



Dépistage des troubles visuels chez l'enfant

Société Française
de Pédiatrie



JUIN 2009

Avec le soutien
de la Direction Générale
de la Santé



GUIDE PRATIQUE

GROUPE DE TRAVAIL

- Dr Gérard BELEY, pédiatre
- Dr Gilles BUISSON, pédiatre
- Dr Joseph BURSZTYN, ophtalmologiste
- Mme Anne-Christine DUPONT, orthophoniste
- Dr Pascal DUREAU, ophtalmologiste
- Dr Christophe FOUCAULT, médecin de la CPAM Paris
- Dr Danielle KERAMBRUN-MINEO, médecin de l'Éducation Nationale
- Mme Isabelle LE CORRE, orthoptiste
- Dr Brigitte LEFEUVRE, Direction Générale de la Santé
- Dr Catherine PACLOT, Direction Générale de la Santé
- Dr Noëlle RIDOUX, médecin de PMI
- Dr Geneviève RUAAULT, coordination
- Dr Jeanne-Marie URCUN, Direction Générale de l'Enseignement Scolaire
- Dr Arnaud WILMET, médecin généraliste



SOMMAIRE

→ Définitions	5
→ Le rôle du médecin	7
→ Fiches pratiques	
1. Connaître	9
2. Dépister	10
- Facteurs de risque	10
- Signes d'appel	11
- Examen	12
3. Documenter, orienter	16
4. Accompagner, suivre... ..	18
→ Lexique	20
→ Quelques références bibliographiques - Audition / Vision	
Voir section "Dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant"	17



Le dépistage des troubles visuels, dès les premiers mois de la vie, peut permettre de repérer très tôt les situations à risque d'amblyopie, cause la plus fréquente de mauvaise vision unilatérale chez l'enfant.

L'objectif est de dépister, par des examens simples, réalisables par le médecin de l'enfant, des anomalies pour la plupart réversibles sous traitement dans les toutes premières années de la vie, permettant de faire passer la prévalence de l'amblyopie de 3% à 1%.

Par ailleurs, la précocité du diagnostic d'amblyopie est essentielle à la réussite de la rééducation, qui est d'autant plus efficace que la prise en charge est précoce.

Chez l'enfant plus grand, le dépistage de troubles visuels, en particulier des troubles de la réfraction, reste de première importance du fait de la prévalence élevée de ces troubles (20%), responsables de difficultés scolaires et de gêne dans la vie courante.

Les recommandations actuelles en matière de dépistage visuel font appel à la compétence de l'ensemble des professionnels de santé au contact de l'enfant.

Des repères figurent à cet effet dans le carnet de santé.





DÉFINITIONS

→ **Amblyopie** : insuffisance uni- ou bilatérale de certaines aptitudes visuelles, principalement l'acuité visuelle (AV), non améliorable par une correction optique. Entraîne chez l'enfant (pendant la première décennie) un trouble de la maturation du cortex visuel irréversible en l'absence de traitement.



Cause la plus fréquente de mauvaise vision unilatérale chez l'enfant, sa prévalence est d'environ 3%.

Les amblyopies peuvent être :

- **organiques**, secondaires à une anomalie du globe oculaire : rétinopathie, rétinoblastome, cataracte, opacités cornéennes, glaucome congénital ou à une anomalie des paupières : ptosis, hémangiomes
- **fonctionnelles**, dites de suppression, accompagnant un trouble asymétrique de la réfraction : myopie, astigmatisme, hypermétropie, un strabisme ou un nystagmus.

La profondeur de l'amblyopie est définie par l'acuité visuelle corrigée

- **profonde** pour une AV de l'œil concerné $\leq 1/10^e$
- **moyenne** : entre 1 et $4/10^e$
- **légère** : au delà de $4/10^e$



En pratique, la différence d'acuité visuelle entre les deux yeux a une importance plus grande que la valeur absolue : une différence de $2/10^e$ est considérée comme significative.

La majorité des amblyopies sont fonctionnelles, liées à des troubles de la réfraction ou à un strabisme : la précocité du diagnostic est essentielle à la réussite du traitement, d'où l'importance du dépistage dévolu au médecin de l'enfant.

Leur prévention passe par le dépistage et la correction très précoces, avant l'âge de 3 ans, des facteurs amblyogènes.

Dans les premiers mois de la vie, tout signe d'appel, tout nystagmus ou strabisme, doivent attirer l'attention et faire demander l'avis d'un ophtalmologiste qui éliminera une pathologie organique et entreprendra le traitement.

Chez l'enfant plus grand, la mesure de l'acuité visuelle est rapide et rentable en termes de dépistage. Les bases du traitement sont la correction optique adaptée et l'occlusion de l'œil sain, relayée par une méthode de pénalisation.

→ **Strabisme** : déviation objective des axes visuels avec, le plus souvent, perturbation de la vision binoculaire.

Touche 5% des enfants, convergent dans 90% des cas. Il entraîne une amblyopie dans plus de 50 % des cas, et doit être dépisté et corrigé au plus vite.

Outre le préjudice esthétique, le strabisme, qu'il soit important ou faible, comporte les mêmes risques sur la vision : l'atteinte fonctionnelle d'un œil (amblyopie).



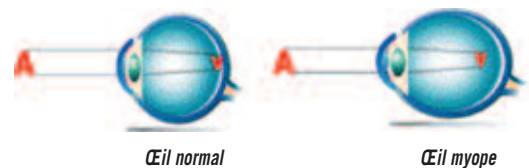
Attention ! Une atteinte organique : opacité cornéenne, cataracte, tumeur, peuvent être responsables de strabisme.

→ Troubles de la réfraction : anomalies optiques du globe oculaire.

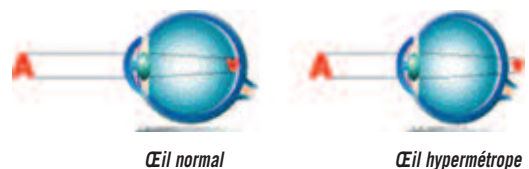
Fréquence élevée, de l'ordre de 20% de la population. Ils se développent dans l'enfance et peuvent entraîner une baisse de l'acuité visuelle (AV).

Dépistés lors d'un examen systématique ou à la suite de signes d'appel : rougeur et picotements oculaires, clignements et plissement des paupières, lecture trop rapprochée et fatigabilité, confusion de lettres, céphalées, vision floue de loin.

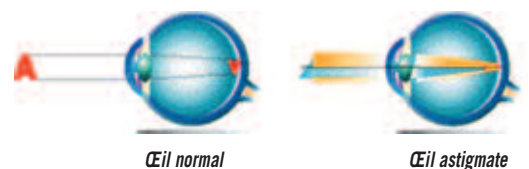
- **Myopie** : baisse de l'AV de loin, liée à un œil trop long, débutant après l'âge de 5 ans.



- **Hypermétropie** : baisse de l'AV liée à un œil trop court : elle est fréquente et physiologique chez le tout petit jusqu'à 4-5 ans. Une petite hypermétropie peut être dangereuse quand elle est asymétrique.



- **Astigmatisme** : gêne à la lecture de loin et de près (confusion de certaines lettres, fatigue visuelle)..., lié le plus souvent à la cornée qui n'est plus sphérique mais ovale. Elle déforme les images soit horizontalement soit verticalement.



LEUCOCORIE : reflet blanc dans la pupille qui peut être observé par les parents : requiert un examen ophtalmologique en urgence et correspond toujours à une pathologie grave (rétinoblastome, cataracte).



LE RÔLE DU MÉDECIN

* FICHE PRATIQUE 1

Connaître

Le système visuel n'est pas totalement mature à la naissance et sa mise en place, anatomique et fonctionnelle, n'est pas définitive avant l'âge de 10 ans. Toute perturbation dans le développement peut entraîner une vision plus faible, généralement unilatérale.

* FICHE PRATIQUE 2 :

Dépister

Lors du suivi médical, il est important d'identifier les **FACTEURS DE RISQUE** de troubles visuels, de repérer les **SIGNES D'APPEL** qui peuvent être signalés par la famille et de les rechercher activement, d'**EXAMINER** l'enfant dans des conditions optimales, de **PRATIQUER DES TESTS SIMPLES DE DÉPISTAGE**.

* FICHE PRATIQUE 3

Documenter, orienter

Une démarche structurée permet au médecin, en fonction des antécédents personnels ou familiaux, des signes d'appel, des données de l'examen clinique ou d'une anomalie à l'un des tests réalisés, d'orienter l'enfant vers un **EXAMEN SPÉCIALISÉ**.

* FICHE PRATIQUE 4 :

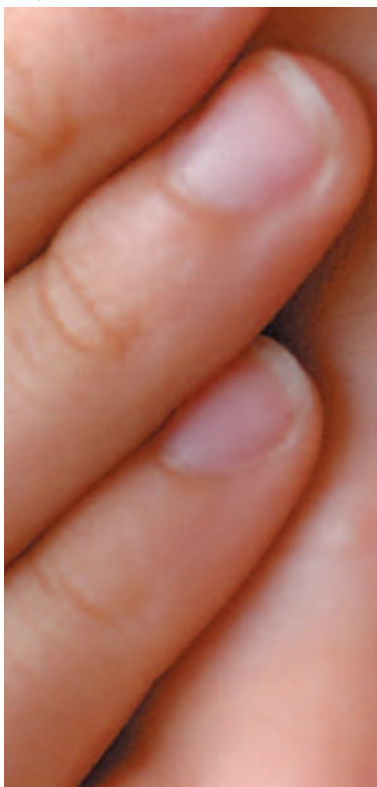
Accompagner, suivre...

Le médecin pourra s'enquérir des examens de dépistage réalisés (PMI, médecine scolaire, examens spécialisés) via le carnet de santé, **INFORMER**, **MOTIVER** et **ACCOMPAGNER** les parents et l'enfant lorsqu'un traitement a été instauré.

* ANNEXES

- Lexique
- Quelques références bibliographiques - Audition / Vision
Voir page 17 section "Dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant"





ZUM	1/10
M C F O	2/10
H S U N R	3/10
T O V R L A	4/10
X P H B Z D	5/10
Y L O K E F S	6/10
F A E X Z T H	7/10
B C D M N R U	8/10
Y O M H R E F C	9/10
W G J Q P V K I	10/10
A L E X T Y R Q	11/10
D O V I G J W N	12/10
K P A W L A Q	13/10
S T J K I X W V	14/10
A S L X T Y R Q	15/10
S T J K I X W V	16/10

* FICHE PRATIQUE 1 : CONNAÎTRE

Le système visuel n'est pas totalement mature à la naissance et sa mise en place, anatomique et fonctionnelle, n'est pas définitive avant l'âge de 10 ans. Toute perturbation dans le développement peut entraîner une amblyopie.

Acuité visuelle : capacité à distinguer des détails séparés par un angle réduit : utilisée pour la reconnaissance des formes, la lecture : ne concerne que les objets situés dans l'axe du regard.

Evolution normale de la fonction visuelle

Âge	Evolution
Naissance	Fixation d'un visage à faible distance Clignement à la lumière vive Acuité visuelle 1/30° (doigt à 30 cm)
1 mois	Fixation plus stable d'objets fortement contrastés (crayon à 30 cm)
4 mois	Après 3 mois, mouvements de poursuite oculaire Convergence normale Acuité visuelle 1/10° (mine de crayon à 30 cm) Début de vision des couleurs (rouge d'abord)
6 mois	Vision stéréoscopique Convergence et poursuite oculaires normales Acuité visuelle 2/10°
1 an	Acuité visuelle 4/10° (cheveu à 30 cm)
3 ans	Acuité visuelle 7/10°
5-6 ans	Acuité visuelle 10/10°





* FICHE PRATIQUE 2 : DÉPISTER

Lors du suivi médical, il est important d'identifier les **facteurs de risque** de troubles visuels, de repérer les **signes d'appel** qui peuvent être signalés par la famille et de les rechercher activement, d'**examiner** l'enfant dans des conditions optimales de calme et de confiance, de **pratiquer des tests simples de dépistage** qui permettent d'orienter l'enfant vers un bilan ophtalmologique.



La présence de facteurs de risque doit rendre très attentif dès la naissance et requiert un examen ophtalmologique avec réfraction après cycloplégie entre 3 et 12 mois, même en l'absence de signes d'appel.

Facteurs de risque

Pathologies ou antécédents (personnels et familiaux) favorisant l'apparition d'un facteur amblyogène.

Antécédents personnels	• Prématurité, souffrance cérébrale, toute réanimation • Petit poids de naissance (inférieur à 1500g) • Surdité • Troubles neuromoteurs, IMC • Anomalies chromosomiques (trisomie 21) • Craniost�nos, dysostoses craniofaciales • Embryofoetopathies (toxoplasmose...) • Exposition in utero à la cocaïne, l'alcool
Antécédents familiaux	• Strabisme ; troubles sévères de la réfraction : myopies sévères et précoces ; amblyopie ; astigmatisme ; maladie ophtalmologique héréditaire...





Signes d'appel d'un trouble visuel

Toujours porter attention à la présence d'un strabisme, surtout si l'œil dévié est toujours le même, une attitude anormale de la tête (du même côté), un trouble du comportement visuel signalé par les parents, même en l'absence d'antécédents personnels ou familiaux.

Âge	Signes d'appel	Suspecter
Avant 4 mois	• Anomalie objective au niveau des paupières, des globes oculaires, des conjonctives, des pupilles, (leucocorie++) • Strabisme • Nystagmus • Torticolis • Une anomalie du comportement évoquant un trouble visuel : manque d'intérêt aux stimuli visuels, absence du réflexe de fixation après 1 mois, absence de réflexe de clignement à la menace après 3 mois, de poursuite oculaire après 4 mois ; retard d'acquisition de la préhension des objets • Plafonnement ou errance du regard, enfant qui appuie sur ses yeux	→ Tout strabisme constant avant 4 mois est pathologique → Tout signe d'appel doit motiver la réalisation d'un examen ophtalmologique → Une anomalie de la cornée et/ou l'existence de leucocorie et/ou un nystagmus d'apparition récente imposent un examen ophtalmologique dans les jours qui suivent
De 6 mois à l'âge verbal	• Idem signes précédents • Enfant qui se cogne, tombe souvent, butte sur les trottoirs, plisse des yeux, fait des grimaces, ferme un œil au soleil • Comportement anormal comme une indifférence à l'entourage	→ Un strabisme même intermittent, est toujours pathologique après 4 mois → Tout signe d'appel évoquant une amblyopie impose un bilan ophtalmologique
Entre 2 et 5 ans	• Idem signes précédents • Retard d'acquisition du langage • Lenteur d'exécution • Fatigabilité, dyspraxies	→ Toute difficulté à la réalisation des tâches nécessitant une attention visuelle doit faire rechercher un trouble visuel
Chez l'enfant plus grand	• Lecture trop rapprochée, gêne à la vision de loin • Confusion de lettres, fatigue à la lecture, céphalées, clignements et plissements des paupières, rougeur et picotements oculaires	

* FICHE PRATIQUE 2 suite : DÉPISTER

Examen de l'enfant et tests ophtalmologiques simples

Un certain nombre de tests sont faciles à mettre en œuvre par le médecin qui examine régulièrement l'enfant sur le plan général. Le but est de dépister des anomalies, dont la prise en charge précoce améliore le pronostic.

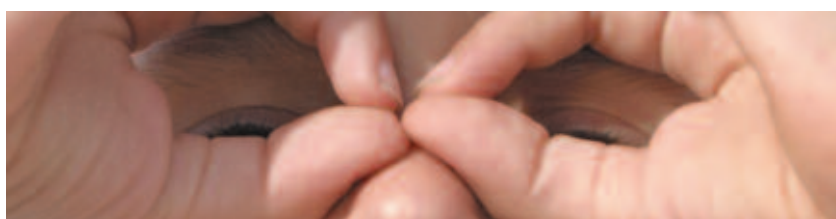
En cas d'anomalie détectée ou de doute, l'enfant est adressé au spécialiste.

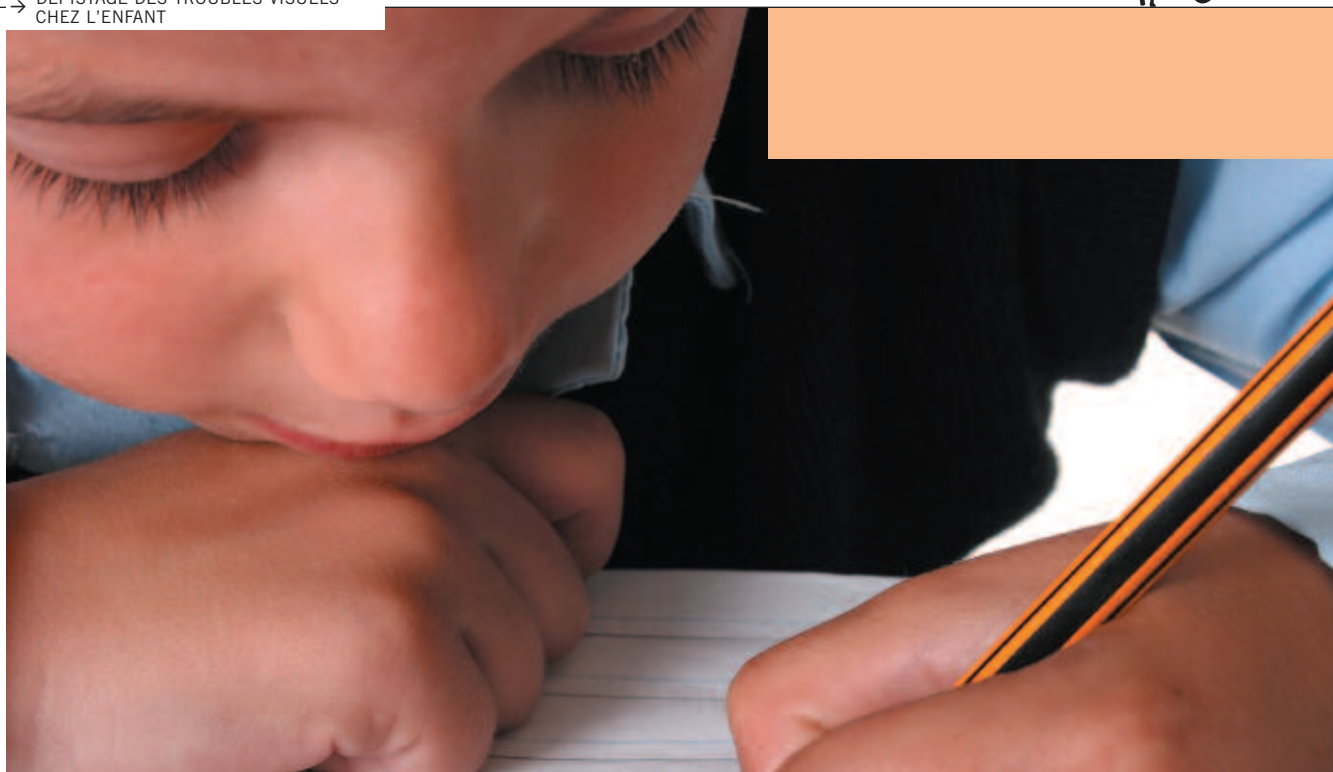
Conditions d'examen

Le médecin traitant veillera à la mise en place de conditions d'examen favorables : ambiance calme dans la pièce de consultation, éclairage le plus constant possible ; examen de l'enfant en dehors d'affections aiguës, enfant n'ayant ni faim ni sommeil, pour les plus petits : dans les bras ou assis sur les genoux de l'accompagnant.

Examen à la lumière douce, non éblouissante.

Âge	Examen
A tout âge	• Examen externe de l'œil : - Examen des paupières (<i>ptosis, épicanthus</i>) - Vérification de la taille et symétrie des globes oculaires (<i>buphtalmie, microphthalmie</i>), - Examen, à l'aide d'un point lumineux, de la conjonctive (<i>rougeur, larmolement</i>), de la cornée (<i>opacité, trouble, grande cornée du glaucome</i>), de l'iris (<i>colobome</i>), des pupilles (<i>leucocorie</i>)
Dans les premières semaines	• Réflexe photomoteur : recherche d'anomalie organique • Lueur pupillaire : recherche de trouble des milieux transparents (<i>cataracte, rétinoblastome</i>) • Reflets cornéens : recherche de strabisme
4 mois	• Fixation : monoculaire et binoculaire • Poursuite oculaire : recherche de nystagmus, amblyopie
9 mois à 15 mois	• Occlusion alternée : recherche de l'amblyopie • Signe de la toupie : recherche de l'amblyopie et examen de la motilité • Tests stéréoscopiques : recherche de l'amblyopie
Après 2 ans et demi	• Mesure de l'acuité visuelle de près et de loin : - Lettres ou dessins en utilisant une méthode d'appariement des objets : recherche d'un trouble de la réfraction
Vers 5 ans	• Acuité visuelle : tests directionnels, échelles de chiffres et de lettres
Vers 5-6 ans	• Test de vision des couleurs : recherche de dyschromatopsie





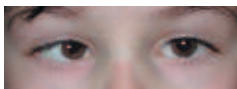
Dans les premières semaines

Réflexe photomoteur : en éclairant une pupille puis l'autre : un réflexe plus faible d'un côté fait soupçonner une anomalie organique.

Lueur pupillaire : leucocorie



Reflets cornéens : strabisme



à l'aide d'un ophtalmoscope ou à défaut d'un otoscope, (lumière et orifice coaxiaux, lumière non éblouissante et observation à distance de 30 à 50 cm) : une image normale est uniformément rouge (comme les reflets sur les photos prises au flash) : un trouble des milieux transparents (cataracte, rétinoblastome, etc.) entraîne une lueur non uniforme, ou non rouge ou un reflet blanc (leucocorie).

les reflets cornéens sont examinés à 50 cm par une lumière non éblouissante dont le reflet est centré. En cas de strabisme, un reflet est au centre d'une pupille et l'autre est décentré.



Attention à la lumière habituellement vive de la salle d'examen qui peut gêner l'appréciation de la lueur pupillaire.



Un épicanthus peut donner l'impression d'un strabisme, non confirmé par le test des reflets cornéens.

De 2 à 4 mois

Fixation :

monoculaire et binoculaire : à l'aide d'une source lumineuse non éblouissante ou d'un objet fortement contrasté, placé à 50 cm : la fixation doit être centrée (reflet au centre de la pupille), stable (pas de nystagmus) et maintenue.

Poursuite oculaire :

avant l'âge de 2 mois, les mouvements sont imparfaitement coordonnés ; à partir de 4 mois, l'enfant est capable de convergence et de poursuite sans bouger la tête ni le corps.



Test de poursuite oculaire : "œil de bœuf"

Parmi les tests disponibles, le test de l'œil de bœuf (fait de cercles concentriques noirs et blancs) permet de tester la poursuite oculaire sans éclairage ni manipulations chez le tout petit. Présenter "l'œil de bœuf" à l'enfant à 60 cm et le déplacer horizontalement et verticalement devant lui. Normalement l'enfant poursuit durablement cette cible en mouvement.

Si un **nystagmus** est déclenché : avis ophtalmologique. L'indifférence à la mobilité de la cible traduit une amblyopie bilatérale ou un trouble du comportement majeur justifiant un avis spécialisé sans délai.



* FICHE PRATIQUE 2 suite :

DÉPISTER



De 9 à 15 mois recherche de l'amblyopie

Occlusion alternée : recherche d'une réaction de défense à l'occlusion d'un œil.

L'occlusion alternée consiste à cacher alternativement les deux yeux. L'occlusion de l'œil amblyope est bien supportée, puisque cet œil a une mauvaise vision. En revanche, l'occlusion du "bon" œil est mal tolérée.

Signe de la toupie : on déplace un objet à droite et à gauche de l'enfant ; si l'œil gauche est amblyope, en mettant l'objet sur la gauche, l'enfant ne peut le regarder avec son œil gauche et tourne la tête, fait la toupie, pour continuer à le regarder avec son œil droit. Permet aussi de tester la motilité oculaire.

Tests stéréoscopiques (Lang 1, Lang 2, mouche, autres) :

permettent d'éliminer une amblyopie chez le jeune enfant.

Exemple : Test de Lang 1

Le test de Lang 1 est une planche comportant un nuage de points apparemment disposés au hasard. Elle doit être placée à plat devant l'enfant. Elle laisse voir des dessins en relief en cas de vision stéréoscopique normale. Ce test permet le dépistage chez de jeunes enfants qui ne nomment pas les objets, mais qui essaient de les prendre ou dont le regard les "fixe".



Après 2 ans et demi : mesure de l'acuité visuelle

Acuité visuelle de près (60 cm) :

selon le test, l'enfant désigne du doigt ou nomme l'objet qu'on lui montre sur une planche (le langage n'est pas nécessaire).

Acuité visuelle de loin (à une distance de 5 m ou de 2,50 en divisant par deux l'AV obtenue) :

selon le test, l'enfant nomme l'objet qu'on lui montre ou le désigne par appariement sur une autre planche. La mesure de l'AV est plus facile de près que de loin, car l'enfant est plus en confiance à une distance restreinte et si l'on présente les dessins isolément que sur une ligne.

Le test est expliqué à l'enfant, l'AV doit être relevée rapidement en binoculaire, puis en monoculaire. L'occlusion de l'autre œil doit être parfaite (par un pansement) afin d'éviter que l'enfant ne "triche" en regardant de biais.



Exemples de tests d'échelles d'acuité visuelle

- Test de Pigassou
- Test du Cadet
- Test de Rossano Weiss



S'il est difficile d'obtenir une mesure en consultation, on peut confier aux parents une feuille comportant les optotypes (dessins) afin de pratiquer l'exercice dans de meilleures conditions à la maison.

Après 4 ans

Tests directionnels :

- E de Snellen
- Stycar test

Tests de chiffres et de lettres :

- Test lettres du Cadet
- Echelle de Monoyer

Examen de la vision des couleurs

- Babydalton
- Ischihara

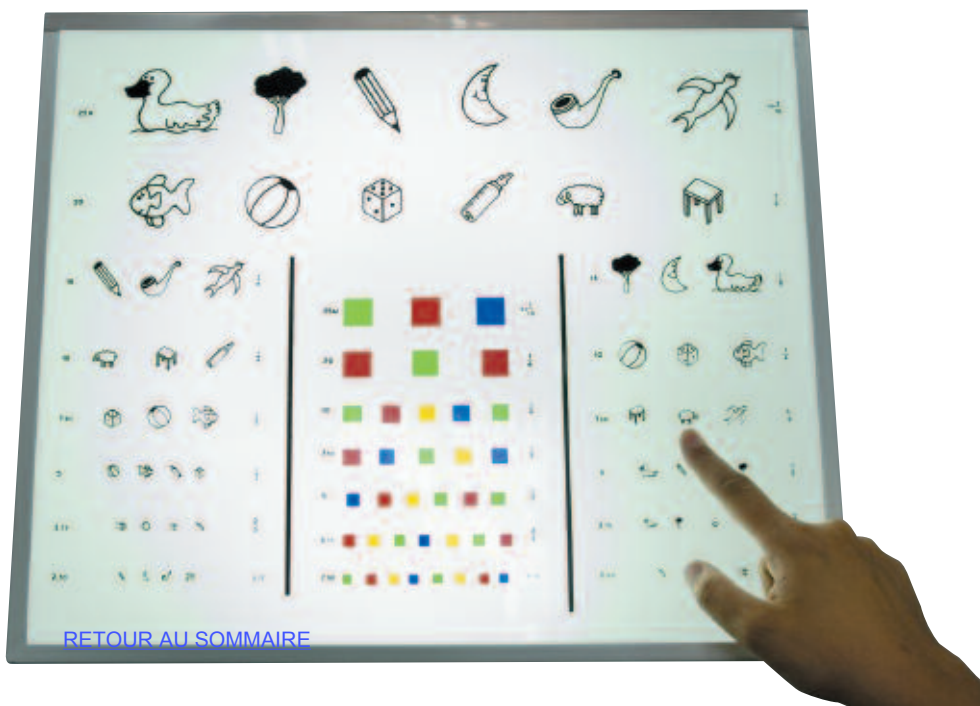


L'examen de vision des couleurs doit être réalisé au moins une fois dès le début de la scolarité, soit au cabinet du médecin, soit dans le cadre de la médecine scolaire.





* FICHE PRATIQUE 3 : DOCUMENTER, ORIENTER



[RETOUR AU SOMMAIRE](#)

Quand recourir à l'ophtalmologiste?

Âge	Examen
Dans les premières semaines	Présence d'antécédents personnels ou familiaux et/ou signes d'appel, et/ou anomalie ou doute à l'inspection, et/ou à un test de dépistage : recherche de causes organique
Age préverbal	Antécédents personnels et/ou familiaux et/ou signes d'appel, et/ou anomalie ou doute à un test de dépistage : recherche des facteurs amblyogènes et du strabisme
Age verbal	Signes d'appel et/ou anomalie à un test de dépistage et/ou impossibilité de mesurer l'acuité visuelle : diagnostic des troubles de la réfraction



EN URGENGE

- leucocorie,
- cornée trouble (glaucome),
- strabisme d'apparition brutale,
- nystagmus d'apparition récente.

Quand recourir à l'orthoptiste?

Sur prescription médicale	• Difficulté ou manque d'expérience pour la réalisation des tests de dépistage des troubles visuels • Doutes sur l'existence d'un strabisme, en l'absence d'ophtalmologiste
---------------------------	--



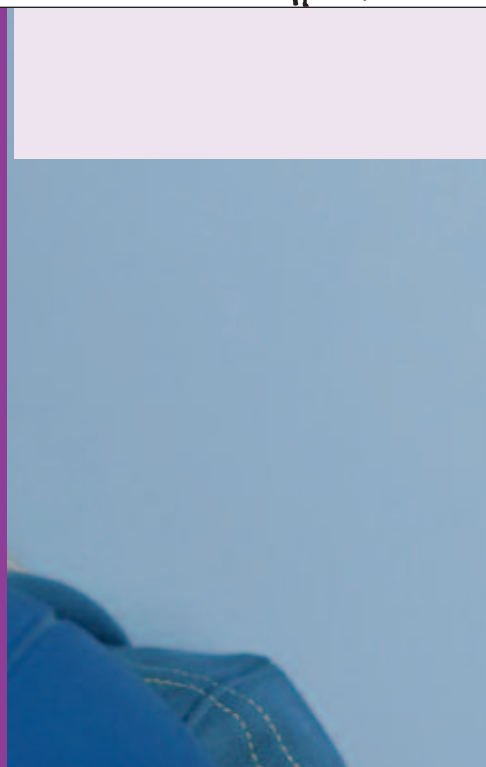
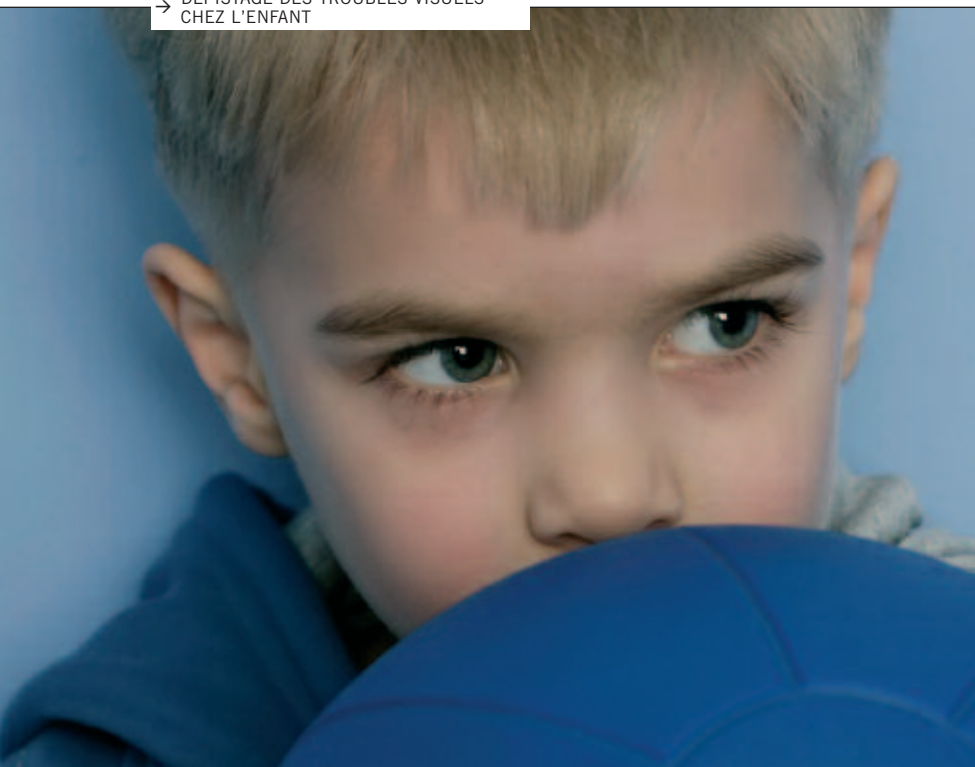
* FICHE PRATIQUE 4 : ACCOMPAGNER, SUIVRE...

L'information et l'accompagnement nécessaires des parents et de l'enfant

Dans le carnet de santé, une page de conseils aux parents intitulée "Les troubles sensoriels" incite les parents à la vigilance. Le médecin pourra s'appuyer sur ces éléments pour instaurer un dialogue avec les parents.

Après le dépistage de troubles de la vision et en dehors de situations d'urgence, il convient d'obtenir l'adhésion des parents pour un examen spécialisé et la poursuite d'un suivi régulier.





Combattre les idées reçues : certains parents pensent qu'il n'est pas bénéfique de faire porter des lunettes à un enfant, au motif que "les yeux ne travaillent pas" et "ne font plus d'efforts", ce qui va "aggraver le problème de vue". Pour combattre cette idée reçue extrêmement répandue, il est important d'expliquer aux parents et aux enfants l'intérêt de la correction visuelle par les lunettes.

En cas de strabisme : il est nécessaire d'expliquer aux parents et aux enfants que le traitement chirurgical est à visée esthétique et ne constitue pas le traitement de l'amblyopie.

Chez l'enfant atteint d'amblyopie profonde, le médecin informera les parents que l'occlusion sera difficile à supporter au début mais que, de leur motivation et de leur coopération dépendra la réussite du traitement.

Enfant malvoyant

Le médecin a un rôle à jouer dans l'accompagnement des parents d'enfants malvoyants vers les MDPH.

Les liens avec la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et la médecine scolaire

Au cours de la 4^{ème} et de la 6^{ème} année, un examen de santé est effectué à l'école par la PMI ou la médecine scolaire ; les parents sont invités à ces consultations. À l'occasion de ces examens, un repérage des troubles sensoriels est réalisé.

Le médecin traitant pourra sensibiliser la famille à l'importance de ces consultations et prendre connaissance des conclusions pour étayer ses propres observations. À cet effet, le carnet de santé est un outil de liaison primordial.

Au moindre doute, et avec l'accord des parents, le médecin peut prendre contact avec les professionnels de la PMI et de la médecine scolaire pour une prise en charge optimale.





LEXIQUE

ACUITÉ VISUELLE : faculté de distinguer les détails fins. L'acuité se mesure en dixièmes : de 1 à 10/10^e en vision de loin P14 à P2 en vision de près. Une acuité de 10/10^e P2 correspond à une vision normale. Une acuité de 10/10^e permet de distinguer des objets de 7,3 mm à 5 m et de lire de petites lettres à 33 cm. Elle ne suffit pas à assurer une bonne qualité de vision. D'autres éléments entrent en jeu dans la performance visuelle : champ visuel, sensibilité au contraste, vision des couleurs.

AMBLYOPIE : mauvaise acuité visuelle par non-usage de l'œil, soit à cause d'un strabisme, ou d'un défaut visuel passé inaperçu dans l'enfance (myopie, astigmatisme, hypermétropie) soit à cause d'une pathologie organique. Il n'est pas possible d'améliorer l'acuité visuelle par un verre correcteur. Le traitement par rééducation (généralement occlusion de l'œil sain) n'est possible que jusque vers l'âge de 7-8 ans. Au-delà, l'amblyopie est irréversible.

AMÉTROPIE : ce mot caractérise tous les défauts de la vision empêchant la formation d'une image nette sur la rétine : myopie, hypermétropie et astigmatisme.

ANISOMÉTROPIE : différence de réfraction entre les deux yeux.

ASTIGMATISME : irrégularité de courbure de la surface oculaire, entraînant une déformation des images (vision floue, confusion de lettres, fatigue visuelle).

BUPHTALMIE : œil augmenté de taille en cas de glaucome congénital.

CATARACTE : opacification du cristallin. Se manifeste par une leucocorie. Entraîne une baisse de l'acuité visuelle.

COLOBOME : malformation responsable d'une "fente" pouvant intéresser la paupière, l'iris (pupille en trou de serrure), la rétine, le nerf optique.

CYCLOPLÉGIE : paralysie médicamenteuse (atropine, cyclopentolate) de l'accommodation (mécanisme de mise au point), permettant de mesurer la réfraction de l'œil.

DIPLOPIE : vision dédoublée d'un objet.

DYSCHROMATOPSIE : anomalie de la vision des couleurs.

EPICANTHUS : base du nez large avec un repli cutané, pouvant donner une fausse impression de strabisme.

GLAUCOME : augmentation de la pression dans l'œil. Chez le nourrisson, il entraîne une distension du globe (buphtalmie) avec photophobie, larmoiement clair et cornée trouble.

HYPERMÉTROPIE : œil trop court, obligeant à accommoder pour avoir une image nette sur la rétine. Peut entraîner des céphalées, fatigue à la lecture, strabisme, amblyopie. Une hypermétropie modérée asymptomatique est physiologique dans les premières années de la vie.

LEUCOCORIE : reflet blanc dans la pupille. Correspond généralement à une pathologie organique sévère (rétinoblastome, cataracte, décollement de rétine...).

MICROPHTALMIE : œil de taille inférieure à la normale. Peut être uni ou bilatérale, modérée ou sévère, isolée ou associée à d'autres malformations oculaires et/ou générales.

MYOPIE : œil trop long, l'image d'un objet éloigné ne se forme donc pas sur la rétine mais en avant de celle-ci et la vision est floue de loin. La myopie apparaît généralement à l'école primaire, ou plus tard à la fin de l'adolescence, et peut s'aggraver jusque vers 25 ans.

NYSTAGMUS : mouvements saccadés des yeux, le plus souvent horizontaux, parfois verticaux ou rotatoires. Les yeux bougent lentement dans un sens, à l'horizontale, puis rapidement dans le sens contraire. Le nystagmus peut être congénital ou acquis. Il peut être la cause ou la conséquence d'une mauvaise vision.

OPTOTYPE : dessin, chiffre ou lettre permettant de mesurer l'acuité visuelle.

REFRACTION : mesure de l'état optique de l'œil : normal, myope, hypermétrope, astigmat.

RÉTINOBLASTOME : tumeur maligne de la rétine du jeune enfant.

STRABISME : anomalie de la vision binoculaire caractérisée par la déviation des axes visuels. Peut être la cause ou la conséquence d'une amblyopie.



MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH) :

Guichet unique d'accueil, d'information et de conseil des personnes handicapées et de leur famille. La MDPH est gérée par le Conseil général, l'État, les organismes de protection sociale et les associations. Elle a en charge, au-delà de ces missions d'information, l'évaluation des besoins des personnes handicapées et l'application de leurs droits. Chaque personne handicapée ou sa famille peut saisir la MDPH pour demander la mise en place d'un plan personnalisé de compensation du handicap comprenant notamment les aides individuelles à domicile, l'hébergement, l'adaptation du logement, l'orientation professionnelle et, pour les enfants, la scolarisation.