ARIBa
Association Représentative des Initiatives en Basse vision

le BULLETIN

N°18
mai 2007

Éditorial

Le congrès de Lyon des 26 et 27 novembre 2006, parfaitement orchestré par François Vital-Durand, a remporté un vif succès. Cette réussite est due bien sûr à l'organisation logistique, mais aussi à la diversité et à l'excellent niveau des communications tant sur le plan clinique que sur le plan scientifique. Il a permis de réunir à nouveau les professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes handicapées visuelles.

La prise en compte du handicap a été largement modifiée, dans les textes, par la nouvelle loi du 11 février 2005. L'article 2 de cette loi stipule que « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant ».

Cette politique volontariste concrétise des principes forts : l'accessibilité généralisée pour tous les domaines de la vie sociale, le droit à compensation des conséquences du handicap, la participation et la proximité, mises en œuvre par la création des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), lieu unique destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées. Celle-ci exerce une mission d'accueil, d'information, de conseils et d'accompagnement des personnes handicapées et de leur famille ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

D'autre part, cette loi indique que la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. Ce droit à la compensation vise à permettre à la personne handicapée de faire face aux conséquences de son handicap dans sa vie quotidienne en prenant en compte ses besoins, ses attentes et son projet de vie. Il comprend l'ensemble des moyens mis en oeuvre pour répondre aux besoins spécifiques des personnes handicapées : accueil de la petite enfance et scolarité, enseignement et éducation, insertion professionnelle, aménagements à domicile ou au

Suite éditorial p. 2

Sommaire

- **2** Stratégies de santé publique et malvoyance
  Chr. Corbé
- **3** Les avancées de la Loi du 11 février 2005 Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
  M-F Callu
- **5** Lentilles chez l'enfant
  S. Berthémy-Pellet
- **7** Voir pour se déplacer : Exemples et réflexions sur un travail pluridisciplinaire
  F. Macaes
- **11** Approche neuropsychologique de la dyslexie développementale.
  V. Herbillon

Conseil d'Administration ARIBa

BUREAU

Bernard Arnaud
Président

Christian Corbé
Président d'honneur

Georges Challe
François Vital-Durand
Christine Aktouche
Vice-Présidents

Béatrice Le Bail
Secrétaire

Marie-Cécile Geeraert
Secrétaire Adjointe

Hugues Paulet
Trésorier

MEMBRES

Michel Algan
Vincent Brouard
Yves-Salomon Cohen
Catherine Dauxerre
Bruno Delhoste
Gérard Dupeyron
Daniel Dupleix
Roger Génicot
Françoise Gerin-Roig
Dominique Martin
Laurence Orveillon-Prigent
Marie-Odile Pataut-Renard

Nos remerciements à IPSEN et ESSILOR pour leur aide dans la réalisation de ce bulletin.

IPSEN Innovation for patient care
ESSILOR

Directeur de la Publication :
Jean Mergier

12 chemin du Belvédère - 30900 Nîmes
Tél. 04 66 68 00 30 - Fax 04 66 68 00 31
mél : ariba.30@wanadoo.fr
www.ariba-vision.org
ARIBa

travail, accueil en établissements spécialisés ou accompagnement par des services, accès à des groupes d'entraide mutuelle, moyens et prestations accompagnant la mise en œuvre de la protection juridique.

La loi crée donc un droit personnalisé à la compensation. Le handicap doit être réalisé par des équipes pluridisciplinaires dans le cadre d'un véritable dialogue autour du projet de vie. Nous devons donc œuvrer, au sein de nos équipes ou à titre individuel, en partenariat avec ces nouvelles structures, pour que, ensemble, nous fassions que le handicap ne soit plus un obstacle à la connaissance, au travail ou plus simplement à une vie sociale.

Nous aurons l'occasion, grâce aux rencontres ARIBa, de faire le point sur l'application concrète et quotidienne de cette loi auprès des déficients visuels et sur vos implications locales. Je vous invite à partager vos expériences lors de la prochaine rencontre dédiée au Handicap et à la Basse Vision qui aura lieu au Palais du Grand Large de Saint-Malo le 12 octobre 2007 à l'occasion de la 9e journée scientifique organisée par L'ARIBa.

Kenavo

Laurence Orveillon-Prigent

Stratégies de santé publique et malvoyance

Pr Christian Corbé

Institution Nationale des Invalides, Paris

Contexte et enjeux

Les progrès réalisés dans le domaine des neurosciences montrent que l'être humain n'existe que par le fonctionnement de son cerveau. Ce dernier, situé à l'intérieur du corps, ne possède aucune source d'information propre pour se représenter l'espace environnant. Pour ce faire, il analyse et interprète des informations fournies par des capteurs sensoriels, dont 80 % sont visuelles. Il apparaît alors évident qu'un bon fonctionnement visuel est nécessaire pour mener une vie active, garder l'autonomie, communiquer et interagir avec son environnement, quels que soient les problèmes de santé pouvant coexister.

Les statistiques évaluant les déficits sensoriels font état d'un nombre de plus en plus important de déficients visuels, présentant de ce fait des difficultés neuro-cérébro-cognitives. En France métropolitaine, selon l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), environ un million de personnes seraient aveugles ou malvoyantes avec une incapacité visuelle en vision de loin (difficulté ou incapacité à reconnaître un visage à 4 mètres) ou de près (difficulté ou incapacité à lire, écrire ou dessiner). De surcroît, la déficience visuelle survient très fréquemment en association avec d'autres problèmes de santé, leurs effets se cumulant de façon complexe. Enfin, les observations effectuées chez les patients âgés d'une part et chez les jeunes cérébro-lésés d'autre part ont mis en évidence que la prise en charge de ces typologies cliniques ne trouve son efficacité que si le facteur sensoriel, en particulier visuel, est traité.

Dans ce contexte, l'évaluation des besoins de prise en charge du handicap visuel représente un enjeu important pour la communauté. La réadaptation visuelle s'est en effet développée progressivement depuis plusieurs années et différentes modalités de prise en charge coexistent. Mais elles n'ont pas, pour l'instant, fait l'objet d'une évaluation globale.

Par ailleurs, une réflexion prospective sur l'anticipation des besoins dans ce domaine est rendue nécessaire par l'accroissement prévisible des problèmes de déficience visuelle. En effet, celle-ci affecte majoritairement une population âgée dont l'importance numérique va augmenter dans les prochaines années.

La déficience visuelle peut cependant affecter toutes les étapes de la vie et induit pour chacune des problèmes spécifiques. Ainsi, elle survient relativement rarement chez l'enfant, mais elle retentit alors sur l'ensemble du développement psychomoteur, intellectuel et affectif et pose le problème de l'éducation. Chez l'adulte jeune, elle se manifeste souvent de façon aiguë et les enjeux sont encore différents.

Le besoin de connaissance épidémiologique sur la déficience visuelle intéresse également d'autres champs de la santé, et notamment la gestion des risques professionnels et les politiques de sécurité routière.

Enfin, la création d'un observatoire de la déficience visuelle constituerait une démarche unique en Europe, et au niveau international dans la problématique évoquée au début.

Objectif

L'observatoire national de la déficience visuelle permettrait de rassembler, d'analyser et de partager les données disponibles sur l'épidémiologie, le recours aux soins et les ressources pour la réadaptation visuelle tout en identifiant les lacunes. Il pourrait ainsi contribuer à apprécier les spécificités de la déficience visuelle dans la problématique plus large du handicap et constituer un trait d'union entre le champ de la santé publique et les spécialistes de la vision.

Le premier objectif opérationnel envisagé est la réalisation d'un tableau de bord national sur la déficience visuelle. Ce tableau de bord est destiné à mettre en place, au moyen d'une série d'indicateurs, un outil de suivi, de comparaison et de prévisions à la disposition des acteurs et des porteurs de projets concernés par la déficience visuelle. Ces indicateurs concerneront l'épidémiologie, le retentissement fonctionnel et psycho-social, le recours aux soins et notamment aux soins de réadaptation et l'usage des aides technique. Sa diffusion doit être la plus large possible.

Les avancées de la Loi du 11 février 2005 *Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*

Marie-France Callu

Maître de conférences - IFROSS - Faculté de Droit - Université Jean Moulin, Lyon 3

La loi n° 2005-102, relative aux personnes handicapées, est un véritable monument juridique : elle comporte une centaine de pages, elle a été signée par plus de vingt ministres et, à l'heure actuelle, elle a fait l'objet d'une cinquantaine de décrets et d'arrêtés.

Avant de souligner les lignes de force de ce texte, il convient, pour mieux le comprendre, de le replacer dans son contexte législatif.

Cette loi de 2005 réforme une loi vieille de 30 ans puisque la précédente loi en faveur des personnes handicapées datait du 30 juin 1975 (loi n° 75-534). Or, ce même 30 juin 1975, une autre loi (n° 75-535) organisait tout le secteur social et médico-social et ce texte n'a été fondamentalement réformé qu'en 2002 (loi n°2002-2 du 2 janvier 2002). Ce qui est frappant, c'est que, en dehors d'ajouts et de toilettages, ces deux textes fondamentaux et complémentaires ont dû attendre à peu près le même délai pour faire l'objet d'une réforme profonde.

Un autre point est à noter. Ces deux textes s'inscrivent dans un mouvement beaucoup plus vaste puisqu'il concerne aussi tout le secteur sanitaire (loi 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, loi 2004-806, du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique), ainsi que son versant bioéthique (loi n° 2004-800 du 6 août 2004).

En l'espace de trois ans, c'est l'ensemble des secteurs sanitaire, social et médico-social qui a fait l'objet de nouvelles normes, afin de rattraper le retard et le déphasage entre les textes existants, les décisions des tribunaux qui tentaient d'adapter ces textes aux situations nouvelles et les clarifications demandées par les acteurs.

C'est en ayant à l'esprit cet ensemble cohérent que la loi du 11 février 2005 doit être lue. Elle est l'un des éléments essentiels d'une démarche législative globale dont le fil conducteur est le respect de la personne en situation de vulnérabilité, quelle qu'en soit la cause (maladie, handicap, vieillesse, fin de vie...) et quel que soit son âge. C'est pourquoi trois points méritent d'être soulignés dans ce texte sur les personnes handicapées : la conception même du handicap, l'accès aux droits et aux chances, ainsi que la réforme des institutions qui interviennent dans ce secteur.

La nouvelle conception du handicap

Aucune définition légale du handicap n'était mentionnée dans les textes précédents. Dans son article 1, il était mentionné : « *La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale.* »

Dans son livre sur le vocabulaire juridique [1], Gérard Cornu énonce que l'adjectif handicapé se dit d'une personne diminuée dans ses facultés mentales ou corporelles. Il renvoie aux termes infirme, invalide, incapable utilisés dans d'autres codes.

La loi 12 février 2005 consacre un article à cette description :

Art. L. 114 du Code de l'action sociale et des familles « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

Plusieurs points sont à relever à propos de cet article.

- Dans la loi de 2005, toute la définition s'articule autour du terme de personne. Le handicapé est d'abord une

F. Vital-Durand

S. Portalier

B. Arnaud

6e congrès ARIBa

personne, aux sens humain et juridique de ce terme alors qu'en 1975 le point de départ était le handicap. L'approche est totalement inversée. Le texte concerne des êtres humains, membres égalitaires d'un groupe social, saisis dans l'une de leur particularité. En cela, la loi de 2005 rentre dans le schéma général du droit. À titre d'exemple, d'autres textes s'intéresseront à d'autres particularités des membres de ce même groupe social (les parents pour l'attribution d'allocations de rentrée scolaires, les propriétaires immobiliers pour certaines impositions fiscales, ...). - C'est l'application traditionnelle de la justice distributive.

Au cours des débats parlementaires, il avait été envisagé d'introduire l'expression personne en situation de handicap. Cette terminologie n'a pas été retenue car elle a semblé à la fois illogique (tout handicap est une situation vécue) et tendancieuse (pour certains, cette expression semblait imposer l'idée que c'est la société qui crée le handicap) [2].

- Enfin, la définition du nouvel article 114 introduit la notion de handicap psychique, très mal connue jusque-là et dont la reconnaissance était demandée depuis longtemps par des associations accompagnant les personnes atteintes de ces troubles [3]. Le handicap psychique est une notion très délicate à saisir dans la mesure où il peut s'agir de la conséquence d'une maladie psychique stabilisée ou d'un vécu social déstabilisant. La personne atteinte de ce handicap a conservé toutes ses capacités, mais ne peut plus s'en servir de manière performante et régulière dans la mesure où son comportement devient imprévisible et varie à tout moment. De plus, ce handicap peut-être accompagné d'autres formes de handicap. Enfin, cette altération, déniée par l'intéressé, marginalise totalement celui qui vit cette situation de profonde souffrance et rend très délicat son accompagnement dans la réadaptation à la vie sociale, dans la recherche d'un logement adapté et d'un travail rémunéré. C'est une avancée remarquable de la loi que d'avoir su prendre en compte cette forme de handicap.

L'accès aux droits et aux chances

Le nouvel article 114-1 du Code de l'action sociale et des familles prévoit que :

« *Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté.* »

« *L'État est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions.* » ;

Comme pour toute formule de ce type, deux lectures peuvent en être faites. La première, intéressante, mais purement symbolique. La personne handicapée, en tant que membre à part entière du groupe social, peut prétendre aux mêmes droits et chances que tous les autres. C'est une lecture de principe.

La seconde approche met en miroir cette affirmation avec le reste du texte qui en tire les conséquences pratiques. C'est l'autre versant particulièrement intéressant de ce texte.

L'idée est de permettre à la personne, en fonction de son état, d'atteindre au maximum d'autonomie et de trouver les aides lui permettant de compenser son handicap

La loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 avait déjà instauré la notion de droit à compensation :

« *La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie, et à la garantie d'un minimum de ressources lui permettant de couvrir la totalité des besoins essentiels de la vie courante.* »

La loi de 2005 reprend cette idée à travers la prestation de compensation, mais elle aborde aussi, de manière très détaillée, tous les aspects de la vie quotidienne afin de donner aux personnes intéressées les moyens techniques de compenser leur handicap. C'est ainsi que sont abordés, par exemple, l'accès à l'éducation ou à l'emploi, les problèmes liés à l'accessibilité (transports, bâtiments, loisirs, bureaux de vote, permis de conduire,...) et le droit à un logement adapté.

De la même manière, les questions liées à la prévention ou au dépistage des handicaps sont abordées dans ce texte.

Les institutions

La loi du 11 février 2005 tente de simplifier et d'organiser les actions destinées aux personnes handicapées à partir de deux institutions : la CNSA et les maisons départementales des personnes handicapées.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) avait été créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004. Son statut a été précisé dans la loi du 11 février 2005 qui renforce son rôle en déclinant sa mission, tant nationale qu'internationale, en neuf points. C'est l'organe unificateur des actions en direction des personnes handicapées.

Pour répondre aux situations éminemment différentes que peut recouvrir le handicap, de multiples allocations, prises en charge ou services existent. Afin d'éviter aux personnes intéressées d'avoir à se débrouiller dans ce dédale social, la loi du 11 février 2005 a créé les Maisons départementales des personnes handicapées, guichet unique décentralisé.

« *Art. L. 146-3. - Afin d'offrir un accès unique aux droits et prestations mentionnés aux articles L. 241-3, L. 241-3-1 et L. 245-1 à L. 245-11 du présent code et aux articles L. 412-8-3, L. 432-9, L. 541-1, L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale, à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services ainsi que de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leur famille, il est créé dans chaque département une maison départementale des personnes handicapées.*

« *La maison départementale des personnes handicapées exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Elle met en place et organise le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. l46-8 de la commission des droits et de l'autonomie des personnes*

handicapées prévue à l'article L. 146-9, de la procédure de conciliation interne prévue à l'article L. 146-10 et désigne la personne référente mentionnée à l'article L. 146-13. La maison départementale des personnes handicapées assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir. Elle met en œuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap. »

Cette simplification était demandée depuis longtemps et sera d'une aide considérable. Tous les départements disposent déjà de cette structure [4].

Conclusion

En conclusion, nous voudrions insister sur deux idées.

Une loi nouvelle est toujours un événement, car ce texte va « *normer* » l'ensemble d'un secteur. Le but premier de toute loi est de définir des périmètres d'actions permettant aux intéressés d'agir librement, tout en protégeant les plus vulnérables ou les personnes qui ne se trouvent pas dans le périmètre concerné. En cela, la loi du 11 février 2005 répond parfaitement à cette finalité. Ensuite vient sa mise en place et l'octroi des moyens pour la rendre effective. Pour juger de la concrétisation des droits énoncés par la loi du 11 février 2005, il faudra encore quelques temps et le déploiement de beaucoup d'énergies et de ténacité. La loi permet. Encore faut-il que les actions suivent...

Les termes utilisés en droit ne sont jamais neutres. Les droits de la personne handicapée auraient pu être rattachés aux droits de l'homme, c'est-à-dire aux droits inhérents à l'être humain en général. Le texte du 11 février 2005 se réfère à la citoyenneté c'est-à-dire à la personne en tant qu'acteur réel d'un système. Cette formulation est infiniment plus forte puisqu'elle s'adresse à la personne handicapée non comme à un être simplement assisté par la collectivité, mais comme à un citoyen actif dont la collectivité a réellement besoin. C'est un changement radical dans l'approche législative qui correspond, espérons-le, à une évolution des comportements dans notre société.

Bibliographie

- 1- Cornu G. Vocabulaire juridique, 1re éd. PUF, Paris,1987.
- 2- Milano S. La loi du 11 février 2005: pourquoi avoir réformé la loi de 1975, RDSS, 2005, n° 3, p.362
- 3- Comme, par exemple, l'association Messidor à Lyon
- 4- La liste de ces maisons peut être trouvée sur: http://www.accueil-temporaire.com/

Lentilles chez l'enfant

Sylvie Berthémy-Pellet

Grenoble

Introduction

Auparavant, les lentilles avaient une mauvaise réputation.

Nous disposions de lentilles peu perméables à l'oxygène: PMMA en rigides et HEMA en souples. De plus, le remplacement annuel ou même bi-annuel, favorisait les dépôts protéiques donc les risques d'allergies.

Ceci générait toutes sortes de complications que l'on avait du mal à envisager pour un œil d'enfant en pleine croissance.

Puis sont apparus les hauts Dk.

Dans les années 1980, des lentilles de Dk aux alentours de 80 unités ISO, permettant le port prolongé, ont été mises sur le marché, tout de suite exploitées pour l'équipement du senior aphake. Dans les années 1990, elles ont été utilisées chez l'enfant aphake avec le succès que l'on connaît.

L'apparition des lentilles silicone-hydrogel a permis d'équiper les enfants intolérants aux lentilles rigides.

La lentille « Kleenex® »

Dans l'ambiance de l'époque, de grande consommation et d'objets à durée limitée, la notion de renouvellement fréquent a vu le jour.

Les lentilles hydrophiles n'avaient plus le temps de s'encrasser et l'on a vu diminuer le nombre des allergies qui leur étaient liées. On a donc équipé les adolescents de plus en plus jeunes pensant que l'on diminuait les risques infectieux et immunitaires.

Le port permanent

Les matériaux de plus en plus sophistiqués, permettant de

riches échanges gazeux, gagnant en mouillabilité, en confort, en qualité de surface limitant les dépôts, ont permis d'envisager le port permanent sans risque anoxique, essentiel chez le petit nourrisson ou l'enfant un peu plus grand.

Le design

Les nouvelles géométries tenant compte de la topographie cornéenne, le dessin des bords, ont facilité la clairance des larmes sous lentille, donc l'élimination plus facile des débris cellulaires. D'autre part, elles ont gagné en stabilité ce qui a amélioré leur confort.

Tout ceci a permis de combler le fossé qui existait entre l'équipement du nourrisson aphake et du grand adolescent en recherche de personnalité, intolérant aux lunettes de correction, fussent-elles teintées.

Pourquoi ?

Pour aider son œil

Chez les enfants de moins de 3 ans, l'équipement en lentilles de contact répond à des besoins médicaux, au premier rang desquels se trouve la cataracte congénitale ou, plus rarement, secondaire à une plaie cornéenne.

Après cet âge, les indications sont plus nombreuses et les motivations plus larges, nous les détaillerons plus loin.

Chez le nourrisson, le développement et l'élargissement du champ visuel permet le développement subséquent des correspondances rétiniennes et facilite la fixation maculaire.

Les lentilles de contact, chez l'enfant aphake, augmentent le champ visuel, ce qui va favoriser le développement sensoriel et moteur.

Pour les fortes amétropies, elles redonnent aux images rétiniennes une taille plus « physiologique ». En réduisant les aberrations optiques des bords de verres, elles diminuent le risque de survenue des amblyopies uni- ou bilatérales. En outre, elles ont un avantage pratique et esthétique non négligeable quel que soit l'âge.

Dans les anisométropies, créatrices d'amblyopie de privation par défocalisation de l'image rétinienne, elles sont essentielles dans la réduction de l'aniséiconie.

Et si les lentilles rigides diminuaient l'évolution de la myopie ?

Pour aider son ego

Et pourquoi pas ?

Pour qui ?

De la naissance aux alentours de 3 ans.

Il n'y a qu'une vraie indication : la cataracte.

Si elle est unilatérale, en l'absence d'implantation, il n'y a aucun état d'âme à avoir : l'équipement est obligatoire.

Si elle est bilatérale, mon expérience tend à équiper ces enfants dont l'évolution visuelle en terme d'acuité et de vision binoculaire, incluant le nystagmus, est spectaculaire en comparaison des résultats obtenus avec des lunettes.

Si la cataracte est secondaire à une plaie cornéenne, l'adaptation est à peine plus compliquée.

De façon plus anecdotique, on peut être amené à voir des cataractes par ectopie cristallinienne, microsphérophakie ou post-inflammatoire du segment antérieur.

Après 3 ans

Les indications restent thérapeutiques :

- Aphakies tardives, secondaires, plaies de cornée.
- Dystrophies cornéennes, lentilles pansements lors d'abrasion cornéennes, de plaies non perforantes ou d'ulcères traumatiques.
- Conjonctivite saisonnière ou giganto-papillaire où l'on fera appel momentanément à des lentilles jetables journalières.

On peut équiper pour des raisons réfractives :

- Fortes amétropies telle que la myopie forte aux alentours de 8 dioptries.
- Hypermétropie forte avec ou sans strabisme. Rappelons que le strabisme est l'un des rares cas pris en charge par la sécurité sociale. Les lentilles libèrent le spasme accommodatif et révèlent les sous-corrections fréquentes malgré l'usage de skiascopies sous cycloplégiques. Elles diminuent l'effort accommodatif en vision de près. Enfin, l'augmentation de la qualité de l'image favorise les correspondances rétiniennes.
- Anisométropies amblyogènes :
  - Myopie ou hypermétropie supérieure à 3 dioptries, amblyogène.
  - Astigmatisme unilatéral congénital ou secondaire à une atteinte cornéenne.
  - Kératocône débutant : Javal essentiel et topographie en cas de doute.
- Nystagmus : les lentilles favorisant les correspondances rétiniennes permettent un blocage partiel de celui-ci et un gain visuel de 1 à 2 points.

Après 6 ans

Enfin, après 6 ans, on peut envisager des raisons pratiques ou pourquoi pas, esthétiques.

- Il s'agit de jeunes enfants pour lesquels le port de lunettes rend difficile la pratique du sport du moment.
- Ou de forts amétropes complexés, voire gênés, par le port de lunettes aux effets optiques que l'on connaît bien.
- Les enfants qui refusent de porter leur correction ce qui fait resurgir une amblyopie durement et longuement rééduquée, ou qui récidivent un strabisme. Ils peuvent aussi manifester des troubles de l'humeur ou présenter des céphalées par résurgence d'une phorie.

Comment ?

Trois impératifs :

- Développer la vision,
- Respecter l'œil,
- Préserver son avenir.

Chez le nourrisson aphake

Le port permanent est une nécessité :

- Il évite la sensation d'intrusion régulière de l'adulte sur un élément essentiel de son corps, son œil, par où passe une bonne partie de sa relation au monde.
- Il permet à l'enfant qui s'éveille seul dans son lit de voir son entourage immédiat dans de bonnes conditions sans attendre qu'on lui pose lunettes ou lentilles.
- Bien qu'il ne verbalise pas, il comprend bien vite où est son intérêt !

Sans état d'âme, la réponse est : lentille rigide perméable aux gaz. Ses avantages sont, rappelons le :

- La qualité optique qui est la première nécessité de l'équipement à cet âge.
- La diminution du risque infectieux, grâce aux passages des larmes sous la lentille et l'élimination des déchets de toute sorte.
- Leur haute perméabilité à l'oxygène qui rend le port prolongé plus sûr.
- Leur gamme qui couvre actuellement toutes les amétropies, même les forts astigmatismes avec les lentilles toriques.

On utilise des lentilles dont on connaît bien la géométrie et dont les Dk/e sont les plus importants.

La lentille souple hydrophile ne doit être utilisée qu'en cas d'échec de la première ou en cas de non obtention de mesures cornéennes précises. Le problème est le risque infectieux grave en cas de port permanent, or l'enfant dort beaucoup à cet âge, et la déshydratation, car l'enfant cligne peu.

Chez le jeune enfant

La LRPO reste la lentille de première intention :

- Fortes amétropies, qui de par l'épaisseur de la lentille, réduisent la perméabilité à l'oxygène ;
- Astigmatismes cornéens ;
- Anisométropies ;
- Strabismes, souvent associés à une forte hypermétropie.

La lentille souple silicone-hydrogel de renouvellement fréquent ou la lentille souple journalière, s'adresse aux échecs de la lentille rigide. Les gammes restent encore limitées.

La lentille silicone hydrogel torique convient aux astigmatismes internes, mixtes ou mal corrigés par les LRPO.

La lentille souple journalière trouve son terrain dans les sports nautiques ou en milieu poussiéreux et pour passer le handicap d'une conjonctivite papillaire.

Il y aura vraisemblablement bientôt des lentilles silicone hydrogel journalières...

Conclusions

Il y a trois parties prenantes au cours de l'équipement : le médecin, l'enfant, le parent. L'acte médical doit être audible, lisible et bien compris.

Ensuite, le partenariat est multiple et interdépendant : opticien, orthoptiste, médecin traitant (Pédiatre souvent), personnel de crèche ou enseignants. Tous doivent être informés que l'enfant dont ils s'occupent, porte des lentilles et par ce fait peut avoir besoin de les manipuler (piscine, œil rouge, larmoyant, etc.).

Le suivi doit être soutenu et rigoureux.

L'entretien parfaitement expliqué et exigé de l'enfant et des parents.

Toute survenue d'effets indésirables doit faire l'objet d'une consultation ou d'un appel téléphonique au médecin. Le retrait immédiat s'impose jusqu'à l'obtention de l'avis de ce dernier.

Il s'agit d'un acte médical strict. Bien conduit, il donne de nombreuses satisfactions dont celle d'avoir contribué au développement harmonieux de l'enfant.

De plus en plus d'enfants bénéficient de la contactologie dès leur plus jeune âge : à nous d'en assurer la pérennité.

Voir pour se déplacer : Exemples et réflexions sur un travail pluridisciplinaire

Fanny Macaes
ARAMAV - Nîmes

Dans le cadre de cet atelier qui a pour titre « l'implication de l'orthoptiste », je souhaiterais que nous puissions échanger de façon très concrète sur la complémentarité de nos pratiques professionnelles. Je me propose donc :

- De vous faire partager rapidement ma conception théorique du rôle et de la place de l'instructeur de locomotion au sein d'une équipe pluridisciplinaire basse vision ;
- De prendre quelques exemples « standard » de notre intervention ;
- D'ouvrir la réflexion sur les opportunités et les difficultés que nous avons pour mener à bien ce travail commun.

Suite de l'article p. 10

Intérieur jour
Extérieur nuit

Pré-voir c'est aussi prévenir, *car il faut pouvoir* **VOIR** *ce qu'on a peine à imaginer, pour agir* **avant** *en conséquence :* ***bien se faire suivre, bien suivre son traitement, mieux anticiper les problèmes à venir...***

Les pathologies oculaires ont la particularité d'évoluer souvent sur le long terme. Cette évolution est marquée par une atteinte de l'acuité et du champ visuel, mais également des contrastes et des couleurs, aussi bien en vision de jour qu'en vision de nuit, où l'atteinte est parfois plus précocement sensible. Expliquer toutes ces évolutions n'est pas toujours simple, une petite animation vaut parfois mieux qu'un long discours.

Les modifications de la vision subjective sont souvent difficiles à imaginer pour des patients ou leur famille, car bien que tout un chacun s'en serve tous les jours, les différentes fonctionnalités de la vision, et leur altération reste méconnue du grand public. Même le patient n'a pas toujours conscience de certains troubles de la vision, comme l'atteinte du champ visuel ou la modification de la vision des couleurs.

L'évolution de la vision est également difficile à concevoir. Et pourtant, l'évolution potentielle d'une pathologie et ses conséquences est également une question (posée ou non). Y répondre peut faire prendre conscience au patient, et à son entourage, de l'intérêt du suivi ou du traitement quand il existe, et de se préparer aux conséquences possibles.

LE CHAMP DE LA VISION

Les patients ne conçoivent souvent la vision qu'en terme de tout ou rien, aveugle ou bien voyant, et, pour les porteurs de lunettes, flou ou net. La notion de champ visuel reste largement ignorée ainsi que la notion de la surface très limitée de la zone nette de la vision, disponible sur seulement un degré au centre de la vision. Seule est ressentie l'impression d'une plus ou moins bonne acuité visuelle sur tout le champ visuel ; La plupart des sujets ne perçoivent pas que la vision centrale n'est nette que sur un très petit champ et tout l'intérêt du champ visuel périphérique est largement ignoré.

VOIR ET CONCEVOIR

Un élément ne peut apparaître sur nos simulations : c'est l'absence de « trou noir » conscient dans la vision, tout ce qui n'est pas vu est en réalité le plus souvent ignoré. Il ne s'agit pas là d'un comportement anormal, car par exemple personne n'a conscience de la tache aveugle, et il est arrivé à tout le monde d'être surpris par une voiture sortant de « l'angle mort » ou par un piéton caché par un montant du pare-brise.

Paradoxalement montrer des scotomes, c'est montrer l'invisible.

ÉVOLUTION DE LA VUE

Dans ces conditions il est important de faire prendre conscience au patient de l'évolution possible de sa vision de manière parfois insidieuse : perte du champ visuel, perte progressive du contraste…

De plus en plus de patients conduisent à tout âge de la vie, et en particulier chez les moins jeunes. Il peut également être intéressant de montrer aux patients combien la vision de nuit – naturellement aux limites des possibilités de l'œil humain normal – se dégrade dès les premiers stades d'une pathologie oculaire. Dans la mesure où la qualité de notre vue la nuit est de plus en plus utilisée et nécessaire à la sécurité de la conduite la nuit, mais aussi dans les tunnels et parkings souterrains qui se multiplient dans les agglomérations.

Dr Jean Mergier

Nous remercions le laboratoire Ipsen qui s'est associé à ce projet et a réalisé les documents animés qui permettent de visualiser la progression de la vision dans quatre pathologies que nous avons sélectionné pour leur aspect caractéristique : La DMLA, la cataracte, le glaucome et la rétinite pigmentaire. Nous avons voulu montrer cette évolution non pas dans des situations artificielles, mais dans des situations concrètes de la vie de tous les jours, c'est pourquoi nous avons imaginé ces petits films en « INTÉRIEUR JOUR » et « EXTÉRIEUR NUIT », deux conditions de vision à la fois habituelles et difficiles.

L'utilisation de la technique de l'image lenticulaire a permis de réaliser ces courtes animations : vous trouverez dans ce numéro la première de ces quatre animations. Nous espérons qu'elles vous seront utiles dans votre pratique quotidienne.

tanakan 40 mg

Extrait de Ginkgo biloba standardisé - EGb 761®

Tanakan : Extrait de Ginkgo biloba standardisé (EGb 761®). Formes et Présentations : Cp à 40 mg : boîte de 30 ou 90. Composition : Cp : Extrait de Ginkgo biloba standardisé (EGb 761®) titré à 24 % d'hétérosides de Ginkgo et à 6 % de Ginkgolides-bilobalide : p. unité/0,04 g, p. boîte/1,2 g (boîte de 30), 3,6 g (boîte de 90). Posologie et Mode d'Administration : Voie orale. 40 mg d'extrait pur = 1 cp. Remboursement Séc. Soc. à 35 % - Coll. Cp : 3 cp par jour, à prendre au moment des repas. CTJ : 0,60 € (boîte de 30, AMM 329 904.0, prix 6,00 €), 0,58 € (boîte de 90, AMM 329 906.3, prix 17,42 €). Indications : ■ **Trait. à visée symptomatique du déficit pathologique cognitif et neurosensoriel chronique** du sujet âgé (à l'exclusion de la maladie d'Alzheimer et des autres démences). Trait. symptomatique de la claudication intermittente des artériopathies chroniques oblitérantes des membres inférieurs (au stade 2). NB : cette indication repose sur des essais cliniques en double aveugle par rapport à un placebo qui montrent une augmentation du périmètre de marche d'au moins 50 % chez 50 à 60 % des malades traités contre 20 à 40 % des malades suivant uniquement des règles hygiéno-diététiques. Amélioration du phénomène de Raynaud. ■ **Trait. d'appoint des baisses d'acuité et troubles du champ visuel présumés d'origine vasculaire.** ■ **Trait. d'appoint des baisses d'acuité auditive et de certains syndromes vertigineux et/ou acouphènes présumés d'origine vasculaire.** Contre-indications : Hypersensibilité à l'un des constituants du comprimé. Galactosémie congénitale, syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou déficit en lactase (présence de lactose). Grossesse et Allaitement : traitement déconseillé. Effets Indésirables : Rarement troubles digestifs, troubles cutanés, céphalées. Pharmacodynamie : Vasodilatateur périphérique. Révision : 01/05. Pour plus d'info. : cf. Vidal. BEAUFOUR IPSEN Pharma - 24 rue Erlanger - 75016 Paris - Tél : 01.44.96.13.13.

IPSEN
Innovation for patient care*

*Innover pour mieux soigner

VIVACTIS HOPITAL - Crédits photos : Phd / Studio X / Studio Bokelberg.

La Locomotion a pour but l'autonomie et la sécurité dans les déplacements des personnes déficientes visuelles. Son objet est donc ce que l'on pourrait appeler la « fonction déplacement », c'est-à-dire tout ce qu'englobe le fait de se déplacer : motivation à se déplacer, puis utilisation de techniques et de stratégies, mais avant cela mise en œuvre de fonctions motrices, sensorielles et cognitives, telles que la vision, la perception corporelle ou le toucher. Ces fonctions de base sont elles-même objet de prises en charge telles que l'orthoptie, la psychomotricité ou l'ergothérapie. Il y aurait ainsi des domaines « piliers » tels que ceux que je viens de citer, et des domaines « transverses » tels que la locomotion qui s'appuie sur ces piliers pour développer ses apports propres.

L'instructeur de locomotion va donc, et c'est là l'une de ses spécificités, faire une synthèse de tout ce dont le patient a besoin pour se déplacer. Cela ne signifie surtout pas qu'il met tout en place, mais bien au contraire qu'il sait précisément ce qu'apportent les autres professionnels et qu'il a en permanence besoin d'interagir avec eux.

On pourrait penser que ce fonctionnement entraîne une chronologie où la prise en charge en locomotion intervient après les autres domaines. La pratique nous enseigne que les choses sont plus intriquées et plus intéressantes.

La prise en charge des enfants entraîne bien évidemment l'équipe dans une démarche de construction progressive des capacités et de l'autonomie. Un travail continu des différents professionnels en partenariat apparaît nécessaire à tous. Ainsi la création d'un patrimoine visuel permettant à l'enfant malvoyant de se représenter l'environnement dans lequel il se déplace est un souci majeur pour l'instructeur de locomotion. Comprendre la rue, les feux, les panneaux placés haut, les maisons avec leur cheminée, etc. nécessite l'utilisation de stratégies visuelles et d'aides optiques et peut mettre en avant pour le jeune l'intérêt de celles-ci. Instructeur en locomotion, orthoptiste et opticien se retrouvent alors autour d'une notion de stimulation de la curiosité visuelle. L'enfant progresse dans un jeu d'aller-retour entre « voir pour se déplacer » et « se déplacer pour voir ».

Dans le cas d'une personne adulte présentant par exemple une rétinite pigmentaire, le déplacement est perturbé à la fois en terme de sécurité, mais souvent aussi de représentation mentale et d'orientation du fait de l'analyse incomplète de l'espace. Pour permettre de travailler sur ces derniers items, la prise en charge en locomotion devra s'appuyer sur les stratégies visuelles qui sont l'objet de la rééducation orthoptique, et peut-être aussi sur un travail corporel de l'espace réalisé en psychomotricité, et peut-être aussi sur le développement du regard tactile en ergothérapie afin d'utiliser des plans en relief. Il n'empêche que durant la mise en place de ces acquis de base, le travail de locomotion sur la sécurisation de la personne peut et doit commencer. Ainsi, si l'évaluation en locomotion a mis en évidence la nécessité d'utiliser une canne longue, l'apprentissage de cette technique permettra par la suite de libérer le regard du sol afin d'effectuer une analyse visuelle de l'environnement.

Dans ce cadre, la coordination des professionnels au moment de l'évaluation puis à chaque étape de la progression de la personne est primordiale. L'orthoptiste met par exemple en place les stratégies visuelles, l'instructeur en locomotion les sollicite et les stimule en situation de déplacement en les reliant aux autres techniques ; il doit savoir le faire au bon moment afin que la personne ne soit pas mise en échec et au bon endroit en fonction du niveau d'autonomie.

Parlons enfin d'une personne âgée atteinte de DMLA et dont l'évaluation en locomotion montrerait par exemple un léger besoin de prise en charge avec une peur de la chute malgré une bonne perception des obstacles, et une insuffisance de détection visuelles lors des traversées (véhicules lointains et feux piétons non ou mal perçus). On peut être amené à décider que cette personne n'est pas suivie en locomotion dans un premier temps, la priorité étant laissée à la mise en place d'une fixation excentrée en orthoptie et à un travail sur le sens kinesthésique en psychomotricité pour améliorer l'équilibre et diminuer le risque de chute. Elle serait ensuite pourquoi pas évaluée à nouveau en locomotion pour mesurer la modification de son comportement en situation de déplacement et le cas échéant suivie quelques séances pour apporter des stratégies compensatoires d'appoint ou renforcer la confiance.

Vous l'aurez compris mes exemples mettent en évidence la nécessité de :

- Travailler autant que possible en équipe pluridisciplinaire ou en réseau, mais je crois que c'est pour ça que nous sommes tous ici...
- Avoir du temps pour se rencontrer et pour planifier nos interventions, ce qui n'est parfois pas si simple...
- Pouvoir bénéficier de souplesse dans cette planification afin de s'adapter au mieux aux besoins de la personne déficiente visuelle.

Les situations de terrain sont souvent imparfaites par manque de temps, de moyens ou d'intervenants. (Je le sais et le déplore avec vous, c'est d'ailleurs fréquemment l'instructeur de locomotion qui manque...)

Nous devons néanmoins développer chaque jour ce travail de coordination, pas seulement en principe ou lors de réunions, mais de façon quotidienne, « technique », et l'expliquer ensemble, le vivre ensemble avec le déficient visuel afin qu'il fasse lui-même plus facilement des liens et qu'il optimise toutes ses possibilités de progression et d'autonomie, si nécessaire en sachant nous solliciter et nous interroger.

Nouveaux horaires du secrétariat de l'ARIBa
~~*Valables jusqu'au 22 décembre 2006*~~

Lundi	de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 18h
Mardi	de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 18h
Mercredi	de 8h30 à 12h
Jeudi	de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 18h
Vendredi	de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 15h30

Approche neuropsychologique de la dyslexie développementale

Vania Herbillon

Service de Neurologie-Pédiatrique, Hôp. Debrousse, Lyon

Les troubles spécifiques de la lecture ont été identifiés au début du XXe siècle en Angleterre, en particulier par Pringle Morgan qui les nommera « troubles dyslexiques ». Actuellement la dyslexie est définie comme un trouble significatif et durable de l'apprentissage du langage écrit, en dépit de capacités intellectuelles et sensorielles normales, et d'un environnement social-éducatif adéquat. On considère qu'il y a dyslexie lorsqu'il existe un retard de lecture de 18 mois après l'entrée en CP. Le retard d'apprentissage de la lecture s'accompagne d'une dysorthographie.

Selon la conception organiciste, la dyslexie peut avoir pour origine :

- Des lésions cérébrales minimes liées à des retards de maturation cérébrale engendrant des dysfonctionnements cérébraux minimes;
- Des facteurs héréditaires : il existe fréquemment des antécédents familiaux chez les garçons.

La neuropsychologie cognitive

Cause de la dyslexie

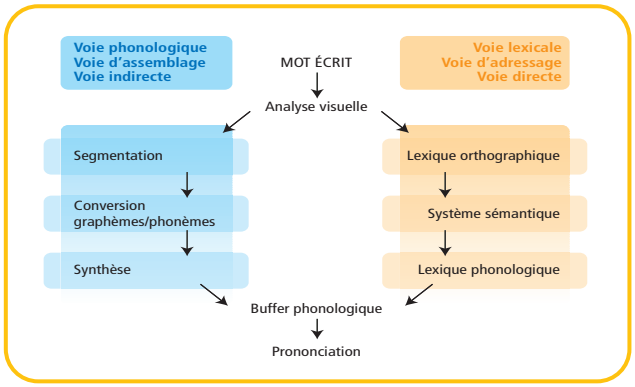
La dyslexie reflète un dysfonctionnement du système cognitif responsable de la lecture. Deux facteurs interviennent dans la lecture : la reconnaissance des mots et la compréhension. La dyslexie correspond à un trouble de l'identification des mots. Lorsque seule la compréhension est altérée, il ne s'agit pas de « dyslexie », mais de troubles liés à un problème linguistique ou intellectuel.

Typologie de la dyslexie

Deux voies sont nécessaires pour lire tous les mots du français (Figure 1) :

- La voie lexicale permet la lecture des mots connus. Elle est spécifique pour les mots irréguliers *(femme, monsieur, orchestre, écho)*.

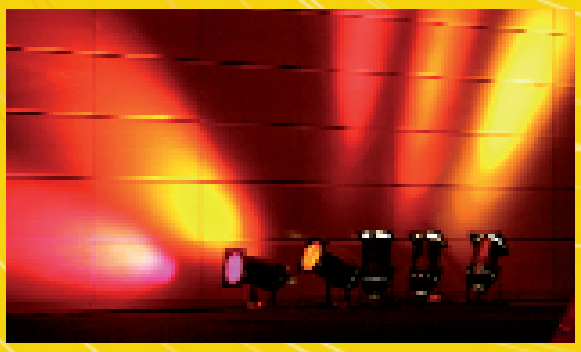
Figure 1 : Les deux voies de la lecture



- La voie phonologique permet la lecture de mots nouveaux. Elle est spécifique pour les non mots *(taclon, nagule, savette, scropale)*.

Le modèle à double voie rend compte de deux formes principales de dyslexie (Tableau ci-dessous).

Dyslexie phonologique **Atteinte de la voie phonologique**	**Dyslexie de surface** **Atteinte de la voie lexicale**
Difficultés de lecture des non-mots. Effet de lexicalité	Difficultés de lecture sur les mots irréguliers. Effet de régularité
- Lexicalisations: *chein = /chien/* *codeau = /cadeau/* - Paralexies visuelles *escale = /escalade/* *tracteur = /facteur/* - Paralexies morphologiques *Lourdeur = /lourd/* - Erreurs phonémiques *frite = /vrite/* *gontra = /contra/*	- Régularisations *tabac = /tabak/* *choriste = /Soriste/* - Erreurs visuelles *m = n* *b = d* - Graphies contextuelles *tagin = /taguin/* - Trouble d'accès au sens des mots homophones non homographes *taire = sens "terre"*
Dysorthographie phonologique Erreurs sur les pseudo-mots Erreurs non-phonologiques plausibles (ENPP) *bartin écrit partin* *nagule écrit nacule*	Dysorthographie de surface Erreurs sur les mots irréguliers Erreurs sur les graphies inconsistantes */in/ —> 10 graphies* Erreurs phonologiquements plausibles (EPP) *eauséan* *farmassi*

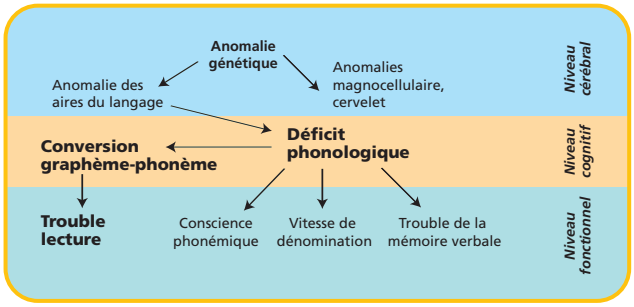


6e congrès ARIBa

Troubles cognitifs à l'origine de la ou des dyslexies

La conception unitaire attribue à la dyslexie une cause unique (verbale ou visuelle) dont les conséquences sont variables en fonction du comportement (Figure 2), alors que la conception pluraliste considère que la dyslexie peut avoir différentes origines rendant compte de la variabilité inter-individuelle des profils comportementaux de lecture et d'orthographe.

Figure 2 : Conception unitaire de la dyslexie



La théorie phonologique

La théorie phonologique considère que la dyslexie est un trouble spécifique de la parole (par opposition à des atteintes non spécifiques de la parole touchant l'audition, la vision, le cervelet ou le système magno-cellulaire dans son ensemble). En faveur de cette théorie, il a été observé chez des dyslexiques des anomalies anatomiques et fonctionnelles au niveau de régions cérébrales spécifiques du traitement phonologique (planum temporal en particulier). De plus, la dyslexie est associée à des troubles du langage (retards de langage et dysphasie), et à l'altération de certaines capacités : évocation lexicale (nommer un objet), fluence verbale alphabétique (nommer tous les objets commençant par une certaine lettre), répétition de mots et de non mots, dénomination rapide automatisée (vitesse à laquelle une personne peut reconnaître et lire à haute voix une série de symboles), mémoire à court terme auditivo-verbale, conscience phonologique (conscience que la parole est faite de sons distincts).

Théorie visuelle de bas niveau

Il existe des liens entre la lecture et la voie magnocellulaire responsable de la vision rapide, la perception du mouvement et des objets dans l'espace et du contrôle des mouvements oculaires (basse fréquence spatiale et haute fréquence temporelle). Certains aspects de la lecture, en particulier le caractère mouvant et la succession rapide d'informations visuelles, dépendraient en grande partie du système magnocellulaire. De plus, le rôle d'inhibition du système magnocellulaire sur le système parvocellulaire (haute fréquence spatiale et basse fréquence temporelle) est crucial en lecture afin d'extraire rapidement les informations traitées en fovéa. Or une baisse de résolution temporelle de l'information visuelle pourrait engendrer une superposition des informations extraites lors de chaque fixation oculaire successive.

La perception des objets dans l'espace, notamment du texte situé dans le champ visuel périphérique droit, permet l'orientation de l'attention afin de préparer l'amplitude de la saccade et la localisation des futurs points de fixation à l'intérieur de la ligne et des mots.

Des troubles de la voie magnocellulaire seraient présents chez 75 % des enfants dyslexiques. Mais, selon trois études récentes, les déficits des traitements visuels de bas niveau relevant du système magnocellulaire se rencontrent uniquement dans le contexte de dyslexie phonologique et non dans la dyslexie de surface. La nature des relations entre les troubles visuels de bas niveau et les difficultés de lecture est actuellement considérée comme non directe.

La théorie visuelle de haut niveau

Théorie de l'empan visuo-attentionnel

On appelle empan visuo-attentionnel la quantité d'informations pouvant être traitées simultanément dans une séquence d'éléments distincts. Pour la lecture, l'empan visuo-attentionnel correspond au nombre de lettres pouvant être identifiées au cours d'une seule fixation.

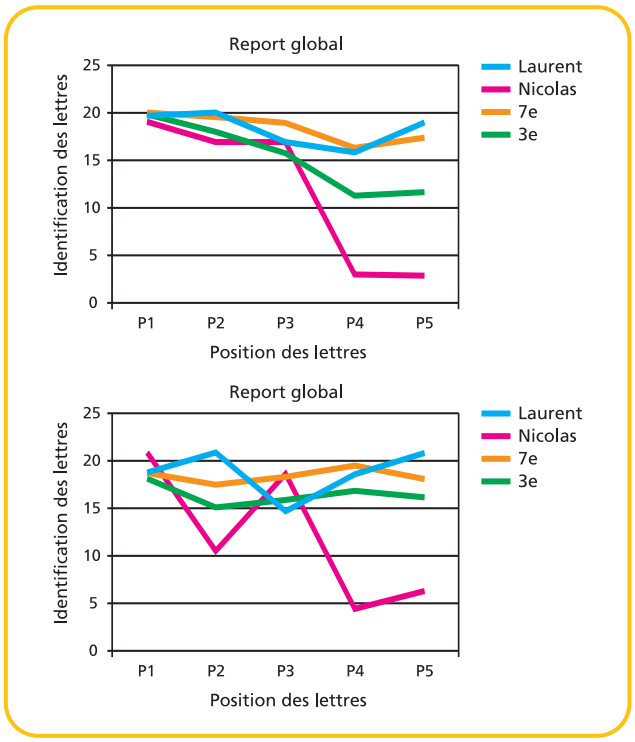
Un trouble visuo-attentionnel est retrouvé uniquement dans le cadre de la dyslexie de surface (Figure 3), aussi bien dans des groupes d'enfants anglophones que francophones.

Figure 3 : Atteinte de l'empan visuel dans une dyslexie de surface

La mesure de l'empan visuo-attentionnel consiste à présenter brièvement des séquences de 5 lettres quelconques imprononçables pendant un temps bref (1 fixation oculaire) et à demander au sujet de dénommer les lettres immédiatement après. Pour le report global, toutes les lettres présentées doivent êtres dénommées quelque soit leur position. Pour le report partiel, seule la lettre indiquée par un repère doit être dénommée.

Laurent, 14 ans, présentant une dyslexie phonologique, a des performances comparables aux enfants de son âge (3e).

Nicolas,14 ans, présentant une dyslexie de surface, ne parvient pas à identifier aussi bien les lettres, en particulier en 4e et 5e position, même en comparaison d'enfants plus jeunes que lui et ayant un «âge de lecture» comparable (7e). (d'après S.Valdois et coll.).



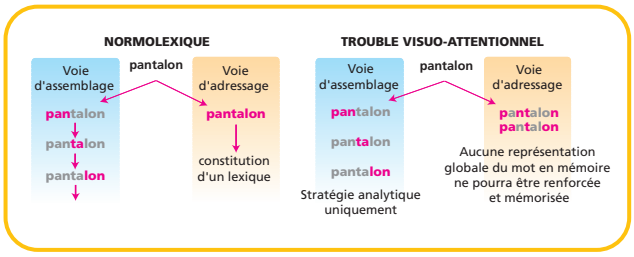
L'apprentissage de la lecture nécessite de mémoriser et relier 3 types d'informations sémantiques, orthographiques, phonologiques. Mais on ne sait pas exactement comment on fait pour reconnaître instantanément un mot connu : c'est la limite du modèle à double voie.

La séquence orthographique du mot doit faire l'objet de traitements spécifiques pour être correctement identifiée. Des traitements visuels de bas niveau sont évidemment impliqués pour les saccades et la localisation du point de fixation dans la séquence orthographique, mais des traitements visuo-attentionnels de haut niveau sont également nécessaires. En situation de lecture de texte, l'attention doit être portée sélectivement et successivement sur chacun des mots individuels pour que les procédures d'identification de mot puissent s'appliquer. Au niveau du mot, des traitements visuo-attentionnels entrent en jeu de façon à traiter l'ensemble des lettres de la séquence.

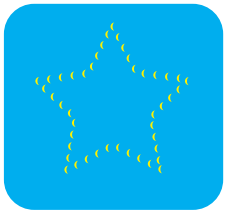
L'enfant doit distribuer son attention visuelle de façon équi-répartie (homogène) sur l'ensemble des lettres qui composent le mot. Cette répartition homogène de l'attention sur l'ensemble de la séquence orthographique est indispensable pour que les lettres puissent être traitées en parallèle et donc que le mot soit correctement et rapidement identifié.

Si l'enfant présente un trouble visuo-attentionnel l'attention ne va pas être portée sur la globalité du mot. Certaines des lettres du mot écrit vont apparaître comme plus saillantes que d'autres. Aucune représentation globale du mot en mémoire ne pourra être renforcée et mémorisée, ce qui empêche l'enfant d'acquérir des connaissances lexicales spécifiques et de se construire un système de lecture compétent. Seule la stratégie analytique peut être utilisée (Figure 4).

Figure 4 : Trouble visuo-attentionnel et dyslexie de surface



Des expériences de présentation d'une forme composée par d'autres formes permet de tester le niveau de focalisation de l'attention. Dans les dyslexies de surface, la focalisation de l'attention est toujours au niveau local, le niveau global n'étant pas perçu.



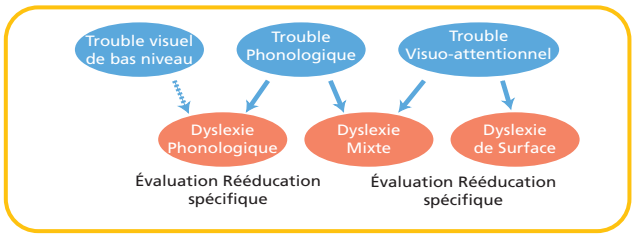
Le déficit de l'empan visuo-attentionnel se caractérise par :

- Une attraction irrépressible pour le traitement local de l'information empêchant de traiter correctement une forme d'ensemble ;
- Des anomalies dans la répartition simultanée de l'attention sur les différentes lettres d'un même stimulus visuel. Il en résulte un déficit de traitement global de l'information visuelle gênant la mémorisation du lexique orthographique.
- Des troubles visuo-attentionnels généraux portant sur les stimuli verbaux et non verbaux.

Place et complémentarité des différentes prises en charge

Ces résultats concernant l'empan visuel sont en faveur d'une conception pluraliste expliquant les différences observées entre dyslexie phonologique et dyslexie de surface (Figure 5).

Figure 5 : Conception pluraliste actuelle de la dyslexie



La dyslexie phonologique est un trouble phonologique éventuellement associé à des troubles visuels de bas niveau. En cas de trouble primaire, la prise en charge consiste en une rééducation orthophonique permettant la restauration de la voie phonologique et le développement des stratégies de compensation par la voie lexicale. En cas de troubles visuels associés, une rééducation orthoptique précoce permettra une prise en charge des troubles visuels (oculomotricité, convergence, stratégie du regard...), une baisse de la fatigue visuelle, avec un gain surtout au plan de la vitesse de lecture.

La dyslexie de surface est un trouble de l'empan visuo-attentionnel qui est différent d'un trouble oculomoteur ou neuro-visuel, d'une dyspraxie visuo-spatiale ou d'un trouble attentionnel spécifique (TDA-H). Ce trouble nécessite une évaluation cognitive et une rééducation orthophonique centrée sur le développement du lexique orthographique.

Conclusion

La neuropsychologie cognitive donne un cadre théorique et clinique pour le diagnostic de la dyslexie qui apporte rigueur et cohérence lors de l'évaluation et de la rééducation, mais il faut rester très prudent quant aux interprétations et réfléchir dans un contexte développemental.

La dyslexie ne se corrige pas. La prise en charge a pour objectif de développer l'autonomie de l'enfant face à l'écrit en tenant compte des conséquences scolaires, psychologiques et sociales du trouble spécifique du langage écrit.

Un travail coordonné est indispensable entre différents professionnels (rééducateurs, enseignants, psychologues, médecins) et les institutions (libéraux, hôpital, éducation national ou établissements spécialisés).

ARIBa
Association Représentative des Initiatives en Basse vision

Dans notre prochain numéro :

~~Compte rendu du 6e Congrès ARIBa Lyon, les 26/27 novembre 2006~~

Réalisation revue ARIBa Impulsion Naturelle - 05/07

ÉDITIONS ARIBa 2007

■ Bulletins semestriels

16/24 pages, format A4
Actualités ophtalmologiques, comptes-rendus journées ARIBa

- Adhérents : gratuit

Ne peut être vendu

■ Bilan Orthoptique de l'adulte malvoyant

8 pages, format A4.
Vendu par lot de 30 ex.
2 pages «bilan orthoptique initial»,
4 pages «bilan orthoptique évaluation»
1 page «synthèse».

- Adhérents lot de 30 ex. : 18 €
- Non adhérents lot de 30 ex. : 25 €

■ Guide ARIBa des Aides Techniques - G.A.A.T.

CD présentant une approche de l'ensemble des aides techniques et des matériels distribués par les opticiens spécialisés en basse vision et conçus pour optimiser l'autonomie du patient malvoyant. Mise à jour semestrielle.
Disponible à l'unité ou par lot de 10 CD personnalisés à votre logo.

- Adhérents : 8 € unité/ 73 € lot de 10 personnalisés
- Non adhérents : 10 € unité / 91 € lot de 10 personnalisés

■ Livre des Actes 2002

4e congrès ARIBa - Nantes 2002
400 pages, format A5
«abc basse vision»

- Adhérents : 10 €
- Non adhérents : 15 €

■ Livre des Actes 2004

5e congrès ARIBa - Nîmes 2004
104 pages, format A4
«La vue, la vision, le regard : une aventure humaine, scientifique et technologique»

- Adhérents : 10 €
- Non adhérents : 15 €

■ Livre des Actes 2006

6e congrès ARIBa - Lyon 2006
244 pages, format A4
«Revoir la vision»

- Adhérents : 20 €
- Non adhérents : 25 €

✂ -

Formulaire à retourner à :
(voir modes de règlement ci-contre)

ARIBa
12 chemin du Belvédère • 30900 Nîmes
Tél. 04 66 68 00 30 • Fax 04 66 68 00 31
mail : ariba.30@wanadoo.fr

BON DE COMMANDE

❑ Mme ❑ Mlle ❑ M. ❑ Dr ❑ Pr

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse _____

_____

_____

	Membre 2007 Prix unitaire	Non Mbre 2007 Prix unitaire	Quantité	Montant TTC
Bilan Orthoptique de l'Adulte Malvoyant Lot de 30 ex.	❑ 18 €	❑ 25 €		
Livres des Actes 2002 Nantes / 4e congrès	❑ 10 €	❑ 15 €		
Livres des Actes 2004 Nîmes / 5e congrès	❑ 10 €	❑ 15 €		
Livres des Actes 2006 Lyon / 6e congrès	❑ 20 €	❑ 25 €		
CD Guide Ariba des Aides Techniques à l'unité	❑ 8 €	❑ 10 €		
CD Guide Ariba des Aides Techniques x 10 CD personnalisés *	❑ 73 €	❑ 91 €		
Annuaire des Membres 2006/207	❑ gratuit	❑ joindre une enveloppe affranchie à 2,11 €		
Pour les envois **HORS MÉTROPOLE uniquement** Participation aux frais de port				❑ + 8 €
MONTANT TOTAL TTC				_____

* pour la personnalisation de votre lot de 10 CD :
Veuillez envoyer sur ariba.30@wanadoo.fr votre logo en format jpeg. Un BAT vous parviendra à réception.

AGENDA ARIBa 2007 | 2008

• Lundi 7 mai 2007
Les rendez-vous de mai, 11e édition
Paris, Palais des Congrès Porte Maillot
(dans le cadre de la SFO)
Organisé par : Marie-Odile Pataut-Renard

• Vendredi 12 octobre 2007
Les journées scientifiques ARIBa, 9e édition
Saint-Malo, Palais du Grand Large
Organisé par : Laurence Orveillon-Prigent

• Lundi 5 mai 2008
Les rendez-vous de mai, 12e édition
Paris, Palais des Congrès Porte Maillot
(dans le cadre de la SFO)
Organisé par : Marie-Odile Pataut-Renard

• Automne 2008
7e congrès ARIBa
Côte atlantique sud
Organisé par : Bruno Delhoste

ADHÉSION ARIBa 2007

ARIBa est :
• un lieu de dialogue entre personnes impliquées dans la compensation du handicap visuel.
• une force de proposition.
• un interlocuteur auprès des pouvoirs publics.

MOYENS
• 2 réunions scientifiques par an
• Diffusion d'un Bulletin semestriel
• Éditions scientifiques
• Edition de l'annuaire des membres tous les 2 ans
• Liste de diffusion (ariba.diffusion@wanadoo.fr)
• N° formation professionnelle : 11 75 36197 75

AVANTAGES ADHÉRENTS
• Abonnement gratuit aux Bulletins ARIBa
• Tarif préférentiel sur l'ensemble de nos éditions
• Tarifs préférentiels sur les congrès et les réunions d'automne ARIBa / Gratuité d'entrée à nos rendez-vous scientifiques de mai (dans le cadre de la SFO)
• Inscription à la liste de diffusion internet ARIBa qui permet de recevoir ou diffuser un message à l'ensemble des adhérents : ariba.diffusion@wanadoo.fr

✂

Formulaire à retourner avec le règlement correspondant à :

ARIBa
12 chemin du Belvédère • 30900 Nîmes
Tél. 04 66 68 00 30 • Fax 04 66 68 00 31
mail : ariba.30@wanadoo.fr

BULLETIN ADHÉSION 2007

❑ **35 € : TARIF PROFESSIONNELS**
❑ **15 € : TARIF ÉTUDIANTS***

** étudiants en cours d'étude pour l'obtention d'un diplôme d'état et n'exerçant pas d'activité professionnelle en parallèle aux études.*

Joindre obligatoirement un justificatif d'études en cours de validité.

RÈGLEMENT PAR :

• Chèque à l'ordre de : ARIBa
• Virement bancaire sans frais pour le destinataire
Crédit Agricole du Gard / code IBAN :
FR76 1300 6000 4091 0254 5100 141
AGRIFRPP830

ARIBa 2007 valable du 1er février 2007 au 1er février 2008
Une facture acquittée vous parviendra à réception de votre règlement

❑ Mme ❑ Mlle ❑ M. ❑ Dr ❑ Pr

Nom : . . . . . .

Prénom : . . . . . .

Profession (obligatoire) : . . . . . .

Adresse : . . . . . .

. . . . . .

CP - Ville : . . . . . .

Pays : . . . . . .

Tél. fixe : . . . . . .

Mobile : . . . . . .

Fax : . . . . . .

mail : . . . . . .

Souhaitez-vous faire partie de la liste de diffusion ARIBa ?
(voir avantages adhérents) ❑ oui ❑ non