

La rétinopathie diabétique

SOPHIE CHAMPAGNE, M.D.

Prévalence de la rétinopathie diabétique

Diabétiques de type 1 :

- 25 % à 5 ans postdiagnostic
- 100 % à 20 ans postdiagnostic

Diabétiques de type 2 :

- 25 % au moment du diagnostic
- 60 % à 5 ans postdiagnostic

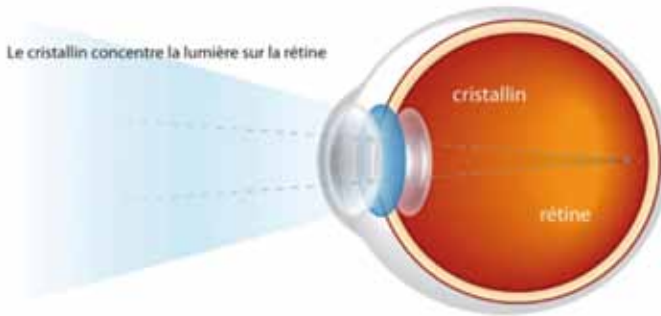


La complication oculaire la plus fréquente du diabète est l'atteinte de la rétine, soit la rétinopathie diabétique. En fait, il s'agit de la principale cause de cécité en Amérique du Nord chez les gens âgés de 20 à 74 ans. Les statistiques révèlent par ailleurs que 5 ans après le diagnostic de diabète, 25 % des diabétiques de type 1 en seraient atteints alors que 25 % des diabétiques de type 2 en souffriraient au moment même du diagnostic. Vingt ans après le diagnostic, la proportion serait de 100 % chez les diabétiques de type 1 et de 60 % chez les diabétiques de type 2. Ces chiffres peuvent paraître inquiétants, mais ils doivent surtout vous amener à vouloir comprendre cette complication du diabète et à chercher des moyens afin d'en éviter la progression.

L'ŒIL ET LA RÉTINE

Tout d'abord, voici quelques notions de base sur l'œil qui vous permettront de mieux comprendre les conséquences du diabète sur la rétine.

L'œil peut se comparer à un appareil photographique. À l'avant, il y a la pupille qui agit comme un diaphragme et qui laisse entrer plus ou moins de lumière selon son ouverture. Ensuite vient le cristallin, une lentille normalement claire qui a la capacité d'ajuster sa courbure pour permettre la focalisation des images et qui porte donc la fonction d'objectif. Finalement, les images se forment au niveau de la rétine qui joue le rôle de pellicule photographique. C'est à ce niveau que le diabète entraîne le plus souvent des dommages.



En fait, la rétine doit transformer les images en influx nerveux pour qu'elles puissent être acheminées jusqu'au cerveau par l'entremise du nerf optique et qu'elles y soient développées. Ce sont des cellules spécialisées de la rétine, les photorécepteurs, qui ont ce rôle de transformer la lumière en

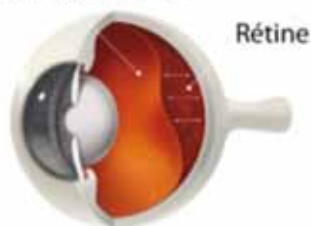
signal électrique. Pour qu'elles puissent bien accomplir leur travail, il faut toutefois que la rétine soit bien transparente, car sinon, les rayons lumineux ne peuvent pas se rendre jusqu'à elle.

La vision globale est dépendante de l'ensemble de l'intégrité de la rétine, mais la vision centrale, quant à elle, dépend d'une région particulière de celle-ci, la macula. Au centre de cette dernière, la fovéa est responsable de la vision la plus fine.

Pour son bon fonctionnement, la rétine doit également être alimentée en oxygène et en nutriments par les vaisseaux sanguins. La circulation systémique ne doit toutefois pas entrer en contact direct avec l'environnement rétinien et cela est assuré par l'intégrité de la barrière hématorétinienne. Une rupture de cette barrière peut entraîner une sortie de grosses molécules des vaisseaux vers la rétine et ainsi occasionner la perte de sa transparence, ce qui pourra avoir une incidence majeure sur la vision.

Que se passe-t-il au sur le plan oculaire dans la rétinopathie diabétique ?

Décollement de la rétine



C'est l'hyperglycémie qui est responsable des dommages causés aux petits vaisseaux rétinien, appelés capillaires, dans la rétinopathie diabétique.

En fait, l'exposition prolongée à des glycémies élevées entraîne une perte de la fonction de la barrière hématorétinienne, c'est-à-dire que les vaisseaux ne sont plus étanches.

Aussi, lorsque cette barrière est altérée, du liquide ainsi que des protéines et des graisses peuvent s'échapper des vaisseaux. Des hémorragies peuvent alors survenir ainsi que de l'œdème rétinien (de l'enflure de la rétine), ce qui peut résulter en une diminution de la vision.

Par ailleurs, l'hyperglycémie peut amener des problèmes d'occlusion des capillaires. Lorsque cela survient, le sang ne peut plus circuler librement dans les vaisseaux pour aller fournir à la rétine les éléments dont elle a besoin pour fonctionner. Il survient alors un état d'ischémie, c'est-à-dire un manque de sang dans les régions où les vaisseaux sont bouchés. Pour essayer de pallier ce problème, des facteurs de croissance, dont l'un que l'on nomme VEGF (*vascular endothelial growth factor*), sont sécrétés au niveau de l'œil pour permettre la croissance de nouveaux vaisseaux. Cependant, ces néovaisseaux sont fragiles et donc susceptibles de causer des hémorragies qui peuvent bloquer la vue. Aussi, lorsque les nouveaux vaisseaux régressent, ils peuvent tirer sur la rétine et en occasionner des déchirures et des décollements pouvant avoir une incidence significative sur la vision.

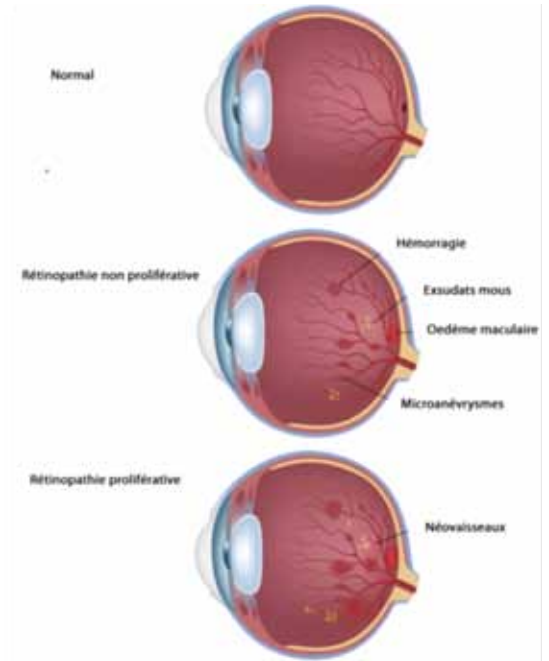
Les stades de la rétinopathie diabétique

Selon les dommages causés par le diabète à vos yeux, l'ophtalmologiste peut déterminer le stade de votre rétinopathie diabétique. La classification suivante vous permettra de mieux comprendre l'évolution de votre rétinopathie diabétique lors de vos discussions avec lui.

La division la plus importante est de déterminer s'il s'agit d'une rétinopathie non proliférative ou proliférative. En fait, on parle de rétinopathie proliférative lorsque les néovaisseaux ont commencé à se former à l'intérieur de l'œil.

Il existe aussi différentes façons de subdiviser ces 2 catégories. Selon ses observations, l'ophtalmologiste pourra déterminer notamment si le niveau est minime, modéré ou sévère. Il pourra aussi évaluer l'atteinte ou non de la macula qui est plus susceptible d'engendrer des symptômes puisque, tel qu'il a été expliqué précédemment, il s'agit de la zone de vision centrale. Finalement, l'ophtalmologiste pourra aussi déterminer la présence ou l'absence de complications.

Bien sûr, la rétinopathie diabétique est susceptible d'évoluer, mais la vitesse de progression varie d'une personne à l'autre.



Les symptômes

La rétinopathie diabétique est sournoise, car elle reste longtemps asymptomatique. Effectivement, à moins d'une atteinte de la macula qui causerait une baisse de vision, que ce soit par de l'œdème, de l'ischémie ou des hémorragies, la rétinopathie diabétique peut rester longtemps silencieuse. En fait, elle pourrait se manifester pour la première fois par une importante hémorragie intraoculaire qui se présenterait par des corps flottants, c'est-à-dire des points, des fils ou des taches qui flottent dans le champ visuel ainsi qu'une diminution de la vision. Une déchirure ou un décollement de la rétine pourrait aussi être la première manifestation de la rétinopathie diabétique et ces conditions pourraient ultimement entraîner une perte totale de la vision. Aussi, comme il n'y a souvent pas de symptômes associés à l'atteinte de la rétine par le diabète et que cette condition peut

mener jusqu'à la cécité, il est primordial de consulter un ophtalmologiste pour qu'il puisse la dépister.

Mise en garde

Même en l'absence de symptômes, il est possible que vous souffriez d'une atteinte importante de l'œil. Cette atteinte peut être présente au moment même du diagnostic de diabète chez les diabétiques de type 2. Il est donc essentiel de se soumettre à un dépistage régulier de la rétinopathie diabétique.

Le dépistage

Il est recommandé de commencer le dépistage de la rétinopathie diabétique 5 ans après que le diagnostic de diabète a été posé chez les diabétiques de type 1 et au moment même du diagnostic chez les diabétiques de type 2. Ensuite, un dépistage annuel est recommandé. Lorsqu'une atteinte de la rétine est observée comme effet secondaire du diabète, les intervalles de suivi seront déterminés par votre ophtalmologiste en fonction de la sévérité de la maladie.

Dépistage annuel de la rétinopathie diabétique

Diabétiques de type 1 :

- 5 ans après le diagnostic

Diabétiques de type 2 :

- Au moment même du diagnostic

Lors d'une grossesse, il est important de savoir que la rétinopathie diabétique peut progresser plus rapidement et il est donc recommandé que la diabétique consulte son ophtalmologiste avant même la conception et précocement dans le premier trimestre. Le suivi sera ensuite fixé par l'ophtalmologiste.

Le diagnostic précoce de la rétinopathie diabétique améliore le pronostic visuel.

Il faut se rappeler que plus la rétinopathie diabétique est diagnostiquée tôt et prise en charge rapidement, plus il sera possible de prévenir ou de retarder les conséquences de cette maladie sur la vision.

Comment l'ophtalmologiste examine-t-il la rétine ?



Lors de votre examen annuel avec l'ophtalmologiste dans le cadre du dépistage ou du suivi de la rétinopathie diabétique, il instillera des gouttes dans vos yeux afin de faire dilater vos pupilles. Par cette ouverture agrandie, il lui sera possible d'examiner l'intérieur de vos yeux et ainsi de voir toutes les portions de votre rétine. Il est important de noter qu'il ne faut pas conduire ensuite, alors que les

pupilles sont encore dilatées (l'effet reste pendant quelques heures). Il faut donc prévoir un moyen de transport pour le retour.

Pour bien évaluer la présence ou non de rétinopathie diabétique et pour en évaluer le niveau de progression, l'ophtalmologiste utilise différentes techniques. Notamment, il utilise une lampe à fente, une sorte de microscope, qui permet d'observer l'œil en profondeur. En fait, lorsqu'elle est utilisée avec certaines lentilles, elle permet d'examiner la rétine. D'autres lentilles peuvent aussi être utilisées sans la lampe à fente pour voir dans le fond de vos yeux. Il est également possible de prendre des photos de la rétine avec une caméra pour comparaison future.

Effets secondaires de la fluorescéine

Tous les patients :

- Coloration jaunâtre de la peau et de la conjonctive
- Coloration jaune-orange des urines

Occasionnellement :

- Nausées
- Vomissements
- Réaction vasovagale (un malaise)
- Réaction allergique
- Réaction anaphylactique (allergie grave)
- Réaction locale

Lorsque cela est nécessaire, l'ophtalmologiste peut vous faire soumettre à un examen particulier : l'angiographie à la fluorescéine. Cet examen permet de visualiser le réseau sanguin de votre rétine et de s'assurer de son intégrité. Pour ce faire, un colorant, la fluorescéine, est injecté dans vos veines, le plus souvent au pli du coude comme lors d'une prise de sang, et celui-ci emprunte la voie de vos vaisseaux sanguins pour se rendre jusqu'à vos yeux et ainsi colorer les vaisseaux de la rétine. Des photos du fond de vos yeux sont ensuite

prises. L'ophtalmologiste pourra en tirer des informations importantes, notamment à savoir s'il y a des fuites des vaisseaux ou encore s'il y a des zones mal irriguées par le sang.

Cet examen est généralement bien toléré, mais la fluorescéine n'est pas exempte d'effets secondaires, comme tous les médicaments ou produits utilisés par les médecins. Effectivement, à la suite de l'examen, tous les patients verront leur peau et leurs conjonctives prendre une coloration jaunâtre pendant 6 à 12 heures et leurs urines seront jaune-orange pendant 24 à 36 heures. Sinon, dans environ 10 % des cas, vous pouvez avoir des nausées, des vomissements ou un malaise qui s'améliorera lorsque vous serez allongé (une réaction vasovagale). Des réactions vasovagales sévères sont plus rares. Une réaction allergique peut survenir dans environ 1 % des cas. Toutefois, une réaction allergique sévère (un choc anaphylactique) se produit dans une proportion de moins de 1 pour 100 000 injections. Par ailleurs, il est possible qu'une réaction locale se produise au site d'injection de la fluorescéine si le produit se diffuse en dehors de la veine, ce qui est extrêmement rare.

La prévention

La clé pour retarder l'apparition de la rétinopathie diabétique et pour en freiner la progression est le contrôle des glycémies. Il est donc d'une importance capitale de prendre le traitement de son diabète au sérieux et de bien collaborer avec son médecin traitant.

Plusieurs études publiées au cours des dernières années tentent de faire le point sur l'impact du contrôle serré des glycémies sur la rétinopathie diabétique. Une des constatations importantes à en tirer est que l'impact de cette prise en charge est différente chez de jeunes diabétiques nouvellement diagnostiqués par rapport à des diabétiques plus âgés dont la maladie progresse depuis plus longtemps.

La clé du succès pour prévenir la rétinopathie diabétique est le contrôle de la glycémie

Chez les patients plus jeunes avec un diagnostic relativement récent de diabète, deux études publiées dans les années 1990 ont d'ailleurs bien démontré, l'une chez les diabétiques de type 1 (DCCT), l'autre chez ceux de type 2 (UKPDS), l'importance du contrôle intensif des glycémies pour la

prévention de l'apparition de la rétinopathie diabétique ainsi que pour sa progression. L'étude DCCT a mis en évidence qu'il était ainsi possible de réduire de 76 % les risques de voir apparaître une rétinopathie diabétique et de ralentir la progression de la maladie de 54 %. Par ailleurs, cette étude a démontré la possibilité de limiter l'évolution de la rétinopathie à des stades plus sévères, réduisant ainsi, par le contrôle intensif des glycémies, la nécessité d'utiliser des traitements au laser.

Des études récentes chez des diabétiques de type 2 (ADVANCE, VADT, ACCORD) démontrent toutefois moins de bénéfices chez des patients plus âgés ou avec un diabète qui progresse depuis plus longtemps que chez des patients plus jeunes ou avec un diabète apparu depuis peu, comme ceux des études DCCT et UKPDS.

L'étude ACCORD a tout de même démontré que le contrôle intensif des glycémies réduisait le taux de progression de la rétinopathie diabétique, mais elle n'a pas démontré de réduction des risques de perte de vision modérée ni de diminution de la nécessité de faire de la photocoagulation au laser.

Une prise en charge intensive et précoce du diabète, notamment par le contrôle serré des glycémies, est décisive pour la prévention de la rétinopathie diabétique.

Il est aussi essentiel de s'assurer du contrôle de la tension artérielle, car l'hypertension peut influencer sur la progression de la maladie, tout comme le déséquilibre des gras dans le sang. Encore une fois, il est tout à l'avantage du diabétique de travailler de concert avec son médecin traitant pour arriver à la maîtrise de ces facteurs.

Des études récentes mettent effectivement en lumière l'importance du contrôle de ces facteurs sur la rétinopathie diabétique. L'étude UKPDS précédemment nommée a d'ailleurs démontré que le contrôle de la tension artérielle limitait la progression de la rétinopathie diabétique ainsi que la perte de vision. Par contre, l'étude ACCORD n'a pas démontré d'effet significatif du contrôle de la tension artérielle sur la progression de la rétinopathie diabétique chez la population à l'étude.

En ce qui concerne le contrôle intensif des gras sanguins, l'étude FIELD portant sur des diabétiques de type 2 a démontré un effet bénéfique du fénofibrate (Lipidyl^{MD}), un médicament qui diminue les triglycérides et qui augmente les HDL (ou bon cholestérol), sur la progression de la rétinopathie diabétique. L'étude FIELD a aussi démontré une diminution de la nécessité

de recourir au traitement au laser grâce au fénofibrate. L'étude ACCORD obtient aussi des résultats positifs, quant au ralentissement de la progression de l'atteinte rétinienne par l'ajout de fénofibrate à un traitement de simvastatin (Zocor^{MD}), un médicament qui diminue les LDL (ou mauvais cholestérol).

Bref, rappelez-vous que la prise en charge précoce et intensive de votre diabète fera une différence dans l'évolution de votre rétinopathie diabétique. C'est pourquoi il faut prendre votre diabète au sérieux aussitôt le diagnostic posé. Souvenez-vous que les efforts que vous mettrez dès le début porteront leurs fruits plus tard en limitant l'atteinte de vos yeux.

Études sur la prévention de la rétinopathie diabétique

ACCORD: Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes

ADVANCE: Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicron Modified Release Controlled Evaluation

DCCT: Diabetes Control and Complications Trial

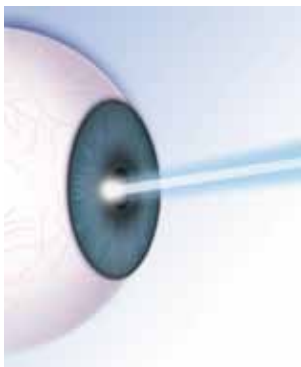
FIELD: The Fenofibrate Intervention and Event Lowering in Diabetes

UKPDS: United Kingdom Prospective Diabetes Study

VADT: Veterans Affairs Diabetes Trial

Les traitements

Le laser



L'utilisation du laser est la base du traitement de la rétinopathie diabétique.

En cas d'œdème maculaire, le laser peut être utilisé localement au niveau de la macula afin de sceller les petits vaisseaux pour empêcher les fuites et d'augmenter la réabsorption du liquide qui cause déjà l'enflure de la rétine. L'étude ETDRS démontre effectivement qu'un traitement au laser ciblé au niveau de la macula en cas d'œdème maculaire réduit les risques de perte de vision modérée et

augmente les chances de gain visuel modéré. Ce type de traitement devrait donc être considéré chez les patients présentant un œdème maculaire cliniquement significatif, soit un œdème maculaire correspondant à un certain nombre de critères décrits par le groupe d'étude.

Lorsque le stade de rétinopathie proliférative est atteint, le laser est utilisé diffusément sur la rétine (photocoagulation panrétinienne). Parfois, le traitement doit être fait en plusieurs séances. Le fait d'appliquer le laser sur la rétine arrête le stimulus qui active la prolifération des néovaisseaux et permet la régression de ceux qui étaient déjà apparus. L'ophtalmologiste peut décider de faire le laser au stade préprolifératif lorsque l'atteinte est sévère afin de prévenir l'apparition des néovaisseaux. L'étude DRS, réalisée chez des patients souffrant de rétinopathie diabétique proliférative ou non proliférative de grade sévère, a effectivement démontré que la photocoagulation panrétinienne réduisait de 50 % ou plus les risques de perte de vision sévère. L'étude ETDRS recommande quant à elle de considérer l'utilisation de la photocoagulation panrétinienne à partir du stade de rétinopathie non proliférative sévère. Somme toute, ces 2 études s'entendent pour recommander officiellement de procéder à un traitement de photocoagulation panrétinienne sans délai pour les cas de rétinopathie proliférative à haut risque, un stade de la maladie défini par l'étude DRS.

Études sur l'utilisation du laser dans la rétinopathie diabétique

DRS: Diabetic Retinopathy Study

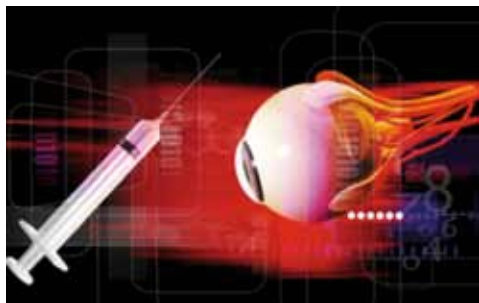
ETDRS: Early Treatment Diabetic Retinopathy Study

Le laser est généralement un traitement très bien toléré et le plus souvent l'anesthésie de l'œil est tout simplement faite par l'usage de gouttes. À l'occasion, une injection près de l'œil peut être utilisée pour s'assurer du confort du patient.

Le laser présente aussi, comme tout traitement, son lot d'effets secondaires. Le laser utilisé localement au niveau de la macula entraîne notamment le risque de léser la fovéa par inadvertance, ce qui aurait pour impact une diminution de la vision. La photocoagulation panrétinienne quant à elle induit une réduction du champ visuel et peut causer des difficultés de vision dans l'obscurité. Par ailleurs, il est possible d'assister à l'apparition d'œdème

maculaire ou à son aggravation, s'il y en avait avant le traitement au laser, ce qui conduirait alors à une diminution de l'acuité visuelle.

Les injections



Par ailleurs, il est possible d'injecter des médicaments dans l'œil afin de traiter les atteintes dues au diabète. Il existe notamment des médicaments similaires à de la cortisone (dont l'acétonide de triamcinolone, nom commercial : Kenalog^{MD}) qui peuvent être utilisés lors d'œdème maculaire pour diminuer l'enflure de la rétine grâce à leur action anti-inflammatoire. Par contre,

l'injection d'acétonide de triamcinolone ne peut se substituer au traitement au laser qui reste la base du traitement à long terme de l'œdème maculaire diabétique, mais peut plutôt être utilisée conjointement chez certains patients ciblés. Il est à noter toutefois que l'utilisation d'acétonide de triamcinolone pour le traitement de l'œdème maculaire diabétique n'est pas approuvée officiellement par Santé Canada.

Les injections intravitréennes, c'est-à-dire à l'intérieur de la gelée qui remplit la partie postérieure de l'œil, d'acétonide de triamcinolone ne sont pas dépourvues d'effets secondaires. Effectivement, une augmentation de pression intraoculaire, un facteur de risque pour l'apparition du glaucome, ainsi que la progression des cataractes sont communes à la suite de ces injections, mais se gèrent bien. Par ailleurs, une endophtalmie, soit une infection à l'intérieur de l'œil, est rare.

Aussi, avec la découverte du facteur de croissance VEGF et son rôle dans la rétinopathie diabétique, un intérêt croissant pour des médicaments capables de bloquer son action est né. Le ranibizumab (Lucentis^{MD}), un anti-VEGF, est d'ailleurs approuvé par Santé Canada pour le traitement de l'œdème maculaire diabétique. Par contre, pour avoir droit au remboursement du médicament par la Régie de l'assurance maladie du Québec, il faut répondre à certains critères. Lorsque ces critères ne sont pas remplis, et donc que le médicament revient aux frais du patient, il est possible que votre ophtalmologiste vous propose plutôt une injection de bevacizumab

(Avastin^{MD}). Cette molécule beaucoup moins dispendieuse fait partie de la même famille que le ranibizumab et offre aussi des résultats cliniques favorables, mais n'est toutefois pas approuvée officiellement par Santé Canada.

Les injections d'anti-VEGF ont aussi leur lot d'effets secondaires. Somme toute, des effets secondaires graves comme l'endophtalmie, la cataracte traumatique ainsi que le décollement rétinien surviennent très rarement, soit dans moins de 0,1% des injections intravitréennes pour ce qui est du ranibizumab. Plus couramment, il est possible de ressentir de la douleur oculaire, de présenter une hémorragie conjonctivale (sang sur le blanc de l'œil) ou de voir des corps flottants. Parmi les effets secondaires courants et plus graves, on observe une élévation de la pression intraoculaire ainsi que la présence d'inflammation à l'intérieur de l'œil.

Certains hôpitaux offrent ces injections mais elles sont parfois administrées seulement en clinique privée. Les injections intraoculaires font souvent peur aux patients, mais sont généralement bien tolérées. Pour ce faire, l'ophtalmologiste installera un écarteur à paupières afin de maintenir votre œil ouvert. Puis, il désinfectera votre œil avec des gouttes et utilisera un liquide anesthésique sur un coton-tige afin de geler topiquement votre œil et ainsi réduire votre inconfort lorsqu'il fera l'injection. Après l'injection, l'ophtalmologiste vous recommandera l'utilisation fréquente de larmes artificielles.

Le traitement des complications

Si votre rétinopathie diabétique venait à se compliquer d'hémorragies intraoculaires et que celles-ci ne parvenaient pas à se résorber avec le temps, il est possible pour l'ophtalmologiste de pratiquer une chirurgie afin de nettoyer l'intérieur de l'œil, soit en enlevant la gelée qu'il contient. Il s'agit d'une vitrectomie.

Aussi, si une déchirure de la rétine survient, il est possible, dans la majorité des cas, de sceller le trou avec un traitement au laser. D'autres techniques peuvent parfois être utilisées si cela est nécessaire. Votre ophtalmologiste vous en informera, le cas échéant. Cependant, si un décollement se présentait, une chirurgie devrait être faite afin de remettre la rétine en place.

La conduite automobile



La vision est un sens essentiel à la conduite automobile. Votre acuité visuelle de loin, c'est-à-dire votre capacité à discriminer un objet situé le plus loin possible de vous, ainsi que votre champ visuel, c'est-à-dire la portion de votre environnement que vous pouvez apercevoir autour de vous lorsque vous regardez droit devant et que vous restez immobile, sont deux déterminants importants de votre vision. Pour pouvoir conduire de façon sécuritaire, il est d'une importance capitale que votre acuité visuelle ainsi que votre champ visuel répondent à certains critères établis en fonction de la classe de votre permis de conduire.

Malheureusement, la rétinopathie diabétique est susceptible de nuire à la vision. Effectivement, l'acuité visuelle et le champ visuel peuvent en être affectés. Il est donc d'autant plus important de prendre votre diabète en main le plus rapidement possible afin d'en limiter la répercussion sur vos yeux et, éventuellement, sur votre vision. Si malgré tout votre vision se trouve affectée par votre diabète, à un point où vous ne pouvez plus remplir les normes de conduite de votre véhicule, il est essentiel de se plier à cette réalité, puisque votre sécurité ainsi que celle des autres en dépend.

Critères pour la conduite d'un véhicule de promenade de moins de 2 500 kilogrammes

Acuité visuelle : au moins 6/15 (ce qui signifie d'être capable de lire à 6 mètres ce qu'un œil normal peut lire à 15 mètres), avec les 2 yeux ouverts.

Champ visuel : au moins 100 degrés continus le long du méridien horizontal et au moins 10 degrés continus au-dessus du point de fixation et 20 degrés continus sous celui-ci ou au moins 30 degrés de chaque côté de l'axe vertical, avec les 2 yeux ouverts.

Selon le Règlement sur les conditions d'accès à la conduite d'un véhicule routier relatives à la santé des conducteurs. LRQ chapitre C-24.2, r.o.1.0001, article 37.

Vous êtes tenus par la loi de déclarer votre diabète au moment du renouvellement de votre permis de conduire. Vous aurez à faire remplir par votre médecin une formule prouvant le bon contrôle du diabète. Il est possible de conduire au Canada un véhicule de promenade même en étant insulino-traité. Toutefois, des questions précises seront posées à votre médecin concernant la présence ou non d'hypoglycémies, la persistance des symptômes d'alarme de l'hypoglycémie, le suivi régulier par des glycémies avant la conduite et pendant la conduite et votre bonne compréhension de la façon de corriger les hypoglycémies et un examen visuel sera exigé. Les règles concernant l'insuline et la conduite d'un véhicule commercial sont encore plus restrictives.

Les ressources



Sachez que si malheureusement vous en venez à souffrir de problèmes de basse vision, il existe des ressources pour vous venir en aide.

Tout d'abord, l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA) est un organisme qui vient en aide aux enfants et aux adultes atteints d'une perte de vision de modérée à sévère. Il peut être fort avantageux

de commencer votre recherche de ressources en communiquant avec l'INCA, car on vous renseignera sur la multitude de services qui s'offrent à vous et l'on vous dirigera vers les ressources disponibles, que celles-ci soient offertes par l'INCA ou par des organisations communautaires. Globalement, l'INCA pourra vous offrir des services de soutien émotionnel, de conseils pour le maintien de l'autonomie dans la vie quotidienne et d'orientation pour la recherche de renseignements et de produits. La bibliothèque de l'INCA est entre autres un service très intéressant qui offre le prêt de livres et de documents en médias substitués pour les gens avec une perte de vision ou incapables de lire les imprimés pour une autre raison. Ne vous privez surtout pas des services de cet organisme, d'autant plus qu'ils sont gratuits!

INCA

1 800 563-2642

[En ligne] [<http://www.inca.ca/fr/>]

À Québec, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ) offre un programme de réadaptation par une équipe multidisciplinaire pour les gens souffrant de déficience visuelle. Plusieurs services sont offerts dont l'accès à des aides optiques pour compenser les déficits ainsi qu'une multitude d'interventions visant à maintenir l'autonomie de la personne que ce soit dans ses études, au travail ou à la maison. Pour y avoir accès, il faut toutefois remplir des normes précises en ce qui concerne l'acuité visuelle (moins de 6/21 pour chaque œil) et le champ visuel (moins de 60 degrés dans les méridiens horizontaux et verticaux). Ces aides visuelles sont particulièrement utiles pour la lecture de vos glycémies et du dosage de l'insuline.

IRD PQ

418 529-9141

[En ligne] [<http://www.irdpq.qc.ca/>]

Sur le site Internet de l'IRD PQ, dans la section sur les déficiences visuelles, vous trouverez même des liens vers des « Aides disponibles sur le marché pour les personnes ayant une déficience visuelle » et « Les programmes et services du gouvernement du Québec offerts aux personnes ayant une déficience motrice, visuelle et auditive » dont fait partie le Programme d'aides visuelles.

Par ailleurs, vous pouvez discuter avec votre médecin généraliste ou encore avec votre ophtalmologiste des ressources disponibles dans votre milieu pour les gens souffrant de basse vision. Bref, n'hésitez pas à utiliser les ressources mises à votre disposition ; elles sont là pour vous !

