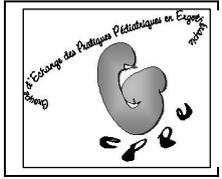
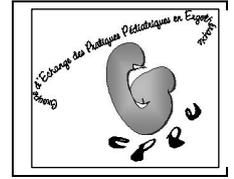


GROUPE D'ÉCHANGE DES PRATIQUES PÉDIATRIQUES



Compte rendu de la réunion de lundi 9 Février 2009

9 participants aujourd'hui



En bref... quelques news

Barbara nous a fait un petit retour sur les journées de l'ANECAMSP : "Neurosciences et développement de l'enfant".

Isabelle nous a fait retour sur la journée de Garches du 29/01/09 sur la communication. Il y eu une présentation de la synthèse MINSPEAK.

Marie a évoqué une formation qui a lieu prochainement :
une journée sur la paralysie cérébrale organisée par la fondation motrice

Voici aussi un lien vers une conférence sur les dys : <http://ww2.ac-poitiers.fr/ecoles/spip.php?article197> <http://ww2.ac-poitiers.fr/ecoles/spip.php?article197> <http://ww2.ac-poitiers.fr/ecoles/spip.php?article197>

Réflexion de fond :

retour de formation sur les troubles neurovisuels

Barbara Vauvillé nous présente une synthèse de la formation sur les troubles neurovisuels qu'elle a effectuée l'année précédente. Cette formation était dispensée par Lietta Santinelli (ergothérapeute) et Karin Schwarz (optométriste).

Outre un rappel des connaissances autour des troubles neurovisuels et cognitifs, cette formation avait pour intérêt d'apporter des éléments sur l'optique et la basse vision.

Voici une synthèse des points clés de cette présentation :

La **complexité de la vision nécessite une intervention en réseau** lors de la rééducation visuelle. Ce réseau comprend : les parents, les neuropsychologues et les ergothérapeutes, les ophtalmologistes, les orthométristes et les optométristes.

L'optique et l'enfant I.M.C.

En premier intention il est nécessaire d'effectuer une **correction de l'acuité visuelle**. C'est à dire réaliser une correction par des verres afin de placer l'image au bon endroit :

- la myopie (image devant la rétine),
- l'astigmatisme (étalement de l'image dans le sens antéro-postérieur)
- ou l'hypermétropie (image derrière la rétine).

Il faut être vigilant lors de la correction de l'acuité visuelle chez un enfant polyhandicapé ou sans langage car cette correction peut être à l'origine d'un surplus d'informations visuelles difficile à gérer pour l'enfant.

Au delà de l'acuité visuelle, **l'accommodation est nécessaire en permanence pour avoir une bonne vision**. La position des yeux étant différente en vision de près ou de loin, il est nécessaire d'accommoder en permanence le regard ; cela nécessite un système musculaire très performant.

Ce résumé est une information, un support de mémoire. Il ne peut pas être publié.

Page 1 sur 2

Un trouble de l'accommodation n'est pas compensable par une correction visuelle. L'accommodation baisse avec l'âge (presbytie) mais aussi lors de la prise de certains traitements médicamenteux (antidépresseur, anti spastique).

Le port de lunettes chez un enfant implique d'être attentif à différents critères :

- l'état des verres (propreté, rayures...)
- le choix d'une monture adaptée
- la présence ou non d'un appui-tête sur le fauteuil de l'enfant (confort du positionnement et exploration de l'ensemble du champ visuel)
- la taille des branches (possibilité de les couper)
- les vis (qui peuvent blesser)
- l'esthétisme
- le positionnement des lunettes sur le nez (Il existe plusieurs formes de "nez" de lunettes et la possibilité de mouler des nez en silicone pour obtenir un "nez" de lunettes parfaitement adapté au nez de l'enfant)

En cas de refus de port des lunettes, il est donc nécessaire de faire attention aux réglages et de chercher la cause de ce refus parmi ces critères.

Particularités : Chez certains enfants IMC présentant des troubles du développement de la vision binoculaire, il est possible d'utiliser des prismes ou un cache-œil pour compenser la déviation. (La vision monoculaire ne permet cependant plus la fonction d'alerte de la vision périphérique).

IMC et strabisme :

Entre 40 et 60 % des enfants IMC présentent un strabisme.

L'acquisition de la vision stéréoscopique (c'est à dire en relief) s'effectue entre le 4ème et le 6ème mois. Si la fusion ne se fait pas, les deux axes ne sont pas parallèles et un seul œil peut fixer l'image. Le strabisme alterné est le plus fréquent chez l'enfant IMC.

- le strabisme est précoce, variable avec des spasmes en convergence, divergence et en vertical.
- l'angle de divergence est variable
- le strabisme est accompagné de troubles visuo-spatiaux.

Ces enfants ont des difficultés à compenser l'absence de vision stéréoscopique par l'analyse des bas contrastes (grandeur des éléments, contraste, ombre, lumière...).

Il y a une alternance de fixation qui a des répercussions dans certaines activités de la vie quotidienne comme la lecture ou la conduite d'un fauteuil.

La basse vision :

On définit sous le terme "basse vision", l'ensemble des capacités visuelles résiduelles d'une personne. En France elle correspond à $4/10^{\text{ème}}$ avec correction. La Suisse retient le critère de vision fonctionnelle (classification de Collenbrander).

Bien qu'une vision centrale (ou de lecture) réduite soit assez commune, la basse vision peut aussi être causée par un affaiblissement de la vision périphérique, la réduction ou la perte de la vision des couleurs ou encore par l'incapacité d'un œil à s'adapter correctement à la lumière, aux contrastes ou aux éblouissements.

L'évaluation concerne :

- la possibilité de discrimination visuelle
- l'acuité visuelle et subjective (test de Cadet, test LH, test de Teller)
- la vision binoculaire et stéréoscopique (test de Lang, test de Bugolini)
- la perception des contrastes (visages de moins en moins contrastés)
- l'évaluation du champ visuel (entonnoir de Nef, confrontation avec les doigts)

Barbara Vauvillé nous indique un site sur la basse vision ayant des tests pour évaluer le besoin de grossissement : www.ucba.ch.

Nous terminons la réunion par une discussion sur l'importance du bilan orthoptique réalisé auprès des enfants que nous rencontrons (évaluation de l'acuité visuelle, du champ visuel et de la motricité des yeux).

Prochaine réunion : lundi 09/03/2009