



HAL
open science

La place de l'orthoptie en EPHAD

Solène Boireau

► **To cite this version:**

Solène Boireau. La place de l'orthoptie en EPHAD. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04568066

HAL Id: dumas-04568066

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04568066v1>

Submitted on 3 May 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

École des Sciences de la Réadaptation
École d'Orthoptie

La place de l'orthoptie en EHPAD

BOIREAU Solène

Maitre de mémoire :
ORDINES Mélanie
Orthoptiste

Directrice des mémoires :
TRINQUET Laure
Directrice de la formation

Année Universitaire 2022-2023
Mémoire de fin d'études d'Orthoptie

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Laure TRINQUET, directrice de l'école d'orthoptie de Marseille, pour son engagement auprès de ses élèves, sa disponibilité et la transmission aux étudiants de sa passion pour le merveilleux métier qu'est l'orthoptie. Merci de m'avoir accompagnée durant ces trois années qui m'ont fait grandir et mûrir professionnellement et personnellement.

Je voudrais également remercier Mélanie ORDINES, ma maître de mémoire pour son intérêt, son soutien, ainsi que pour les conseils et réponses qu'elle m'a fournis tout au long de la rédaction de ce mémoire.

J'aimerais remercier l'ensemble des orthoptistes qui m'ont reçue en stage et qui m'ont formée. Merci d'avoir pris de votre temps pour former la prochaine génération d'orthoptistes et nous montrer la réalité du métier. Merci de m'avoir ouvert votre lieu de travail, d'avoir répondu à mes interrogations et de m'avoir fait confiance avec vos patients.

Je voudrais remercier l'ensemble des orthoptistes et des personnes qui ont bien voulu répondre à mes questions et à mon étude. Merci d'avoir pu faire avancer mon mémoire et d'y avoir ainsi contribué à votre façon.

Enfin, j'aimerais aussi remercier ma famille. Merci de toujours soutenir mes décisions et l'orientation que je choisis. Merci Papa et Maman pour votre soutien inconditionnel, votre amour et votre implication dans chacun de mes projets et particulièrement dans ce mémoire. Je vous remercie pour vos encouragements et pour m'aider à m'épanouir.

Je tiens également à remercier mes grands-parents d'être là pour moi, de leur relecture de ce mémoire. J'ai une pensée particulière pour ceux qui ne sont plus là mais qui m'ont largement inspiré ce sujet des besoins en EHPAD et qui m'ont montré ce qu'était le dévouement pour les autres.

Résumé

L'EHPAD est le lieu de vie de nombreuses personnes âgées dépendantes, souvent polyopathologiques et dont la prise en charge médicale est particulière et compliquée. Une liste de recommandations de la prise en charge de la déficience visuelle en EHPAD a été publiée par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (aujourd'hui appelée Haute Autorité de Santé) il y a 5 ans, en 2017. Ce mémoire a pour but de dresser un état des lieux sur les besoins visuels des résidents en EHPAD en 2022 et sur leur suivi et de constater si les directives de l'Agence ont été suivies. Il cherche également à recenser les différentes façons dont interviennent les orthoptistes dans les EHPAD.

Il s'agit de proposer un modèle qui pourrait répondre au mieux aux besoins de la prise en charge visuelle des résidents, tout en étant compatible avec le champ légal et la réalité du terrain des orthoptistes.

Mots clés : Orthoptie, EHPAD, Orthoptiste, Déficience visuelle, Téléexpertise, Senior

Nursing home are places where live a lot of reliant elderly people, often they have multiple pathologies and the medical way to treat them is special and difficult.

A list of recommendation about the way to take care of visual deficiency patients in nursing home was published by the Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (today called Haute autorité de Santé) five years ago, in 2017.

This memoire as for objective to make a constate of the visual needs of resident in nursing home in 2022, of their optical follow up and to check if the Agence's guideline is follow. It also going to identify the different ways orthoptists works in nursing home.

The goal is to introduce a model which answer the best way possible to the medical visual needs of the residents and at same time being compatible with the legal possibilities and the reality for the orthoptists in the nursing home.

Keywords : Orthoptia, Nursing home, Orthoptist, Visual deficiency, Senior, Teleconsultation

Table des matières

Introduction	1
Partie 1 : EHPAD de quoi parle-t-on ?.....	2
I- Qu'est-ce qu'un EHPAD ?.....	2
II- Les professionnels de santé en EHPAD	2
III- Qui sont les résidents en EHPAD ?.....	3
IV- Les recommandations des institutions françaises sur les troubles visuels en EHPAD	4
Partie 2 : Etat des lieux des besoins visuels en EHPAD	7
Partie 3 : Législation : protocole, loi, texte	16
Partie 4 : L'orthoptiste en EHPAD	17
I- Des contraintes et difficultés pour les orthoptistes.....	17
II- Des modèles existants	19
Partie 5 : Discussions, un modèle parfait ?	23
I- Des pistes pour mieux répondre aux besoins visuels des résidents.....	23
II- Faciliter la prise en charge.....	24
III- Différentes façons d'intervenir	26
IV- Les opticiens en EHPAD ?	27
V- Un protocole de soin	27
Conclusion.....	30
Bibliographie.....	31

Introduction

La prise en charge en EHPAD est au cœur de l'actualité avec ses différents scandales : personnel débordé, en sous-effectif, maltraitances, absence de considération du résident en tant qu'individu. Ces éléments incriminent les EHPAD dans leur gestion du quotidien. C'est le modèle des maisons de retraite qui est remis en cause.

Parallèlement, le territoire français fait face à un manque cruel d'ophtalmologues et rend l'accès aux soins visuels de plus en plus difficile pour les patients. Les orthoptistes voient leur champ d'action s'élargir et cela leur permet d'occuper une place de plus en plus importante dans la prise en charge des patients.

On peut penser que la santé visuelle des résidents des EHPAD pâtit des problèmes institutionnels des établissements et du manque d'effectifs des médecins ophtalmologistes.

Dans une telle conjoncture, un état des lieux de la prise en charge des besoins visuels des personnes âgées qui vivent en EHPAD est nécessaire.

A titre personnel, en me rendant en EHPAD pour accompagner des proches, j'ai constaté de nombreux problèmes relatifs à leur vue et j'ai voulu comprendre comment en tant qu'orthoptiste nous pouvons intervenir, améliorer voire résoudre certaines situations.

En recherchant des études et des articles sur ce sujet, je me suis rendue compte que l'orthoptie en EHPAD est très peu abordée. C'est pour cette raison que j'ai souhaité faire mon mémoire sur ce sujet, en cherchant à définir quelle est la place de l'orthoptie en EHPAD.

Après avoir défini ce que sont les EHPAD, nous étudierons quels sont les besoins des résidents et quel est l'état de leur prise en charge visuelle depuis leur entrée en EHPAD. Ensuite, nous aborderons le cadre légal d'intervention des orthoptistes. Puis les différents types d'interventions des orthoptistes en EHPAD seront explorés. Pour terminer, nous nous interrogerons sur les différents points sur lesquels nous pouvons agir afin d'améliorer cette prise en charge et tenterons de proposer un modèle sur lequel les orthoptistes pourront s'appuyer lors de leurs interventions en EHPAD.

Partie 1 : EHPAD de quoi parle-t-on ?

I- Qu'est-ce qu'un EHPAD ?

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont des lieux de vie pour des personnes âgées dépendantes. Ces établissements médicalisés ont pour mission :

- d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables
- de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et les soins.

Les EHPAD proposent :

- des prestations hôtelières
- un accompagnement de la perte d'autonomie
- une prise en charge des soins médicaux et paramédicaux au quotidien (1)

L'EHPAD constitue un lieu de vie dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long de leur séjour, et ce, quelles que soient ses difficultés : dépendance physique, perte d'autonomie décisionnelle, difficultés d'expression, pathologies.

L'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles classe les EHPAD dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Pour le résident hébergé, l'EHPAD est considéré comme un substitut de domicile. De ce fait, se heurtent les contraintes réglementaires collectives et le droit et les intérêts privés du domicile (2).

II- Les professionnels de santé en EHPAD

L'équipe médicale qui se rend en EHPAD est pluridisciplinaire.

L'ensemble des membres du personnel soignant y intervenant est placé sous la responsabilité du médecin coordinateur.

Le soin repose d'une part, sur le médecin coordinateur, un ou des infirmiers en soins généraux (IDE), des aides-soignants et auxiliaires de vie qui sont en charge de tous les résidents et qui sont généralement salariés de l'établissement et d'autre part, sur l'intervention des médecins et kinésithérapeutes libéraux qui viennent voir et s'occuper de patients en particulier.

Les professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD sont confrontés à certaines spécificités : se mettre en relation avec le médecin coordinateur, transmission des informations relatives à l'intervention effectuée dans l'EHPAD, modalité de formation adaptée au public soigné, échange avec les familles, etc.

L'enquête EHPA 2007 montre que le pourcentage de personnel médical, paramédical et soignant est en moyenne de 40 % dans les EHPAD.

III- Qui sont les résidents en EHPAD ?

A- Quelques chiffres sur l'âge en EHPAD

L'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 83 ans et 10 mois alors que l'âge moyen dans ces établissements est de 84 ans et 9 mois. On retrouve une différence d'âge entre les femmes et les hommes que l'on constate également dans les espérances de vie en France. 25 % des résidents sont des hommes ayant en moyenne 80 ans et 3 mois, tandis que les femmes, qui représentent 75 % de la population en EHPAD, ont un âge moyen de 85 ans et 6 mois.

En 2015, 150 000 personnes résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont décédées, cela représente un quart des décès annuels en France. Les résidents décèdent à 89 ans en moyenne, après une durée de séjour d'environ trois ans et quatre mois (3).

B- Une population dépendante

1. La mesure de la dépendance

On mesure l'état de dépendance d'une personne en la classant dans un des six Groupes Iso-Ressources (GIR). Le classement dans ces groupes s'appuie sur une grille, l'Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources (AGGIR), qui permet de noter les actes de la vie courante que la personne est capable d'effectuer seule mais aussi ses facultés psychiques.

Le GIR 1 correspond au groupe dans lequel la dépendance est la plus élevée tandis que dans le GIR 6, la personne est entièrement indépendante dans ses tâches quotidiennes. Dans les établissements où sont accueillies les personnes âgées (maisons de retraite, EHPAD...) on mesure le Groupe iso-ressource Moyen Pondéré (GMP). Il s'agit d'un cumul des points de chaque GIR pour l'ensemble des résidents, le tout pondéré au nombre de résidents. Une personne dans le GIR 1 correspond à 1000 points tandis qu'une personne dans le GIR 6 représente 70 points.

En 2016, le GMP moyen en EHPAD était de 723, ce qui correspond à un individu entre le GIR 3 et le GIR 2. Le pourcentage de personnes dépendantes (GIR compris entre 1 et 4) était de 85 % dans les EHPAD public et 88 % dans les EHPAD privés.

Selon l'enquête de la Drees, en 2007, les résidents cumulent en moyenne six pathologies, essentiellement des pathologies chroniques stabilisées (4).

2. La dépendance, un problème grandissant

D'après les prévisions de l'INSEE et de la Dress en retenant une définition large de la perte d'autonomie, 21 millions de seniors vivront en France en 2030 dont 3 millions en situation de perte d'autonomie. Au vu des habitudes et de la manière dont est prise en charge la perte d'autonomie dans notre pays, 108 000 seniors sont attendus en EHPAD d'ici 2030 et 211 000 de plus entre 2030 et 2050. Avec 595 204 lits fin décembre 2020, la France offre globalement 1 place en EHPAD pour 10 personnes de plus de 75 ans (5).

C- Des résidents aux multiples pathologies

1- Les principaux problèmes de santé

Les principaux problèmes de santé présentés par les résidents sont :

- La douleur
- Les atteintes neurologiques et psychiatriques (tels que des syndromes démentiels, état dépressif, troubles du comportement, psychose, délire, hallucinations, AVC, syndrome parkinsonien, épilepsie, syndrome confusionnel aigu...)
- Les affections cardiovasculaires
- Les affections endocriniennes et métaboliques
- Les troubles sensoriels (4)

2. Les troubles sensoriels

Les troubles sensoriels altérant les possibilités de communication verbale sont fréquents puisque 2 résidents sur 10 ont une déficience visuelle, auditive, du langage ou de la parole (6).

Aujourd'hui, la France compte 1,7 million de déficients visuels : près de 3 français sur 100 sont ainsi confrontés à des problèmes de vision. La prévalence du handicap visuel ne devrait pas faiblir dans les années à venir, car elle est très fortement liée à l'âge. Ce sont ainsi près de 20 % des personnes âgées de 85 à 89 ans qui connaissent une déficience visuelle grave. Elles seraient 38 % à partir de 90 ans. La moitié des déficients visuels sont des personnes âgées de plus de 60 ans (7).

IV- Les recommandations des institutions françaises sur les troubles visuels en EHPAD

Le Défenseur des droits constate des difficultés récurrentes concernant l'obtention, la réfection ainsi que l'entretien des aides techniques nécessaires à la compensation du handicap ou de la perte d'autonomie (lunettes, appareils auditifs, prothèses dentaires...) de nature à porter atteinte à la dignité et à l'autonomie des personnes concernées (8).

En 2007, l'axe 4 du plan national « Bien Vieillir » 2007-2009, relatif à la qualité de vie, décline sept mesures propres à favoriser la prévention des facteurs de risque et des pathologies, dont la prévention des déficits visuels. Il a souligné la nécessité d'améliorer « la précocité du dépistage des déficits visuels ». La prévalence des déficiences sensorielles est fortement corrélée à l'âge. Au-delà de 60 ans, plus de 82 % de personnes sont concernées par une déficience visuelle.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans le repérage des déficiences sensorielles et l'accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées et qui ont été émises par l'ANESM en 2017 ont pour objectif d'apporter des réponses aux besoins de cette population touchée par une ou des déficiences sensorielles tant en termes de prévention, de repérage que d'accompagnement.

Parmi les enjeux et effets attendus, on retrouve l'évaluation des fonctions visuelles du résident dès son entrée en EHPAD.

Si le résident est appareillé à son entrée, une vérification de l'état de ses lunettes doit être effectuée. Il est également nécessaire de s'assurer que le résident est suivi par un spécialiste, de s'assurer de la bonne utilisation et de l'entretien au quotidien des appareils. Il faut aussi prévoir des solutions pour l'identification des différents appareillages.

De plus, il est aussi recommandé d'évaluer ou de réévaluer régulièrement les fonctions sensorielles du résident, à sa demande ou lors de la réévaluation du projet personnalisé.

Le repérage des déficiences sensorielles n'a de sens que s'il est effectivement suivi d'actions d'accompagnement et de compensation, à défaut de pouvoir prévenir la déficience. Ces dernières peuvent s'appuyer sur des aides techniques, mais aussi sur des « savoir-être » et « savoir-faire » adaptés qui vont favoriser la communication entre les professionnels, les résidents et même leur entourage. Il est donc conseillé d'établir des partenariats afin de bénéficier régulièrement de consultations spécialisées au sein de l'EHPAD.

Il est recommandé de mettre en place un dispositif de veille permettant d'identifier les signes de déficience visuelle en vérifiant avec la personne et/ou avec son entourage dès l'entrée en établissement si cela n'a pas été réalisé lors de la pré-admission, puis au moins une fois par an ou en fonction des besoins:

- la date de la dernière visite chez un ophtalmologiste
- la date de la dernière vérification des verres correcteurs (ophtalmologiste, opticien),
- l'acuité visuelle par des outils simples (médecin traitant, médecin coordonnateur, IDEC)
- en observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne et de ses aidants (cf. les signes d'alerte)
- en échangeant avec la personne mais aussi, avec son accord, avec son entourage et les membres de l'équipe
- en partageant l'analyse des signes repérés en organisant les remontées d'informations (transmissions ciblées et tracées) entre les professionnels de l'établissement et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs lorsque nécessaire (orthoptiste, opticien, ophtalmologiste, etc.)
- en recherchant des actions correctrices ou des solutions d'accompagnement actions correctrices immédiates à mettre en place. En priorité, programmer une consultation avec le médecin traitant et, selon les besoins, avec un spécialiste de la vue (opticien, orthoptiste, ophtalmologiste) qui comporte la vérification et/ou l'examen de la vision et des corrections, proposition/prescription de lunettes et/ou d'aides techniques (loupes, écrans, appareils grossissants, etc.), soins ophtalmologiques spécifiques: médicaments, opération cataracte, glaucome, etc (6).

En juin 2016, la Fondation Médéric Alzheimer a présenté les résultats d'une enquête concernant le sensoriel et la maladie d'Alzheimer en EHPAD. A ce moment-là, seul un tiers des EHPAD déclarait procéder de façon systématique au repérage des troubles auditifs et visuels (9).

Ce livret publié en 2017 contient de nombreuses directives à mettre en place par les EHPAD. Il tente de lister un ensemble de mesures permettant de lutter contre les troubles de la vue et la déficience visuelle auprès des personnes en EHPAD. En 2023, 7 ans après la diffusion de ces recommandations, on peut se demander si ces dernières ont été entièrement suivies et si la prise en charge de la déficience visuelle a changé en EHPAD. Pour cela, il m'est apparu nécessaire de faire un état des lieux sur les besoins visuels en EHPAD à l'heure actuelle.

Partie 2 : Etat des lieux des besoins visuels en EHPAD

Une tranche de la population qui nécessite une attention et des soins particuliers, ce sont bien les seniors. Une catégorie est encore plus mise de côté dans l'accès aux soins et dans leur suivi par des professionnels, ce sont les résidents en EHPAD.

En effet, le fait qu'ils soient polyhandicapés associé souvent des difficultés de déplacements, en fin de vie, parfois avec des capacités cognitives déclinantes rendent ainsi l'expression de leurs difficultés et besoins difficiles. Ils sont particulièrement mal suivis et même souvent isolés des soins. La prise en charge des résidents en EHPAD est vaste et présente de nombreuses difficultés. Celle-ci peut être très intéressante à mettre en place par les orthoptistes et permet de s'occuper des besoins visuels de personnes dont la vision est négligée une fois en institution.

Il existe peu de données et d'études concernant la prise en charge orthoptique ou ophtalmologique des résidents d'EHPAD. Il en va de même concernant leur besoin visuel. Cela peut s'expliquer partiellement par une absence d'intérêt pour cette partie de la population par les étudiants et professionnels de la vue.

Je me suis aperçue que cela peut également être dû à la difficulté d'entrer en relation avec les établissements et à être autorisé à y faire des études et des recherches.

Afin de faire un état des lieux des besoins visuels des résidents et de leur prise en charge j'ai donc réalisé un questionnaire à l'intention des familles.

Quand j'ai voulu le diffuser dans les maisons de retraite, j'ai été confrontée à de nombreuses difficultés. En effet, aucun EHPAD marseillais parmi la vingtaine que j'ai contacté par téléphone n'a souhaité le partager. Il en va de même pour les quinze établissements dans lesquels je me suis rendue en personne. Très peu se sont justifiés face à ce refus, les seuls qui l'ont fait ont évoqué des questions de secret médical, de confidentialité ou bien ont directement indiqué qu'ils ne souhaitaient pas qu'une enquête soit réalisée dans leur établissement, même si l'ensemble des réponses restaient anonymes.

Finalement, j'ai réussi à obtenir des réponses à mon questionnaire par 2 biais :

- Le groupe AFP qui compte plusieurs EHPAD dans toute la France, a diffusé le questionnaire à l'ensemble des directeurs de leurs maisons de retraite, et certains d'entre-eux l'ont partagé aux familles des résidents.
- Par le biais de groupes Facebook concernant les EHPAD, j'ai également pu entrer directement en relation avec des familles ayant des parents en maisons de retraite et qui ont bien voulu répondre à mon questionnaire.

J'ai ainsi obtenu 50 réponses de familles de résidents dans toute la France.

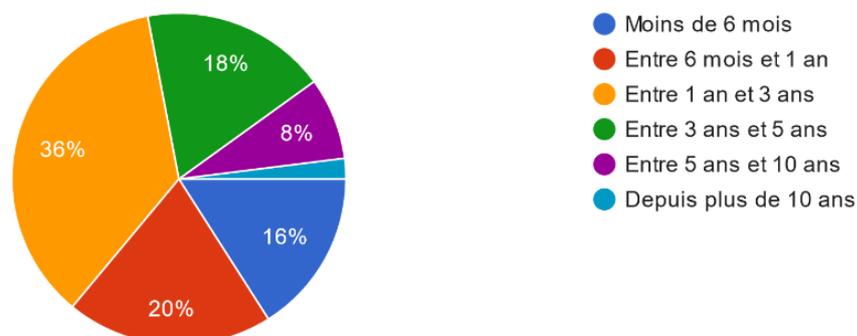
Le questionnaire est composé de 12 questions :

- 1/ Depuis quand le patient est en EHPAD ?
- 2/ De quand date la dernière consultation avec un ophtalmologue ?
- 3/ Le résident est-il diabétique ?
- 4/ Le résident a-t-il une maladie ophtalmologique connue (glaucome, DMLA, cataracte...) ?
- 5/ Si oui, La pathologie ophtalmologique est-elle traitée ?
- 6/ Depuis que le patient est rentré en EHPAD, a-t-il eu un bilan visuel ?
- 7/ Le patient a-t-il des lunettes ?
- 8/ A quelle fréquence porte-il ses lunettes ?
- 9/ De quand datent ses dernières lunettes ?
- 10/ S'il ne porte pas ses lunettes, pourquoi ? (Lunettes non adaptées, pas nécessaires, lunettes cassées, lunettes non mises par le personnel...)
- 11/ Avez-vous l'impression que le résident présente des difficultés liées à la vision pour ces différentes tâches ? (lire, regarder la télévision, reconnaître quelqu'un)
- 12/ Avez-vous l'impression que le résident présente des difficultés visuelles ? Avez-vous des remarques concernant la vision du patient ?

La première question demandant depuis quand la personne vit en EHPAD me permet de connaître les profils des résidents qui sont analysés dans le questionnaire.

Le patient est en EHPAD depuis :

50 réponses

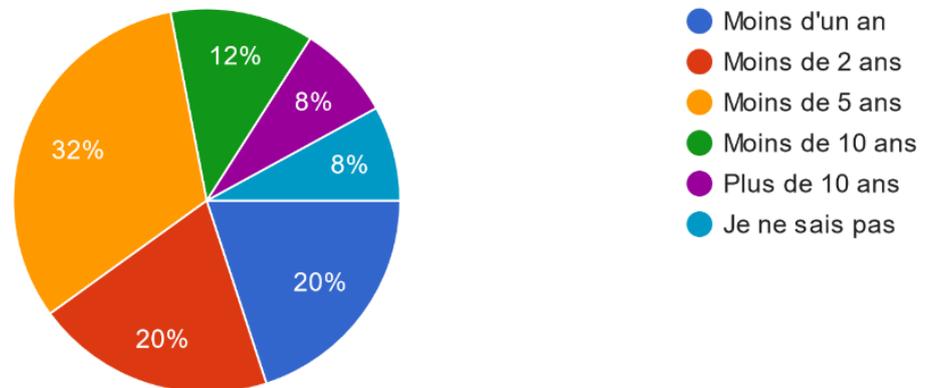


72 % des résidents demeurent en EHPAD depuis moins de 3 ans, 90 % y vivent depuis moins de 5 ans. En sachant que l'espérance de vie, une fois rentrée en EHPAD est de 3 ans et 4 mois, cela semble assez représentatif.

A la deuxième question, les résultats retrouvés sont les suivants :

De quand date la dernière consultation avec un ophtalmologue ?

50 réponses



40 % ont répondu depuis moins de 2 ans. Cela est largement insuffisant quand, pour rappel, il est recommandé aux personnes de plus de 65 ans de consulter un ophtalmologue au moins tous les 2 ans.

Les réponses à cette question sont d'autant plus surprenantes et inquiétantes en s'apercevant que 8 % des répondants n'ont pas eu de consultation avec un ophtalmologue depuis plus de 10 ans. En effet, les personnes âgées sont plus à risque face à de nombreuses pathologies ophtalmologiques telles que la cataracte, la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (DMLA), le glaucome ou la rétinopathie diabétique.

En étudiant les réponses aux deux premières questions, on apprend que sur les 40 % des répondants ayant eu une consultation il y a moins de 2 ans, 70 % l'ont fait avant de rentrer en EHPAD.

Face à ces réponses, on peut alors se questionner sur le suivi ophtalmologique des patients diabétiques qui représentent en France environ 20 % des résidents d'EHPAD.

Dans mon étude, 24 % des répondants sont diabétiques. Si on calcule l'intervalle de fluctuation, on se rend compte que ce nombre est représentatif de la moyenne nationale de personnes diabétiques de cette tranche d'âge.

En reprenant les réponses données précédemment dans le questionnaire, on peut voir que parmi ces diabétiques, uniquement 2 d'entre-eux, soit 17 %, ont reçu une consultation ophtalmologique il y a moins d'un an.

Un suivi annuel des patients diabétiques afin de réaliser un fond d'œil est essentiel dans le dépistage et le suivi de la rétinopathie diabétique et cela même lorsque le diabète est équilibré et stable depuis des années.

Ces chiffres montrent aussi la nécessité d'une prise en charge et de la mise en place de protocoles directement dans les EHPAD afin de permettre l'analyse du fond d'œil régulièrement auprès de ces personnes diabétiques. Ces patients bénéficient dans le cadre de leur diabète d'une Affection Longue Durée (ALD), ce qui leur permet de disposer d'une prise

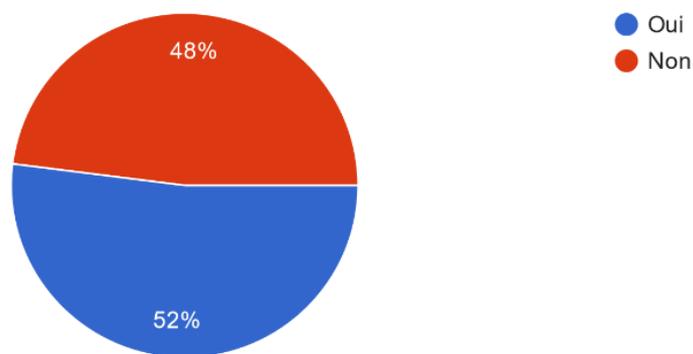
en charge à 100 % d'un taxi ou une ambulance pour se déplacer à leur rendez-vous ophtalmologique.

Les réponses recueillies indiquent que malgré cela, les patients ne suivent pas les recommandations sur la fréquence des contrôles par l'ophtalmologiste.

Les personnes qui résident en EHPAD sont en très grande majorité polypathologiques. Un suivi régulier est donc d'autant plus important face à des patients atteints de problèmes ophtalmologiques.

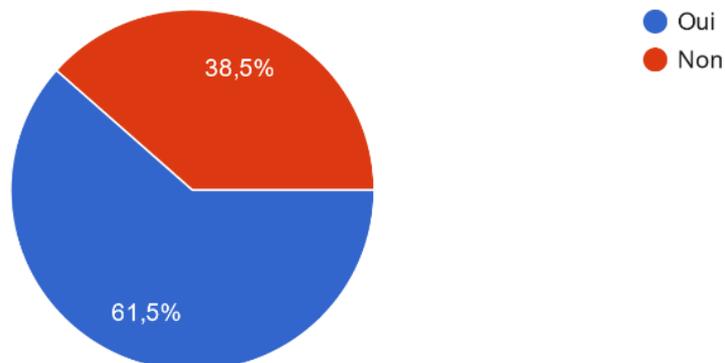
Le résident a-t-il une maladie ophtalmologique connue (glaucome, DMLA, cataracte...)?

50 réponses



La pathologie ophtalmologique est-elle traitée ?

26 réponses

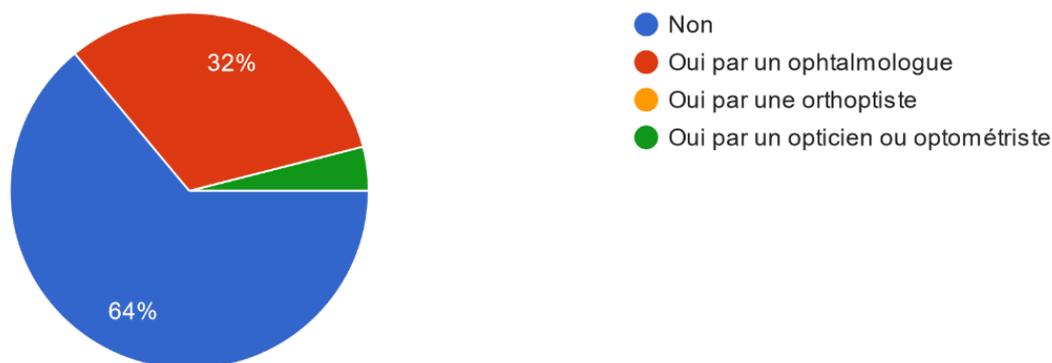


Sur l'ensemble des répondants 52 % présentent des pathologies ophtalmiques connues. Cependant, parmi ces patients, 38,5 % n'effectuent pas un suivi ou ne traitent pas cette dernière. Cela indique également qu'un dépistage massif a peu d'intérêt s'il n'est pas suivi d'une prise en charge régulière et que des moyens soient mis en place pour faciliter l'accès à ces soins.

Les réponses à la 6ème question, montrent bien l'absence de visites de la part des orthoptistes dans les maisons de retraite :

Depuis que le patient est rentré en EHPAD, a-t-il eu un bilan visuel ?

50 réponses



Les orthoptistes ont toute leur place en EHPAD puisque l'on s'aperçoit qu'une fois rentrés en structure, 64 % des résidents n'ont reçu aucun bilan visuel avec un professionnel de la vue. Cela est d'autant plus important que la déficience visuelle, bien qu'elle ne soit pas toujours visible, peut avoir des conséquences importantes sur la qualité de vie des résidents ainsi que sur leurs fonctions cognitives.

Alors qu'aucun résident n'a reçu de bilan avec une orthoptiste, on s'aperçoit que 2 d'entre eux ont eu un bilan avec un opticien ou un optométriste.

Le marché de la vente de lunettes chez les séniors est très important.

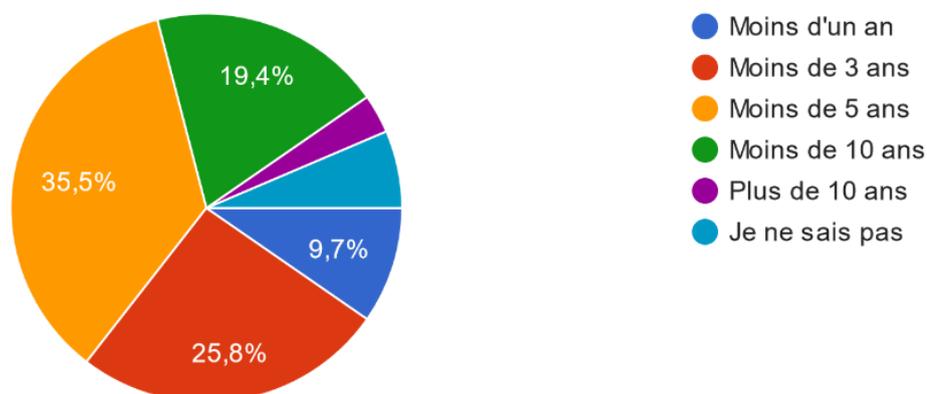
On constate que sur les 50 résidents, 86 % d'entre eux ont des lunettes.

Ces chiffres sont importants à prendre en compte surtout quand on sait que la correction des troubles de la réfraction a un impact sur la qualité de vie et sur l'humeur du patient. D'après une étude, les résidents ayant reçu de nouvelles lunettes, au-delà de l'amélioration du niveau de leur acuité visuelle, présentaient moins de difficultés pour lire mais également pour réaliser la plupart des activités quotidiennes et activités de loisirs (utiliser le téléphone, écrire, regarder la télévision, jouer aux cartes...). Il était rapporté une diminution de symptômes dépressifs et une participation accrue aux activités collectives (10).

Toutefois, quand on regarde les réponses obtenues précédemment, on peut se demander quelle est la pertinence de la valeur de la correction optique portée au vu de la date éloignée des derniers bilans et rendez-vous avec un ophtalmologue.

De quand datent ses dernières lunettes ?

31 réponses



A la 8ème question “De quand datent ses dernières lunettes ?”, 13 des résidents, soit 30 %, ne les portent jamais ou quasiment jamais. Ces chiffres interpellent quand on connaît l’importance de la correction optique pour l’amélioration de la vision et de la qualité de vie du résident.

Quand on s’interroge sur la raison du non port de la correction optique, on remarque qu’il y a trois grandes causes :

- La personne ne veut plus les porter
- Les lunettes ont été cassées ou volées et n’ont jamais été remplacées
- Le personnel ne donne pas ou ne met pas la correction optique au résident.

Face à ces trois problématiques, les orthoptistes peuvent apporter un certain nombre de solutions.

Quand on rapporte que le patient ne veut plus porter ses lunettes, il est important de s’assurer que la correction optique est adaptée et correspond encore à ses besoins. Par exemple, il y a beaucoup de résidents qui portent des verres progressifs alors que cela n’est pas du tout la correction la plus en adéquation avec son environnement.

Le fait que parmi les patients, 10 d’entre eux reconnaissent que la correction optique n’est plus adaptée, montre bien que l’entourage a conscience du problème et qu’il y a de réels besoins sans que toutefois, une prise en charge adaptée soit possible.

Cela démontre aussi les limites de la famille et de l’entourage du patient dans la prise en charge de ses déficiences visuelles.

Face au problème de la non présentation des lunettes par le personnel de l’EHPAD aux résidents, il serait judicieux de former ces personnes à l’importance de la nécessité du port des lunettes comme cela est précisé dans la liste des recommandations de l’ARS.

Concernant le matériel abîmé, cassé ou volé, de nouvelles montures peuvent être commandées par l’opticien sans avoir besoin d’une nouvelle ordonnance si la dernière prescription date de moins de 3 ans. La garantie casse oblige tous les opticiens, en cas de casse, de remplacer

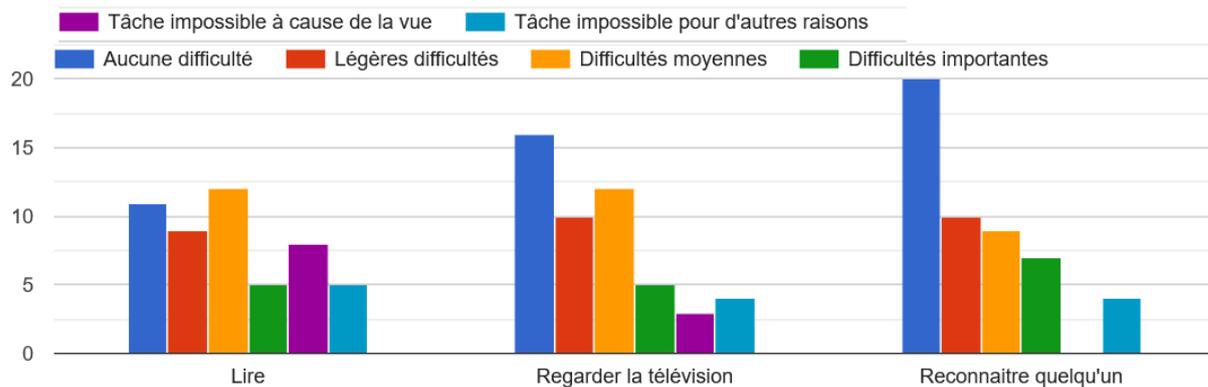
partiellement ou totalement la monture, elle est valable pendant une période de 2 ans suivant l'achat mais n'est valable qu'une seule fois pendant cette période.

Il est nécessaire de se renseigner si l'assurance responsabilité civile fonctionne suivant la situation. De plus, avec le 100 % santé, certaines montures ainsi que les verres sont entièrement pris en charge, ce qui permet l'accessibilité à une correction optique pour tous.

Ces problèmes récurrents de vols et de dégradations des lunettes sont assez fréquents et ont un impact préjudiciable dans le quotidien des résidents sans que beaucoup de solutions puissent être apportées à l'heure actuelle.

En réponse à la 12ème question concernant les difficultés liées à la vision rencontrées au quotidien pour certaines tâches, mon étude indique que les besoins visuels sont réels, même pour les personnes équipées.

Avez vous l'impression que le résident présente des difficultés liées à la vision pour ces différentes tâches ?



Sur les 50 personnes interrogées, 4 ne pouvaient pas réaliser les tâches: lire, regarder la télévision, reconnaître un visage, pour des causes indépendantes de la vision.

Concernant la lecture, 34 d'entre eux présentent des difficultés :

- 24 % ont des difficultés moyennes.
- 10 % ont des difficultés importantes.
- 16 % ne peuvent pas lire suite à des problèmes de vision.

La lecture sollicite la vision de près, il est donc nécessaire pour cela d'avoir une acuité visuelle convenable à cette distance. Mais cela ne suffit pas, il faut également que le résident ait un champ visuel suffisant, que sa motilité et sa motricité conjuguée lui permettent de faire les mouvements oculaires nécessaires pour la lecture.

Enfin, le patient doit avoir des capacités perceptives et cognitives suffisantes.

Toutes ces composantes qui entrent en jeu durant la lecture, expliquent que cette tâche peut être compliquée pour les résidents, spécialement s'ils n'ont pas une correction optique adaptée et s'ils souffrent d'une ou plusieurs pathologies ophtalmologiques.

Il est intéressant de noter que l'orthoptiste peut évaluer, influencer et améliorer un certain nombre de ces composantes.

Pour regarder la télévision, on constate que les difficultés des résidents sont moins importantes :

- 60 % présentent des difficultés liées à la vision.
- 24 % ont des difficultés moyennes.
- 10 % ont des difficultés importantes.
- 6 % ne peuvent pas regarder la télévision à cause de problèmes de vue.

Pourtant il est à noter que d'après une étude, la télévision est un vecteur social très important. Elle favorise les interactions sociales entre seniors et sollicite leur mémoire individuelle épisodique et autobiographique.

La télévision peut même être, pour les personnes souffrant de démence, une thérapie car cela semblerait servir de stimulation cognitive (11).

Quand il s'agit de reconnaître quelqu'un, de la part des résidents :

- 56 % ont des difficultés liées à leur vision.
- 18 % présentent des difficultés moyennes.
- 14 % ont des difficultés importantes.
- Aucun n'a d'impossibilité à reconnaître quelqu'un à cause de sa vue.

Ces chiffres nous interpellent et doivent nous questionner sur les moyens à mettre en place afin d'améliorer la sortie de ces personnes du handicap, créé faute de consultations et de mise en place d'équipements spécialisés.

La difficulté pour le résident à se rendre dans le cabinet d'un ophtalmologue ou d'une orthoptiste est due à plusieurs raisons.

Tout d'abord une prise de rendez-vous doit être effectuée. Cela est généralement fait uniquement à l'initiative de la famille. Les résidents isolés ne voyant que rarement leurs proches sont donc exclus de l'accès à ces soins.

De plus, le transport jusqu'au cabinet doit être réalisé par un taxi ou un véhicule sanitaire léger. Ces derniers doivent être réservés suffisamment à l'avance. Il est régulièrement constaté que les retards de ces transports impactent les résidents qui n'arrivent pas à l'heure aux rendez-vous et ne peuvent donc pas toujours être reçus par les professionnels de santé.

Enfin, malgré les bons de transports et en l'absence d'ALD, ces derniers ne sont remboursés qu'à hauteur de 65 % par l'assurance maladie. Il y a donc un reste à charge qui est parfois conséquent pour le budget du résident. Il ne faut pas oublier qu'un certain nombre de résidents ont des difficultés de déplacement à l'intérieur du cabinet voire ne sont pas du tout transportables.

Finally, this state of affairs allows us to show that in EHPAD :

- Eye consultations with a professional are too few and far between, or even non-existent.
- Most appointments with an ophthalmologist took place before admission to the EHPAD.
- Screening for ophthalmological pathologies is of little interest if it is not accompanied by regular follow-up and care.
- Optical correction must be adapted and controlled regularly, so that glasses remain adapted to the patient.
- Diabetic patients do not benefit from sufficient follow-up regarding diabetic retinopathy despite their ALD.
- It would be wise to sensitize and make prevention known to the staff of EHPAD and families.
- The intervention of orthoptists in EHPAD would greatly improve the care of patients and their quality of life.

In the end, it is practically all the recommendations mentioned by the HAS in its guide (6) that are neglected by most establishments.

Partie 3 : Législation : protocole, loi, texte

Il existe différents textes de loi qui autorisent et encadrent les interventions d'un orthoptiste et ses prérogatives.

D'après l'article 4342-8 du code de la santé publique : Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, l'orthoptiste participe, dans le cadre des actes prévus aux articles [R. 4342-1](#) à [R. 4342-7](#), à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation.

D'après l'article 4342-5 du code de la santé publique : L'orthoptiste est habilité sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole organisationnel à effectuer des rétinographies mydriatiques et non mydriatiques. Les médicaments nécessaires à la réalisation sont prescrits par le médecin. L'interprétation des résultats est de la compétence du médecin prescripteur ou d'un médecin ophtalmologiste signataire du protocole organisationnel.

D'après l'article 4342-6 du code de la santé publique : L'orthoptiste est habilité, sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole organisationnel à effectuer la photographie du segment antérieur de l'œil et de la surface oculo-palpébrale ; la photographie des deux yeux dans les différentes positions du regard. L'interprétation des résultats est de la compétence d'un médecin ophtalmologiste.

Enfin, un nouveau protocole permettant aux opticiens dans certaines régions de faire des examens de vue. En effet, selon le Décret n° 2020-110 du 11 février 2020 relatif à l'expérimentation prévue par la loi n° 2019-72 du 5 février 2019 visant à améliorer la santé visuelle des personnes âgées en perte d'autonomie, les opticien-lunetiers sont autorisés dans certaines régions à participer à une expérimentation leur permettant si ils disposent de l'équipement transportable ou mobilisable en établissement suivant : projecteur de test (ou échelle d'acuité vision de loin/vision de près), monture de verres d'essai et boîte de verres d'essai ou réfracteur ; frontofocomètre ; système d'information permettant d'enregistrer les résultats des examens réalisés, réfractomètre automatique le cas échéant à se rendre en EHPAD et à réaliser une réfraction et à adapter, dans le cadre d'un renouvellement de délivrance : Les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs en cours de validité, sauf opposition du médecin ; Les corrections optiques des prescriptions médicales initiales de lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin.

La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) de 2009, instaure ainsi la collaboration entre professionnels de santé intervenant dans le cadre d'un parcours de soins préétabli et encadré par accord entre les ARS et l'HAS.

Partie 4 : L'orthoptiste en EHPAD

I- Des contraintes et difficultés pour les orthoptistes

Sur le territoire, peu d'orthoptistes se rendent en EHPAD. Les protocoles et les interventions dans les maisons de retraite sont mis en place de façon sporadique et uniquement à l'initiative des orthoptistes.

Il existe plusieurs raisons qui expliquent pourquoi si peu d'orthoptistes s'y déplacent.

A- Des difficultés et contraintes liées à la patientèle

Tout d'abord, il s'agit d'une patientèle particulière: polypathologiques, présentant très souvent des difficultés de déplacements et des troubles cognitifs.

Quand on essaie de communiquer avec eux, leurs discours sont souvent peu compréhensibles. Le fait qu'ils soient parfois dans une réalité déformée rend difficile, voire frustrant pour le professionnel de répondre à leurs attentes et à leurs besoins. Confrontés à ces troubles majeurs, il arrive que l'orthoptiste se sente impuissant.

De nombreux examens ne sont pas réalisables face à des patients présentant une compréhension des consignes altérée ou difficile, ainsi que de ce qui est attendu d'eux.

De même, la qualité de l'examen (réfraction par exemple) baisse quand le patient a du mal à se faire comprendre et à s'exprimer comme cela arrive souvent avec les résidents présentant des troubles cognitifs. Pareillement, certains résidents ont une mauvaise coopération alors que celle-ci est nécessaire.

L'anamnèse et l'examen clinique peuvent être longs et compliqués face aux troubles de la communication de certains patients ayant des atteintes cognitives et sensorielles, des troubles du comportement, des problèmes de motricité. Cela impose une forte adaptation de la part de l'orthoptiste.

Enfin, le temps d'examen en lui-même est toujours plus long avec un senior qu'avec un patient plus jeune. Cela est dû entre autres, aux troubles cognitifs du patient, à sa grande fatigabilité, à sa plus grande lenteur et aux difficultés évoqués plus tôt.

B- Des contraintes et difficultés liées aux matériels

Certains examens sont difficiles à réaliser en EHPAD pour des questions pratiques. De nombreuses machines ne sont pas transportables (OCT, champ visuel...) et celles qui le sont, ne sont pas forcément adaptables à des patients en fauteuils roulants, allongés ou grabataires. Certaines machines ne fonctionnent pas sur des patients atteints de pathologies ophtalmologiques à un stade trop avancé.

Enfin, les patients âgés, en particulier les résidents d'EHPAD présentent souvent une fixation limitée voire difficile ainsi que des blépharospasmes ou une photosensibilité accentuée ce qui rend certains examens assez compliqués à réaliser.

C- Des contraintes et difficultés administratives

La mise en place de conventions ou d'un partenariat avec un EHPAD est parfois difficile. Cela est dû, entre autres, au fait qu'il y ait de multiples interlocuteurs (directeur d'EHPAD, médecin coordonnateur, médecin généraliste...), souvent eux même déjà débordés, du manque important de personnels et que l'équipe soignante est souvent composée de contractuels peu formés et changeant très régulièrement.

Il faut également prendre en compte qu'une ordonnance soit établie avant l'examen pour prendre en charge le résident, ce qui peut parfois s'avérer difficile à obtenir.

Il faut aussi que l'ensemble de documents permettant la prise en charge soit accessible (carte vitale et mutuelle).

Il est nécessaire d'avoir accès aux antécédents médicaux ou au dossier médical. Cela peut être communiqué par le résident s'il en est capable ou bien cela doit être communiqué par l'équipe soignante. Il est souvent difficile d'obtenir une information fiable.

La partie administrative est donc fastidieuse et longue.

Une autre difficulté dans la mise en place de ces interventions, réside dans la nécessité d'établir un partenariat entre l'orthoptiste et un ophtalmologue lecteur.

Or, peu d'ophtalmologistes souhaitent devenir ophtalmologue lecteur, n'ayant pas le temps ou la disponibilité pour le faire. Ce partenariat est donc long à établir. Et une fois réalisé, la transmission des données à ce dernier prend un certain délai.

D- Des contraintes et difficultés financières

Des raisons budgétaires sont aussi à prendre en compte.

Le matériel est très onéreux et n'est pas forcément utilisable pour d'autres occasions.

Les frais kilométriques ne sont remboursés que pour le premier patient visité dans l'EHPAD dans la journée, à condition que celui-ci se trouve en dehors de l'agglomération où se situe le cabinet de l'orthoptiste, sinon seul le forfait de déplacement de 2,5 euros s'applique. De plus, quatre-vingt-dix-neuf kilomètres maximum sont pris en charge pour les dédommagements même si la distance entre l'EHPAD et le cabinet est supérieure.

Le montant des frais kilométriques est très inférieur au coût réel du déplacement.

E- Des contraintes et difficultés psychologiques

Certains orthoptistes ne souhaitent pas se déplacer en EHPAD car la prise en charge de ces patients est très chronophage et prenante.

L'orthoptiste peut aussi se retrouver face à des difficultés psychologiques, confronté à de la non bienveillance ou de la maltraitance de la part du personnel, à des personnes en forte détresse physiques ou psychologiques.

Il se retrouve confronté à la fin de vie des personnes âgées, ainsi qu'à la place des personnes dépendantes dans la société.

Cela peut également renvoyer au professionnel un sentiment de ne pas avoir pu aider suffisamment le patient ou bien que ses efforts et l'ensemble des examens réalisés ont eu peu d'impact voire ont été inutiles.

F- Des contraintes et difficultés en terme de moyens et de disponibilités

Il faut aussi prendre en considération les limites de disponibilité des orthoptistes.

Prenons l'exemple de la région PACA, il y avait en décembre 2019, 46451 places en EHPAD (12). Sur la même région, on retrouve 477 orthoptistes (13). Cela veut dire qu'un orthoptiste devrait suivre en moyenne 98 patients en EHPAD.

Sur la France entière, en décembre 2016, il y a 605 061 lits en EHPAD (14). On retrouve au même moment 4 876 orthoptistes sur ce territoire. Cela représente donc 124 patients par orthoptiste si chacun d'entre eux intervenait en EHPAD.

Cela ne prend pas en compte les disparités géographiques...

II- Des modèles existants

A- Des entreprises mettant en lien des orthoptistes et des EHPAD

Des plateformes se sont créées et permettent de mettre en relation des orthoptistes et des EHPAD. Elles proposent de s'occuper de toute la partie administrative et permet ainsi à l'orthoptiste de n'avoir plus qu'à se déplacer et effectuer directement ses actes auprès des patients.

En passant par une entreprise comme par exemple e-ophtalmo, l'orthoptiste se rend directement en EHPAD pour la journée. C'est la structure qui se charge de répondre aux appels d'offres émis par les établissements.

Quand l'orthoptiste arrive dans la maison de retraite, il s'installe dans une pièce avec son matériel portable. Les ordonnances sont déjà prêtes et établies par le médecin coordinateur. Les patients sont prêts à être installés afin d'éviter la perte de temps.

L'orthoptiste passe environ trente minutes par patient.

Il fait un bilan orthoptique succinct, vérifie qu'il y ait un réflexe de convergence, s'assure qu'il n'y ait pas de paralysie ou de strabisme.

Puis, il contrôle l'acuité visuelle et vérifie l'état des lunettes. Il fait une rétinophotographie et vérifie la Pression IntraOculaire.

L'orthoptiste peut faire tous les examens orthoptiques complémentaires qu'il estime nécessaire. L'examen terminé, il rentre l'ensemble des données et des clichés dans un logiciel fourni par la plateforme.

Ces clichés sont envoyés à un ophtalmologue-lecteur qui les analyse et délivre des ordonnances si nécessaire (pour les lunettes par exemple).

Le médecin a alors un délai de huit jours maximum pour analyser le dossier.

L'ophtalmologue-lecteur est un praticien du secteur, qui peut recevoir les patients si cela est nécessaire.

L'orthoptiste cote avec sa carte CPS un AMY 15 + d'autres actes si ceux-ci ont été réalisés. Jusqu'à récemment, il cotait un AMY 15 + un AMY 8.5, ce qui interdit depuis 2019.

En moyenne, l'orthoptiste voit 14 patients par jour.

Il intervient sur un périmètre qu'il a défini, à une fréquence qu'il choisit selon ses disponibilités. Cela peut aussi bien être plusieurs jours par semaine comme une fois par mois.

Le matériel portable indispensable pour la consultation est :

- un rétinographe
- un autoréfracteur
- un tonomètre
- une boîte de verres
- Un frontofocomètre est fortement recommandé

Si l'orthoptiste n'a pas ce matériel, la plate-forme propose une aide au démarrage des consultations. Il loue pour la journée de déplacement en EHPAD, du matériel que l'entreprise lui livre sur place en contrepartie d'une rétrocession plus importante (environ 35 %).

La plupart des orthoptistes ont déjà un autoréfracteur comme le plusOptix ou le 2win donc cela n'engendre pas de frais supplémentaires contrairement au reste du matériel qui demande souvent un investissement financier assez conséquent.

Dans tous les cas, l'entreprise demande une rétrocession de 10% sur chaque AMY 15 coté.

B- Un orthoptiste salarié

Il existe d'autres façons d'intervenir en EHPAD.

Près de Rennes, un orthoptiste se rend en EHPAD une fois par semaine. onze EHPAD publics se sont regroupés pour le salarier une journée par semaine et ainsi réduire leur frais.

Il effectue un examen des résidents dans le cadre d'une téléexpertise d'ophtalmologie.

L'orthoptiste se rend directement dans la chambre du résident et effectue les mesures avec le patient installé dans son lit ou dans son fauteuil.

L'examen est composé d'un interrogatoire avec une anamnèse générale et une spécifique à l'ophtalmologie. L'orthoptiste a également accès au dossier médical du résident.

Ensuite, l'orthoptiste mesure les lunettes portées par le patient.

A la suite de cela, il regarde à l'autoréfracteur la réfraction objective du patient. Il mesure l'acuité visuelle en vision de près et en vision de loin. Avec ces valeurs, il cherche la réfraction subjective du patient avec des verres d'essais.

Il prend également une vidéo du segment antérieur qu'il peut observer grâce à une lampe à fente portable. Une photographie du segment postérieur est réalisée avec un rétinographe portable non mydriatique. Si le patient présente une anomalie au niveau des paupières, une photographie de celles-ci a pu être réalisée.

L'ensemble des données et examens sont rentrés et enregistrés dans le logiciel utilisé par l'hôpital de Rennes où se situe l'ophtalmologiste lecteur. Ce dernier doit lire les examens et faire les prescriptions nécessaires dans un délai d'une semaine après la consultation. Un compte rendu de la téléexpertise est envoyé à l'EHPAD.

L'ophtalmologiste est un médecin du territoire qui peut recevoir le patient et programmer une chirurgie dans des délais raisonnables si cela est nécessaire et si le patient souhaite la faire.

Pour réaliser ces examens directement dans la chambre du résident, l'orthoptiste transporte son matériel portable de chambre en chambre sur un chariot.

Le matériel utilisé est :

- un frontofocomètre
- un autoréfracto-kératomètre
- une boîte de verres
- une échelle d'AV
- une lampe à fente portable
- un rétinographe non mydriatique portable
- un téléphone portable pour les photographies des paupières.

Ce matériel est onéreux. Le coût est estimé entre 30 000 et 40 000€. Il a été financé par l'hôpital, les EHPAD et l'ARS.

Les demandes de téléexpertises sont effectuées par le médecin coordinateur de l'EHPAD, par le médecin généraliste ou par le directeur de l'EHPAD. Il y a ensuite un délai entre la prescription et la consultation car il faut administrativement créer un dossier à l'hôpital de Rennes pour chaque patient avec toutes leurs informations médicales nécessaires (carte vitale, mutuelles...).

Cette partie administrative est assez lourde pour le secrétariat de l'hôpital, ce qui rallonge le délai de prise en charge. Malgré tout, elle est nécessaire pour que l'orthoptiste puisse transmettre l'ensemble des mesures prises durant son rendez-vous avec le résident à l'ophtalmologiste.

Quand ce protocole a été mis en place, le nombre de pensionnaires auxquels il a fallu faire une consultation était très important. Mais une fois que l'ensemble des résidents des EHPAD a reçu la téléexpertise, le turn-over et l'évolution sur le plan ophtalmologique de l'état des patients ne nécessitent pas de consultations trop fréquentes.

L'orthoptiste m'a précisé qu'il souhaiterait maintenant mettre en place une téléexpertise ophtalmologique systématique à l'entrée en EHPAD afin de permettre une prise en charge de la cataracte plus tôt, quand le patient est en meilleure condition de santé pour supporter l'opération.

Chaque consultation avec l'orthoptiste dure entre 30 à 40 minutes. L'orthoptiste ne cote pas d'acte pour sa consultation car cela rentre dans le forfait séjour du résident. De ce fait, il est nécessaire qu'il soit salarié de la structure.

Seul l'ophtalmologiste lecteur peut coter un acte rémunéré à hauteur de 20 euros, puisque depuis 2019, la cotation d'un acte de téléexpertise est entrée dans le droit commun avec une cotation validée par la CPAM pour les résidents en EHPAD.

Ce protocole a pu être mis en place uniquement puisque l'orthoptiste est salarié d'EHPAD publics et que l'ophtalmologiste lecteur est salarié d'un hôpital public.

Après plusieurs interventions dans les résidences, il a décidé de se rendre directement dans la chambre du résident. Auparavant, cela n'était pas le cas.

Avant, les résidents se rendaient dans une pièce spéciale au sein de l'EHPAD mais d'après leurs résultats, 46 % des consultations ne pouvaient pas être complètes, à cause de problèmes d'installation du patient ou des problèmes de compréhension des consignes.

Maintenant, avec les consultations directement dans la chambre, seules 16% des examinations ne peuvent pas être réalisées complètement (15).

Partie 5 : Discussions, un modèle parfait ?

D'après les éléments exposés dans les parties précédentes, nous retrouvons des pistes et des moyens de répondre au mieux aux besoins des résidents en EHPAD, tout en proposant un modèle attrayant pour les orthoptistes.

I- Des pistes pour mieux répondre aux besoins visuels des résidents

A- Une intervention systématique

L'intervention directement dans l'établissement d'un orthoptiste pour effectuer des examens de téléconsultation de façon systématique à l'arrivée du résident en EHPAD semble être le plus pertinent à mettre en place et suivrait les recommandations de l'HAS (6).

Cela permettrait de prescrire une correction optique adaptée, de connaître les capacités visuelles du résident afin d'en informer les équipes qui travaillent avec lui et obtenir une prise en charge plus précoce de la cataracte tant que le résident est en état de supporter la chirurgie. Dans un second temps, s'il y a une nécessité et une demande de la part du résident, les orthoptistes pourraient faire un bilan orthoptique des troubles oculomoteurs ou basse vision, selon les plaintes fonctionnelles du patient.

A l'établissement d'un partenariat entre un EHPAD et un orthoptiste, un bilan visuel de tous les résidents devrait être effectué, puis systématiquement à l'entrée de chaque nouveau résident. Il serait renouvelé tous les ans ou deux ans selon la pathologie.

B- Formation et sensibilisation du personnel

Il serait aussi utile de mettre en place des formations et des sensibilisations auprès du personnel des EHPAD. Cela permettrait de leur expliquer comment se comporter avec un patient déficient visuel ou comment reconnaître les signaux d'alerte d'une déficience visuelle.

En effet, les personnels travaillant dans les établissements côtoient en permanence les résidents et sont en première ligne pour détecter les comportements pouvant faire suspecter des troubles de la vision importants ou une baisse de vision.

Une meilleure formation de ces derniers dans la détection de ces signes permettrait de prendre en charge plus précocement les problèmes ophtalmologiques et visuels des patients.

Il pourrait aussi être pertinent pendant ces moments de sensibilisation, grâce à une simulation, de faire expérimenter aux différents professionnels ce que peut vivre une personne déficiente visuelle. L'objectif est de les interpeller pour mieux agir et mieux accompagner les résidents dans leur quotidien.

Au cours de ces sensibilisations, il pourrait également être intéressant d'attirer l'attention du personnel sur l'importance de la correction optique et du bon usage de cette dernière en sensibilisant à l'entretien et la gestion de la correction optique (nettoyage des verres, rangement...) et en cherchant à intégrer la mise en place des lunettes dans le protocole de « préparation » des résidents afin qu'ils puissent les porter plus souvent dans leurs activités quotidiennes (télévision, lecture, repas...).

Il serait aussi pertinent de faire un travail pluridisciplinaire entre les orthoptistes, le médecin coordonnateur et le médecin gériatre sur la prise en charge du patient (par exemple sur des avis chirurgicaux de cataracte).

C- Formation dans les écoles d'orthoptie

L'intégration dans la formation des orthoptistes de cours spécifiques à la prise en charge des seniors pourrait permettre aux nouveaux orthoptistes de se sentir plus en mesure d'appréhender ce public. Cela permettrait de valoriser le travail en EHPAD et en gériatrie.

Les orthoptistes se sentiraient plus prêt à intervenir si ils recevaient des cours plus ciblés sur les maladies ophtalmologiques touchant plus fortement les personnes âgées, sur la manière de prendre en charge un patient avec des fonctions cognitives déclinantes et sur la façon dont s'applique le secret médical aux familles des résidents en EHPAD.

Aborder cette prise en charge dans des cours permettrait d'avoir des notions sur lesquelles les orthoptistes pourraient s'appuyer. Le fait d'évoquer ce mode d'exercice sensibiliserait aussi les orthoptistes à démarcher les maisons de retraite dès leur installation en libéral.

II- Faciliter la prise en charge

A- Simplifier l'intervention des orthoptistes

Après discussions avec les orthoptistes intervenant en EHPAD, il serait nécessaire de mettre en place des aménagements qui leur permettraient de se déplacer et d'intervenir directement sans ordonnance.

Effectivement, actuellement les orthoptistes ne peuvent intervenir que sur prescription médicale. Cela les freine dans leur prise en charge, car les ordonnances sont difficiles à obtenir et augmentent la charge administrative des médecins et des orthoptistes.

La mise en place d'un protocole propre à l'intervention d'orthoptistes afin d'effectuer un examen dans le cadre d'un bilan visuel suivi d'une téléexpertise pour les résidents en EHPAD permettrait de règlementer leur façon d'intervenir. Ce protocole devrait indiquer ce que l'orthoptiste doit coter quand il fait cet acte.

B- Homogénéiser la cotation

En effet, actuellement, on observe que les orthoptistes n'utilisent pas la même cotation pour leur intervention en EHPAD.

L'utilisation de l'AMY 15 correspondant au bilan des troubles oculomoteurs hétérophories, strabismes, paralysies oculomotrices peut être discutable, puisque l'objectif de l'intervention en EHPAD n'est pas spécialement centré sur la recherche des troubles oculomoteurs, des hétérophories, strabismes et paralysies oculomotrices et cela même s'il arrive qu'un résident présente un de ces troubles.

L'unique cotation qui semble pouvoir convenir est l'AMY 8,5 : Mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation.

Cependant, l'examen de l'acuité visuelle et la réfraction ne correspond qu'à une petite partie de l'acte effectué. Le prix de cet acte (22,10 euros) par rapport au temps consacré pour l'ensemble

des examens effectués ne permet pas la viabilité financière de l'intervention en EHPAD en tant qu'orthoptiste en libéral.

Pour que l'intervention en EHPAD pour ce type d'examen soit attractif et rentable pour l'orthoptiste, il faudrait que chacune d'entre elles soit rémunérée environ quarante euros par patient. Le temps passé avec chaque résident (environ une trentaine de minutes), la multitude d'examens réalisés et le prix du matériel pour les effectuer justifient ce tarif.

C- Elargir le protocole Muraine

L'élargissement du protocole Muraine aux patients en âge d'être en EHPAD (plus de 65 ans), pourrait être intéressant.

Cela permettrait aux orthoptistes de faire de la téléconsultation de façon plus encadrée et d'avoir une cotation correspondant à leurs actes.

Pour rappel, le protocole Muraine permet aux orthoptistes de réaliser le bilan visuel dans le cadre d'un renouvellement ou une adaptation des corrections optiques (interrogatoire, AV-réfraction, déséquilibre oculomoteur, tonus oculaire, rétinographie) et de l'envoyer à un ophtalmologue lecteur qui doit l'interpréter dans les 8 jours.

Cependant, pour que ce protocole soit pertinent dans les EHPAD et au vu des réponses recensées dans l'étude, la nécessité d'avoir consulté un ophtalmologiste dans les 5 ans devrait être supprimée. De même, avec ce protocole, environ la moitié des résidents sont en dehors des critères d'inclusion car ils ont une maladie ophtalmologique connue.

D- Améliorer la collaboration entre les orthoptistes et les ophtalmologues

Peut-être, via les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), il serait plus facile de trouver des médecins ophtalmologues qui viennent du secteur et en capacité de recevoir les patients pour une intervention chirurgicale dans des délais assez réduits.

En effet, les CPTS regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser, à leur initiative, autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes (16).

Un projet de soin visant à améliorer la prise en charge générale ou visuelle des patients en EHPAD ou des personnes âgées sur un territoire peut très bien être mis en place et ainsi regrouper de nombreux professionnels de santé dont les ophtalmologues et les orthoptistes. Les projets de santé qu'ils mettent en place et qui sont validés par l'Agence Régionale de Santé bénéficient, de la part de l'assurance maladie, de financements pour assurer ces actions.

E- Faciliter la collaboration entre les orthoptistes et les EHPAD

Il serait aussi intéressant de trouver un moyen de faciliter la mise en place de partenariats entre les orthoptistes et les établissements, par exemple, avec des protocoles simplifiés et uniformisés à l'échelle nationale.

III- Différentes façons d'intervenir

A- Bilan Basse Vision et séances de rééducation

Dans les moyens mis en place précédemment, les orthoptistes interviennent uniquement pour de la préconsultation et des examens pour de la téléconsultation. Cependant, il pourrait également intervenir sur demande du résident ou de la famille dans le cadre de bilan de basse vision puis dans des séances de rééducation basse vision.

En effet, il peut être intéressant et bénéfique pour les patients en situation de déficience visuelle et qui ont encore leurs capacités cognitives suffisamment préservées, de recevoir de la rééducation basse vision pour les aider à mieux vivre au quotidien avec cette perte.

La mise en place de stratégies visuelles peut permettre à certains résidents de mieux se déplacer, de se repérer dans l'EHPAD ou dans leur chambre. Au quotidien, cela pourrait les aider durant le moment du repas, pendant les activités proposées par l'établissement ou dans la chambre afin de lire ou regarder la télévision.

Les possibilités d'aide en basse vision sont vastes mais doivent s'adapter à la pathologie du résident et nécessitent une motivation de sa part. Sinon, les séances ont peu de résultats et sont coûteuses en énergie, en temps aussi bien pour le patient que pour l'orthoptiste.

Il est envisageable aussi, plutôt que de se déplacer au cabinet, que la rééducation basse vision puisse s'effectuer directement dans la maison de retraite.

B- Consultation dans les lieux de vie

D'un point de vue collectif, il serait aussi judicieux que des orthoptistes soient consultés par les établissements pour chercher des moyens de rendre les locaux plus accessibles et sécurisants aux résidents.

Il peut également être intéressant, pour certains patients avec des pathologies ophtalmologiques particulières, que l'orthoptiste se rende dans sa chambre afin de l'aider à trouver une disposition plus ergonomique, lui permettant de réaliser au mieux ses activités: par exemple, changer de place le mobilier, jouer sur les contrastes...

Il peut facilement intervenir de cette façon une fois dans l'année en utilisant le forfait FOT.

Le FOT : forfait évaluation domicile handicap, permet à l'orthoptiste de se rendre une fois par an au domicile ou au lieu de vie du patient. Ce dernier doit présenter une déficience visuelle qui nécessite une rééducation. Ce déplacement permet d'évaluer son environnement et de mettre en place des adaptations et des techniques de compensations du handicap. Il est d'un montant de 50 euros et peut être côté seul ou en association d'un acte de rééducation.

IV- Les opticiens en EHPAD ?

Dans un tout autre registre, on peut se poser certaines questions éthiques et déontologiques face au protocole permettant aux opticiens de réaliser des examens de réfractations et prescrire des lunettes en EHPAD.

En effet, dans certaines régions, des opticiens-lunetiers deviennent ainsi prescripteurs et vendeurs, ce qui entraîne manifestement un conflit d'intérêt flagrant.

Existe-il des filets de sécurité qui permettent de s'assurer que tous prescrivent dans le meilleur intérêt du résident et non pas un produit complémentaire intéressant financièrement pour l'opticien ?

De plus, les opticiens n'étant pas formés dans des facultés de médecine, la qualité de prise en charge de la réfraction peut en être appauvrie et ils risquent potentiellement de passer à côté de pathologies plus importantes, retardant ainsi la prise en charge par un ophtalmologue.

Il n'en reste pas moins qu'une facilitation de l'accès au matériel optique par l'opticien peut être largement bénéfique à l'ensemble des résidents.

C'est souvent la famille qui s'occupe d'organiser le déplacement du patient jusqu'au magasin d'optique quand cela est nécessaire. Si l'opticien peut se rendre directement dans l'établissement pour proposer et livrer des montures aux résidents une fois les ordonnances établies par le médecin lecteur, cela est très bénéfique pour améliorer l'accès à un équipement optique adapté.

V- Un protocole de soin

En ayant vu précédemment les différents modèles d'intervention en EHPAD, on peut rechercher un modèle « parfait », ou tout au moins un modèle adapté qui permettrait de correspondre au mieux aux besoins de la population vivant en maison de retraite, aux contraintes des orthoptistes. Pour cela, commençons par comparer les deux modèles :

Comparaison de deux modèles d'intervention en EHPAD (cf partie 4)

	Rennes	E-ophta (entreprise privée)
Statut de l'orthoptiste	Salarié	Libéral
Lieu d'examen	En chambre	Dans une pièce de l'EHPAD
Accès au dossier médical du patient	Oui	
Durée de l'examen	~ 30 min	30-40 min
Rétrocession	Aucune	10%
Examen de l'AV	✓	✓
Examen du segment antérieur	✓	X
Examen du segment postérieur	✓	✓
Examen des paupières	✓	X
Mesure de la PIO	X	✓
Cotation actes	Aucun (forfait séjour)	AMY 15

Après comparaison des modèles, on peut aboutir à ce protocole qui semble être une combinaison des points positifs de chacun des modèles précédemment comparés.

Protocole de bilan visuel et téléexpertise pour les résidents en EHPAD

Type de protocole	Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du dépistage ou du suivi de pathologies ophtalmologiques et la prescription des corrections optiques chez les résidents en EHPAD
Schéma général	Le bilan réalisé par l'orthoptiste est analysé en différé par l'ophtalmologiste qui, dans les 8 jours, envoie le compte rendu et les ordonnances au médecin généraliste et au résident ou à son tuteur ou les recontacte si nécessaire
Délégant	Ophtalmologiste du secteur où se situe l'EHPAD
Délégué	Orthoptiste
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer un suivi régulier des examens de vue des résidents - Diminuer le temps d'attente des prises en charge chirurgicales si nécessaire - Améliorer la prise en charge des déficiences visuelles des résidents en EHPAD
Actes dérogatoires	<p>Uniquement pour les résidents en EHPAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réfraction sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale. - Bilan des déséquilibres oculomoteurs sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale tel que stipulé dans l'article R. 4342-3 du CSP - Mesure du tonus oculaire avec un tonomètre à air sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale et en l'absence d'un médecin ophtalmologiste en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement telle que stipulée dans l'article R. 4342-8 du CSP - Prise de rétinographies avec un rétinographe non mydriatique (RNM) sans instillation de collyre mydriatique, sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale telle que stipulée dans l'article R. 4342-5 du CSP - Prise de photographies du segment antérieur sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale telle que stipulée dans l'article R. 4342-5 du CSP
Lieux de mise en œuvre	<p>Locaux : Dans la chambre du résident dans l'EHPAD</p> <p>Matériels : - un frontofocomètre</p> <ul style="list-style-type: none"> - un autoréfracto-kératomètre - une boîte de verres - une échelle d'AV - une lampe à fente portable - un rétinographe non mydriatique portable - un téléphone portable pour les photographies des paupières - un système informatique avec un logiciel sécurisé permettant d'enregistrer les informations et de les transmettre

Conclusion

En cherchant tout au long de ce mémoire quelle est la place de l'orthoptie en EHPAD, nous avons pu voir que malgré des besoins de prise en charge très importants, les orthoptistes sont très peu nombreux à s'y rendre.

Pourtant la place qu'ils peuvent avoir dans ces établissements est assez importante. De nombreuses façons d'intervenir existent et le potentiel d'actions des orthoptistes en EHPAD est vaste.

Les différentes actions et prises en charges orthoptiques recensées et proposées permettent de donner des pistes à tous les orthoptistes qui souhaiteraient intervenir dans ces lieux de vie et participer à des dépistages et prises en charge à grande échelle.

La place des orthoptistes en EHPAD ne peut que s'élargir et prendre de l'ampleur. La façon dont cela se fera dépendra aussi de l'évolution du champ d'action de ces derniers et de l'évolution de leur rémunération pour ce type de prise en charge.

De l'évolution de la prise en charge de notre population senior dépendante et avec les modifications des structures dépendra la volonté de remettre le bien être du résident au centre des priorités. En espérant que la prise en charge des déficiences visuelles sera davantage considérée et que les orthoptistes y joueront un rôle central.

Bibliographie

1. CNSA. Les EHPAD [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>
2. Eléments de contexte Qualité de vie en Ehpads (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident [Internet]. [cité 14 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/elements_de_contexte___qdv4.pdf
3. L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015 [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1094_toile.pdf
4. Perrin-Hayne J, Chazal J. Les personnes âgées en institution. 2011;
5. Delanglade P. Panorama 2020 des EHPAD [Internet]. Conseil dépendance. 2021 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.conseildependance.fr/panorama-2020-des-ehpad-en-france/>
6. ANESM. REPÉRAGE DES DÉFICIENCES SENSORIELLES ET ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES QUI EN SONT ATTEINTES DANS LES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES. 2017 janv.
7. Le plan « Handicap visuel » 2008-2011 : « Pour une intégration pleine et entière des personnes aveugles et malvoyantes à la vie de la Cité » [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_plan_handicap_visuel_2008-2011.pdf
8. Rapport Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-ehpad-num-29.04.21.pdf>
9. DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/sites/default/files/lettre_observatoire_42.pdf
10. Hermabessière S. Prise en charge des troubles de la vision chez les patients âgés fragiles. In: Chassagne P, Rolland Y, Vellas B, éditeurs. La personne âgée fragile [Internet]. Paris: Springer; 2009 [cité 15 janv 2023]. p. 82-7. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-2-287-93911-2_10
11. Gústafsdóttir M. Is Watching Television a Realistic Leisure Option for People with Dementia? Dement Geriatr Cogn Disord EXTRA. 17 mars 2015;5(1):116-22.
12. RAPPOrt D'ACTivité 2016 - En bREF [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2017-07/RA-en-bref-WEB.pdf>
13. DREES/OSAM/BPS. La démographie des professionnels de santé de 1999 à 2011. 2016 juill.
14. Insee. Tableaux de l'économie française. 2019 mars.
15. Rodriguez T, Delepine Q, Fantou P, Costes M, Somme D, Mouriaux F, et al. Validation d'un protocole de téléexpertise d'ophtalmologie en EHPAD. J Fr Ophtalmol. 1 déc 2021;44(10):1516-22.
16. ARS. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. www.ars.sante.fr. 2023 [cité 10 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>

La place de l'orthoptie en EHPAD

The place of orthoptist in nursing home

Solène BOIREAU

Etudiante en orthoptie

Marseille 2022-2023

Maître de mémoire : Ordines Mélanie

Directrice de mémoire : Trinquet Laure

Résumé

L'EHPAD est le lieu de vie de nombreuses personnes âgées dépendantes dont la prise en charge médicale est particulière et compliquée.

Peu d'orthoptistes interviennent dans ce milieu. Il est important de comprendre pourquoi les EHPAD ne sont pas attractifs. Enfin, il semble pertinent de recenser les différentes manières dont les orthoptistes peuvent y intervenir et ainsi montrer la richesse et la diversité que propose cette prise en charge.

Abstract

Nursing home are places where live a lot of reliant elderly people and the medical way to treat them is special and difficult.

Only a few orthoptists go in nursing home, it is interesting to understand why this field does not attract them. It is also interesting to make a list of all the ways orthoptists can proceed in this place, and to notice how it can be diverse and valuable.

Mots clés : EHPAD, Orthoptiste, Déficience visuelle, Sénior

Keywords : Nursing home, Orthoptist, Visual deficiency, Senior

Introduction

Les différents scandales sur la prise en charge et le traitement des personnes âgées en EHPAD, mettent au cœur de l'actualité cette population. Parallèlement, le territoire français fait face à un manque criant d'ophtalmologues, ce qui rend l'accès aux soins visuels de plus en plus compliqué. Dans une telle conjoncture, la prise en charge des besoins visuels des résidents en EHPAD et leur suivi ophtalmologique sont très difficiles et négligés. Il est donc important de comprendre comment les orthoptistes peuvent améliorer l'accès aux soins visuels des résidents et leur prise en charge.

Une population particulière

L'âge moyen des résidents en EHPAD est de 84 ans et 9 mois. La très grande majorité d'entre eux sont des femmes (75 %). La durée d'un séjour en EHPAD est en moyenne de 3 ans et 4 mois. Les résidents cumulent environ 6 pathologies, majoritairement des maladies chroniques. 20 % d'entre eux auraient une déficience visuelle grave.

Des contraintes et des difficultés

En France, peu d'orthoptistes se rendent en EHPAD. Plusieurs raisons expliquent cela :

Des contraintes et des difficultés liées à la patientèle

La patientèle particulière : ayant des difficultés de déplacements, des polyopathologies et souvent des diminutions

cognitives. Cela rend les examens longs et compliqués voire parfois impossibles à réaliser.

Des contraintes et des difficultés liées au matériel

Le matériel n'est souvent pas transportable jusqu'en EHPAD. Parfois, il ne s'adapte pas aux patients en fauteuils roulants ou avec des contraintes physiques fortes.

Des contraintes et des difficultés administratives

Mettre en place un partenariat avec un EHPAD est long et fastidieux. Il est régulièrement difficile d'obtenir des ordonnances avant de rencontrer les résidents. L'accès à leur dossier médical peut s'avérer aussi compliqué. Il est souvent difficile de trouver un ophtalmologue lecteur qui souhaite collaborer avec l'orthoptiste afin d'analyser les données récoltées pendant l'examen en EHPAD.

Des contraintes et des difficultés financières

Le matériel très onéreux, n'est pas forcément utilisable pour d'autres occasions. La prise en charge par les organismes de santé des frais kilométriques est très inférieur au coût réel du déplacement.

Des contraintes et des difficultés psychologiques

La prise en charge de ces patients est très chronophage et prenante. L'orthoptiste peut se retrouver confronté à la non bienveillance ou à la maltraitance de la part du personnel et

aussi face à des personnes en forte détresse physique ou psychologique.

Il se retrouve confronté à la fin de vie des personnes âgées, ainsi qu'à la place des personnes dépendantes dans la société.

Enfin, l'orthoptiste peut avoir le sentiment de ne pas avoir été suffisamment utile pour le patient ou bien que ses efforts et l'ensemble des examens réalisés ont eu peu d'effet voire ont été inutiles pour le résident.

Des contraintes et des difficultés en terme de moyens et de disponibilités

Les orthoptistes sont limités en terme de disponibilités. Leurs emplois du temps sont déjà très chargés, ce qui laisse peu de place pour s'occuper de ce public. De même, le ratio entre le nombre d'orthoptistes en France par rapport au nombre de personnes résidant en EHPAD implique que chaque orthoptiste devrait suivre 124 de ces patients si chacun d'entre eux y intervenait.

Différentes façons d'intervenir

De façon systématique

À l'entrée en EHPAD, un examen visuel permettant de connaître l'état sensoriel et les pathologies ophtalmologique du résident devrait être mis en place de façon systématique et généralisé sur l'ensemble des établissements comme cela est recommandé par l'HAS depuis 2017.

A la demande du patient

Sur sollicitation du patient ou de sa famille en cas de plainte, l'orthoptiste peut se rendre directement dans la chambre du résident afin d'effectuer un bilan des troubles oculomoteurs ou un bilan basse vision. En

cas de besoin et si le résident en exprime le désir et la motivation, des séances de rééducation ou de basse vision peuvent être mises en place de façon régulière à domicile (dans sa chambre).

Auprès du personnel

Il serait utile de mettre en place des actions de sensibilisations et des formations auprès du personnel des EHPAD, notamment sur les signes permettant le repérage des déficiences visuelles, sur l'entretien des lunettes et l'importance de les porter. Tout cela dans le but d'améliorer l'accompagnement des déficients visuels dans leur vie quotidienne.

Dans l'aménagement et l'adaptation de l'environnement

La sollicitation d'orthoptistes pour rendre les établissements et les chambres plus accessibles et donc plus sécuritaires aux résidents déficients visuels serait utile à mettre en place et à développer. Cela permettrait aussi à certains patients d'être plus autonomes dans leur chambre et pour la réalisation de certaines tâches.

Dans le cadre d'un protocole et de téléexpertise

Dans le cadre du dépistage ou du suivi de pathologies ophtalmologiques et de la

prescription de corrections optiques chez les résidents, la réalisation par un orthoptiste d'un bilan visuel, suivi d'une téléexpertise avec un ophtalmologue du secteur, doit se généraliser.

Conclusion

La prise en charge des personnes âgées résidant en EHPAD est compliquée et met l'orthoptiste face à des difficultés et à de

nombreuses contraintes. Une fois celles-ci dépassées, l'intervention dans ces lieux de vie est très enrichissante et variée. Il est important que plus d'orthoptistes interviennent en EHPAD de manière systématique pour prendre en charge ces patients souvent négligés qui pourtant ont de nombreux besoins.

A retenir :

- Des patients particuliers et polypathologiques
- Peu d'orthoptistes interviennent en EHPAD
- Des difficultés : liés à la patientèle, à l'administratif, au matériel, au financement, aux disponibilités et à l'impact psychologiques sur le praticien
- De nombreuses possibilités d'interventions