel : ce paramètre importe entre autres pour la mobilité, la reconnaissance des visages, la résolution de tâches simples (boire, manger, etc.).

Plusieurs études indiquent que ce paramètre serait affecté chez les personnes avec TNCM³¹⁻³⁵. Une étude rapporte même qu'une baisse de sensibilité aux contrastes est associée à un plus grand risque de développer des TNC mineurs et majeurs sur 10 ans chez les femmes âgées¹³.

Certaines modifications environnementales (ex. définir les limites des portes et des escaliers, utiliser des plats et des verres de contraste marqué avec la table, utiliser un crayon gras, ajuster la luminosité) permettent de gérer cette perte de sensibilité aux contrastes, d'offrir un environnement plus sécuritaire pour une personne avec troubles cognitifs³⁷ et d'augmenter la vitesse de reconnaissance des lettres lors de la lecture³⁵. La personne percevra davantage son environnement sans avoir à intégrer de nouveaux apprentissages.

Puisque ce paramètre peut être affecté alors que les acuités visuelles et le champ visuel sont normaux, il est tout à fait pertinent de le mesurer. Différents tests de la sensibilité aux contrastes peuvent être utilisés facilement et rapidement donner un résultat fiable,³⁸ par exemple le Mars Letter Contrast Sensitivity Test (Mars Perceptrix, NY, USA). Lorsqu'un apport d'éclairage n'est pas suffisant pour améliorer la situation problématique, considérez une référence en ergothérapie (voir *annexe II*). En effet, l'optométriste peut agir comme porte d'entrée en ergothérapie pour un patient avec perte visuelle et atteinte fonctionnelle (voir *annexe III*). Un court rapport de nos observations ou une demande de service peut aider les autres intervenants à adapter leur plan d'intervention et à comprendre les difficultés vécues dans la vie quotidienne du patient (voir *annexe II*).

Section 2 – L'examen oculovisuel : comment faire face aux défis

²³ Owsley C, McGwin G, Jr., Scilley K, Meek GC, Seker D, Dyer A. Effect of refractive error correction on health-related quality of life and depression in older nursing home residents. *Arch Ophthalmol*. 2007;125(11):1471-7.

²⁴ Pellegrini M, Bernabei F, Schiavi C, Giannaccare G. Impact of cataract surgery on depression and cognitive function: Systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Ophthalmol*. 2020;48(5):593-601.

²⁵ Armstrong R, Kergoat H. Oculo-visual changes and clinical considerations affecting older patients with dementia. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2015;35(4):352-76.

²⁶ Owsley C, McGwin G, Jr., Scilley K, Meek GC, Seker D, Dyer A. Impact of cataract surgery on health-related quality of life in nursing home residents. *Br J Ophthalmol*. 2007;91(10):1359-63.

²⁷ Lindenberger U, Baltes PB. Sensory functioning and intelligence in old age: a strong connection. *Psychol Aging*. 1994;9(3):339-55.

²⁸ Dunne TE, Nearing SA, Cipolloni PB, Cronin-Golomb A. Visual contrast enhances food and liquid intake in advanced Alzheimer's disease. *Clin Nutr*. 2004;23(4):533-8.

²⁹ Gervais MCMLBS, Blanchet, S ; Gagné M ; Ouellet, M. Evaluation of Cognitive Functioning in the Context of Rehabilitation for Visual Impairment in Older Adults: A Case Series. *Phys Occup Ther Geriatr*. 2017;35(3-4):132-55.

³⁰ McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, Halliday G, Taylor JP, Weintraub D, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2017;89(1):88-100.

³¹ Nearing SA, Stone ER, Cronin-Golomb A, Orsso S, 3rd. The impact of acuity on performance of four clinical measures of contrast sensitivity in Alzheimer's disease. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003;58(1):P54-62

³² Lakshminarayanan V, Lagrave J, Kean ML, Dick M, Shankle R. Vision in dementia: contrast effects. *Neurol Res*. 1996;18(1):9-15.

³³ Risacher SL, Wudunn D, Pepin SM, MaGee TR, McDonald BC, Flashman LA, et al. Visual contrast sensitivity in Alzheimer's disease, mild cognitive impairment, and older adults with cognitive complaints. *Neurobiol Aging*. 2013;34(4):1133-44.

³⁴ Risacher SL, WuDunn D, Tallman EF, West JD, Gao S, Farlow MR, et al. Visual contrast sensitivity is associated with the presence of cerebral amyloid and tau deposition. *Brain Commun*. 2020;2(1):fcaa019.

³⁵ Gilmore GC, Cronin-Golomb A, Nearing SA, Morrison SR. Enhanced stimulus contrast normalizes visual processing of rapidly presented letters in Alzheimer's disease. *Vision Res*. 2005;45(8):1013-20.

³⁶ Xiong YK, MY; Bittner, AK; Virgili, G; Giacomelli, G; Legge, GE. Relationship Between Acuity and Contrast Sensitivity: Differences Due to Eye Disease. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2020;61(6).

³⁷ Nearing SA. Alzheimer's Disease and Contrast Sensitivity: Implications for Everyday Functioning. *Bridgewater Review*. 2005;24(1):3-6.

³⁸ Al-Yawer F, Phillips N, Wittich W. Preliminary findings from the COMPASS-ND study: reading acuity and contrast sensitivity at different levels of cognitive impairment. *Annals of Eye Science*. 2019;4(AB037).

Différents défis peuvent se présenter lors de l'examen ou de la prise de décision cliniques avec des patients atteints de TNCM. Or, ces défis sont souvent surmontables lorsqu'on sait les identifier.

En outre, bien que la personnalité de la personne atteinte de TNCM puisse changer selon la progression de la maladie, **son identité personnelle reste intacte**. Ainsi, **l'historique de vie de notre patient peut se révéler très utile** pour établir une relation de confiance. Cette relation peut faciliter tout le reste de l'examen.

L'approche de base³⁹

Afin d'établir une relation humaine et de réduire le risque de résistance, l'approche de base suivante est recommandée.

³⁹ Gouvernement du Québec. Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux de psychologiques de la démence. Dans: Ministère de la Santé et des Services sociaux, rédacteur. 2014. p. 31.

Tableau 2 : Approche de base

<p>Amorce de l'échange</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aborder la personne de face, lentement et calmement, en se mettant à sa hauteur ; • Établir au départ un contact visuel et maintenir un contact tout au long de l'échange (par le regard, la parole ou le toucher) ; • Éviter d'envahir trop rapidement l'espace vital de la personne.
<p>Voix et langage</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appeler la personne par son nom et se nommer (même si la personne semble cognitivement absente) ; • Utiliser un ton de voix doux et rassurant (ne pas hausser la voix si la personne ne répond pas) ; • Adapter le langage : se servir de phrases courtes et simples ; parler lentement et prononcer clairement ; • Donner une consigne à la fois et attendre la réaction de la personne • Annoncer et rappeler ses intentions à la personne (p. ex. Je vais mettre une lumière dans vos yeux) ; • Créer un lien affectif avec la personne en lui parlant d'un sujet d'intérêt (s'aider du proche aidant au besoin) ; • Éviter de recourir à des termes infantilisants ; • Éviter de raisonner la personne (ne pas lui dire qu'elle se trompe).
<p>Gestes et contacts physiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Employer des gestes, des mimiques et des démonstrations pour se faire comprendre.
<p>Participation et environnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Distraire la personne et changer de test au besoin ; • Encourager la participation de la personne et la remercier de nous donner de son temps ; • S'assurer que le patient porte son appareil auditif, le cas échéant. Utiliser un amplificateur portatif au besoin ; • Limitez la quantité de stimuli colorés autour de vous ; • En présence de fatigue, donner une pause. Au retour, une musique entraînante (chantée ou diffusée) peut aider à se réactiver.

⁴⁰ Rosenbloom AA. Rosenbloom and Morgan's Vision and Aging. St Louis, Missouri: Butterworth-Heinemann Elsevier; 2007.

⁴¹ Caron H. Guide du professionnel de la santé et de l'intervenant auprès de la personne aînée ou adulte ayant des problèmes d'audition. Institut Raymond-Dewar - Fondation Surdité et Communication de l'Institut Raymond-Dewar Groupe Forget, Audioproth sistes [En ligne]. 2014 [cité le 4 novembre 2021]. Disponible: https://ccsmtlpro.ca/fileadmin/ciussss_ceim/ZoneProfessionnelle/DocumentationSujets/DITSADP/SurditeAcoupheneAines/GuideProfessionnelSanteAdulteProblemesAudition.pdf

Notez que pour un usager ayant un problème auditif, **il est inutile de crier**. En effet, ceci change la forme de notre bouche, ce qui augmente la confusion des personnes malentendantes qui liraient sur les lèvres. Pour pallier ce problème, il faut plutôt :

- Parler à un rythme normal ou légèrement ralenti avec un ton de voix légèrement plus fort et plus grave (en effet, la perte auditive est principalement dans les hautes fréquences) ;
- Reformuler la phrase lorsqu'elle n'est pas comprise et non la répéter simplement ;
- Être concis ;
- Éliminer les bruits de fond.
- Parler face à la personne et éclairer votre visage à vous au besoin
- Utiliser une gestuelle naturelle (non exagérée)
- Utiliser un amplificateur portatif (« pocket talker »)

Pour plus de détails, vous pouvez consulter le [Guide du professionnel de la santé et de l'intervenant auprès de la personne âgée ou adulte ayant des problèmes d'audition](#)⁴¹.

Les comportements déroutants ³⁹⁻⁴²

Dans les stades modérés à avancés de la maladie, il arrive que la personne manifeste des symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence (SCPD) tels que des idées délirantes, des pensées persistantes, de l'opposition, de l'agitation, de l'agressivité, de la désinhibition. Face à une forte opposition, **il faut évaluer la nécessité du test et la possibilité de remettre l'intervention à plus tard**. Considérez entre autres ces points :

- Le résultat du test a-t-il le potentiel d'affecter **la qualité de vie** du patient (p. ex. en donnant un moyen d'améliorer sa vision ou de soulager un inconfort oculaire) ?
- Quel est **l'impact du report de l'examen** sur le patient et sur son proche aidant (p. ex. risques de chutes pour le patient à chaque visite, disponibilité du proche aidant à revenir pour un autre rendez-vous) ?

Lorsqu'il est jugé préférable de procéder au test ou au soin, diverses techniques peuvent aider à désamorcer la situation de SCPD.

Il faut par ailleurs noter que ces comportements déroutants sont parfois une réaction à un besoin non comblé (p. ex. peur, incompréhension de consignes, sentiment d'incompétence, fatigue, illusion visuelle ou hallucination en cours, traumatisme antérieur). En identifiant un ou des élément(s) déclencheur(s) et en portant attention au niveau de stress de la personne, on peut parfois prévenir l'escalade.

L'*annexe IV* indique comment réagir face à certains comportements déroutants.

⁴² Cloak N, Al Khalili Y. Behavioral And Psychological Symptoms In Dementia. StatPearls. Treasure Island (FL)2021.

Les défis spécifiques à l'examen de la vue

Selon le niveau de perte cognitive, il est possible que l'examen soit réalisé de manière objective. Cependant, il est important d'au moins tenter les tests habituels, y compris les tests subjectifs, malgré l'atteinte cognitive.

Voici quelques stratégies pour permettre un examen plus efficace.

Tableau 3 : Stratégies d'adaptation de l'examen de la vue

Test	Adaptation
Histoire de cas	<ul style="list-style-type: none">• S'aider du proche aidant tout en gardant de la considération envers le patient (voir <i>annexe V</i>).• Identifier les patients à risque de chute pour orienter notre choix de prescription optique ²⁵.
Acuité visuelle (AV)	<ul style="list-style-type: none">• L'AV Snellen fonctionne dans la majorité des cas.• Dans les cas de TNCM plus avancés, essayer les chiffres^{43,44} ou essayer la prise d'AV lettre par lettre, car une des difficultés de la personne avec TNCM concerne l'endroit où regarder.• Les cartes de Teller peuvent être utiles pour les cas plus avancés ²⁵.• Si l'expression est difficile (aphasie est une condition fréquente de TNCM), demander de « dessiner » la lettre avec son doigt ou remettre des choix de réponses dans ses mains et lui demander de pointer.
Réflexes pupillaires	<ul style="list-style-type: none">• Test à effectuer tôt dans l'examen, car il nous donne plusieurs informations importantes :<ul style="list-style-type: none">○ Pseudophakie vs cataractes (par l'apparence du reflet),○ Alignement oculaire (Hirschberg),○ DPAR (indicateur de pathologie et possiblement de mauvais pronostic réfractif)○ Aperçu rapide du segment antérieur (cicatrice cornéenne, iridotomie, etc.).
Vision des couleurs	<ul style="list-style-type: none">• Dans leur pratique, les cliniciens trouvent que le test d'Ishihara est souvent concluant même lorsque l'AV ne l'est pas.• La réussite de la première plaque au Ishihara indique une AV d'au moins 6/60.• Une vision des couleurs diminuée peut être indicateur de pathologie du nerf optique.

⁴³ Kergoat H, Law C, Chriqui E, Leclerc BS, Kergoat MJ. Tool for Screening Visual Acuity in Older Individuals With Dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Dement.* 2017;32(2):96-100.

⁴⁴ Chriqui E, Kergoat MJ, Champoux N, Leclerc BS, Kergoat H. Visual acuity in institutionalized seniors with moderate to severe dementia. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(4):275-9.

Sensibilité aux contrastes		<ul style="list-style-type: none"> Le MARS Letter Contrast Sensitivity test est rapide à effectuer et donne de l'information sur la vision fonctionnelle. Il existe également une version du test avec des chiffres (MARS Numeral Contrast Sensitivity test).
Dilatation pupillaire		<ul style="list-style-type: none"> Une dilatation avant la réfraction est une option à considérer (<i>early pupil dilation</i>). Ceci facilite la skiascopie et l'examen du pôle postérieur qui pourraient être difficiles avec myosis sénile ⁴⁰, tout en minimisant le temps d'examen.
Réfraction		<ul style="list-style-type: none"> Selon le niveau de déficit cognitif, considérer la réfraction en lunettes d'essai pour diminuer la confusion derrière le visiomètre. Des techniques de <i>bracketing</i> (commencer en présentant de grands écarts comme +3,00/-3,00 et observer la réaction du patient) permettent d'évaluer la coopération possible subjectivement.
Champ visuel		<ul style="list-style-type: none"> Peu de données probantes à ce sujet. Nous recommandons un dépistage rapide blanc sur blanc (p. ex. C-40), un FDT ou un champ par confrontation si le test automatisé est non concluant.
Correction optique	À risque de chute	<ul style="list-style-type: none"> Les changements de correction visuelle doivent être conservateurs. Prescrire deux lunettes à verres unifocaux peut être une bonne option si le patient n'est pas déjà habitué aux progressifs ou aux bifocaux. Identifier les lunettes par leur nom pour les patients qui vivent en résidence au cas où elles seraient perdues et pour aider les intervenants à donner les bonnes lunettes au patient selon l'activité visuelle en cours ⁷⁻²⁵.
	Mobilité réduite	<ul style="list-style-type: none"> Pour les patients à mobilité réduite (peu de risques de chute), on recommande plutôt de faire une seule paire de lunettes (à verres bifocaux ou progressifs) pour minimiser les manipulations et les risques de perte. Confirmez avec un aidant que la personne est en fauteuil roulant en tout temps, et non seulement pour des sorties extérieures comme pour son examen de la vue.
<p>Pièces d'équipement utiles à avoir : Clip Halberg, Bernell ou Janelli (ajout de lentille ou d'occlusion sur lunettes), ensemble de flaps (entre +/-0,25 et +/-2,50), charte MARS (version avec numéros).</p>		

Conclusion

Les troubles neurocognitifs majeurs sont souvent en lien avec les fonctions visuelles et l'impact d'une double déficience visuelle et cognitive a certainement le potentiel d'augmenter la confusion chez la personne malade. Les optométristes doivent donc être proactifs pour optimiser l'afférence visuelle de cette population vulnérable. Ce guide leur offre un support afin de mieux adapter leur examen et d'être confiants dans leur plan de traitement.

Annexe I :
**Feuille explicatif pour proches aidants concernant
la chirurgie de cataractes**

[Disponible ici](#)

Les cataractes

Informations destinées aux proches aidants des personnes avec troubles cognitifs liés à l'âge

Votre proche a des cataractes ?

Est-il utile de continuer les démarches pour en faire l'opération ?

Voici quelques points qui pourront guider votre décision :

- Les **bénéfices de la chirurgie ont été démontrés** pour les personnes avec déficits cognitifs légers à modérés : **amélioration de la vision, diminution de symptômes dépressifs, amélioration de la qualité de vie**. Certaines études montrent même qu'il peut y avoir une **amélioration de la mémoire** à la suite d'une chirurgie de cataracte.
- Même si la personne ne lit plus, il est important d'avoir une bonne vision pour faciliter la **prise de repas**, pour diminuer le **risque de chute**, pour aider à la **reconnaissance des visages**, etc.
- La chirurgie de cataractes est une **chirurgie d'un jour**, elle dure environ **15 minutes** et elle est très fréquemment pratiquée.

La consultation avec l'ophtalmologiste ne vous engage pas à procéder à la chirurgie. L'ophtalmologiste vous aidera à prendre une décision éclairée.

Annexe II : Modèle de formulaire de référence en ergothérapie

[Disponible ici](#)

Demande de service en ergothérapie

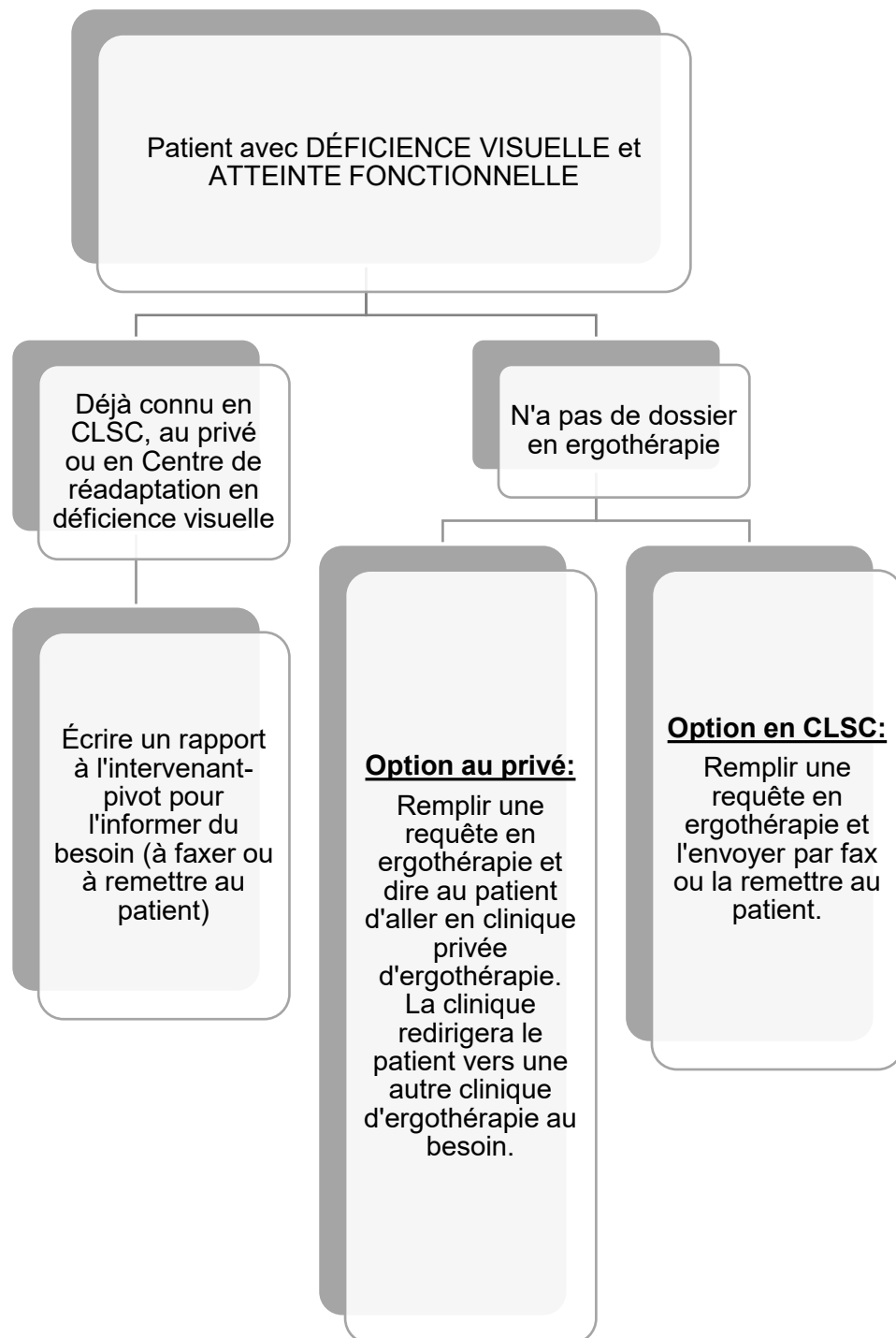
Date :

Optométriste référant Nom : Prénom : Adresse : Tél. : Courriel : No de professionnel :	Patient Nom : Prénom : DDN : Tél. : RAMQ : exp. : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme ____ans
Patient référé à Ergothérapeute (nom) : Établissement (nom) :	
Motif de référence <i>Patiente avec troubles neurocognitifs majeurs présentant une baisse de sensibilité aux contrastes (perte sévère) avec impact fonctionnel.</i>	
Difficultés manifestées <input type="checkbox"/> Risque de chute <input type="checkbox"/> Activités touchées (ex. activité d'hygiène, s'habiller, préparation de repas, prise des médicaments) précisez : _____ <input type="checkbox"/> Proche aidant épuisé <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____	
Pour votre information <input type="checkbox"/> Pathologie oculaire : <i>Cataractes aux deux yeux</i> <input type="checkbox"/> Impact sur la vision : <i>diminution de la qualité de vision et de la sensibilité aux contrastes</i> <input type="checkbox"/> Traitement : <i>Chirurgie recommandée, mais refusée par famille</i> <input type="checkbox"/> Champ visuel : <i>normal</i> <input type="checkbox"/> Acuité visuelle (avec/sans lunettes) : Œil droit : <i>6/12 (meilleur œil)</i> Œil gauche : <i>6/15</i>	

Signature _____

Merci d'accepter de voir cette personne ou de l'orienter vers un autre service advenant une impossibilité de votre part. Votre implication est appréciée.

Annexe III : Arbre décisionnel pour référer le patient en ergothérapie



Annexe IV : Réactions à adopter face à un comportement déroutant (SCPD)

<p>Si idées délirantes : <i>Validation</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Reconnaître les émotions que ressent la personne et lui permettre de les exprimer• Ne pas corriger la personne, mais ne pas alimenter son délire
<p>Si pensées persistantes: <i>Diversion</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Détourner l'attention de la personne d'une situation qui provoque chez elle un malaise ou de l'anxiété• Attirer l'attention de la personne sur un élément positif relié à son histoire personnelle
<p>Si surstimulation/sous-stimulation: <i>Adaptation de l'environnement</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Réduire/augmenter le niveau de stimuli en ajoutant/éliminant un fond sonore ou en modifiant l'éclairage
<p>Si comportement de résistance: <i>Examen de l'histoire biographique</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Modifier la façon de donner le soin• Adapter la façon de communiquer à la personnalité pré-morbide de la personne (p. ex. : si personne autoritaire, solliciter sa permission avant d'agir)

Source : M. Bourque et P. Voyer, 2013. Le présent schéma a été adapté.

Annexe V : Comment bien profiter de la présence du proche aidant⁴⁵

1. Inviter l'accompagnateur à être avec nous dans la salle pendant l'examen.

Sa présence est rassurante pour le patient avec troubles cognitifs. Elle peut faciliter notre interaction avec le patient et faciliter l'examen en rendant le patient plus calme.

2. Placer la chaise de l'accompagnateur derrière celle du patient.

Ainsi, on fait face à l'accompagnateur et au patient en même temps et on évite que l'accompagnateur ne devienne une distraction pour le patient puisqu'il ne le voit pas.

3. Ne pas regarder que l'accompagnateur ; alterner entre le patient et son proche.

Il est important de parler au patient même s'il communique peu verbalement afin de le traiter avec dignité, de le mettre en confiance et d'améliorer sa collaboration durant l'examen.

4. Expliquer à l'accompagnateur pourquoi il faut garder le silence durant l'examen.

Il sera plus facile pour le patient de se concentrer s'il n'est pas stimulé excessivement. Ceci rendra l'examen plus efficace et moins fatigant pour le patient.

⁴⁵ Gravel J. Interagir avec des aînés et des aînées en perte d'autonomie: Aspects relationnels et communicationnels. Présenté dans le cadre du cours d'Optométrie gériatrique (Université de Montréal). 2021:45.