

Sommaire

- 2** Orthoptie et numérique en basse vision : une évolution au service du soin
Mme Sonia VICAT

- CONGRÈS ARIBa 2025**
- 4** Compte rendu
Paris, 28 & 29 novembre 2025
Marie-Pierre Beaunoir, Elsa Laumonier-Demory
- 6** Évaluation de la qualité de vie dans un service de Soins Médicaux de Réadaptation (SMR)
Dr Christophe POURCHEZ
- 9** Lumière et rythmes circadiens
M. Jacques TAILLARD
- 10** Compensation optique et équilibre : à quoi être attentif ? Quelques exemples choisis
Mme Charlotte GAILLARD
- 12** Transformer l'expérience du handicap : parcours, engagement et perspectives
M. Olivier DONVAL
- 15** Conséquences de la déficience visuelle d'origine cérébrale sur le développement de l'enfant
Dr Béatrice LE BAIL
- 18** *Programme et inscription session de printemps ARIBa, 10 mai 2026*

Directeur de la publication :
Dr Luc JEANJEAN



12 chemin du Belvédère
30900 Nîmes
tél. 04 66 68 00 30
ariba-bv@orange.fr
www.ariba-vision.org

“ Éditorial



C'est avec une émotion profonde et une certaine fierté que j'accède aujourd'hui à la présidence de l'ARIBa, Société francophone de basse vision. Mon parcours de neuro-ophtalmologiste, au CHU de Nîmes et à la clinique ARAMAV, s'est construit au contact des patients, des équipes pluridisciplinaires et autour d'une conviction constante : la rééducation basse vision change la vie des patients !

Je mesure l'honneur de succéder à d'illustres prédécesseurs : le Pr Christian Corbé, le Pr Bernard Arnaud et, bien sûr, notre très chère Béatrice Le Bail, que je tiens à remercier pour ses 14 années à la présidence de notre belle association. Je souhaite également rendre un hommage appuyé au Dr Gérard Dupeyron, disparu en juin dernier, qui m'a légué un héritage précieux. Son humanité et sa vision continueront de m'inspirer à chaque instant.

*Je parle souvent de la nécessité d'avoir « **des racines et des ailes** ». Les racines, ce sont les fondamentaux historiques de la rééducation, l'expertise clinique, la rigueur et l'accompagnement humain. Les ailes, ce sont les perspectives immenses offertes par l'intelligence artificielle, les technologies immersives et l'innovation au service de l'autonomie.*

Entre tradition et révolution technologique, l'ARIBa poursuivra une ambition claire : faire grandir la basse vision en plaçant le patient au cœur de nos pratiques.

Depuis 1995, notre association informe, innove et mobilise grâce à ses membres. Merci à tous pour tout ce que vous réalisez chaque jour auprès des patients !

Très amicalement,

Dr Luc Jeanjean, président de l'ARIBa





Orthoptie et numérique en basse vision : une évolution au service du soin

Mme Sonia VICAT

Orthoptiste, Directrice générale

Groupe Orthatlantic, Nantes

L'intégration du numérique dans la prise en charge orthoptique en basse vision ouvre aujourd'hui de nouvelles perspectives. Loin de remplacer l'expertise du professionnel, ces outils viennent soutenir, enrichir et affiner nos pratiques. Ils permettent de développer des prises en soin (PES) plus ergonomiques, plus personnalisées et plus efficaces, tout en restant centrées sur les besoins du patient.

Un outil, jamais une finalité

L'utilisation du numérique doit toujours répondre aux besoins du patient et au projet de soin défini lors du bilan orthoptique initial. Elle n'est pertinente que si elle améliore la prise d'information visuelle, la compréhension des exercices et la consolidation des apprentissages.

Ce que le numérique apporte

- une meilleure ergonomie pour le patient et l'orthoptiste
- des supports interactifs facilitant la compréhension
- une consolidation accélérée des apprentissages
- la possibilité d'une stimulation multisensorielle
- une précision accrue dans l'évaluation et la personnalisation des prises en soin.

Ces outils ne remplacent pas le travail clinique : ils renforcent notre capacité à objectiver, ajuster et personnaliser les prises en charge.

Le diagnostic orthoptique : la base

Il identifie les atteintes (motrices, sensorielles, fonctionnelles), les possibilités de compensation perceptive (aides optiques, filtres, gestion de la lumière) et les limites, la réorganisation de l'action (conditions d'accessibilité).

Le projet de soin s'articule autour de trois axes, selon le type et le degré d'atteinte (centrale, périphérique, amputation du champ) :

- normalisation : retour vers une fonction visuelle adaptée à l'âge
- compensation : amélioration malgré la persistance de certaines difficultés
- adaptation : mise en place de stratégies alternatives pour contourner les limites

Apports du numérique dans le bilan

- analyse de l'éblouissement pour analyser le besoin en filtres (ex. Métrovision)
- eye-tracking, encore peu utilisé mais prometteur (comme l'Eya)
- la réalité augmentée pour expliquer la pathologie et éduquer patients/aidants.

Apports du numérique en rééducation

Les outils numériques modifient la manière de travailler les différentes tâches visuelles. Ils nécessitent un **séquençage précis** pour induire un changement dans la prise et le traitement de l'information visuelle. Ils permettent de travailler : détection, localisation, reconnaissance, mémoire, logique, graphisme, lecture... Exemples : Happy Neurone, Orthotraining, Eye Motion, Blaze Pods, Mover, HTS...

Travaux ciblés :

- **Excentration** : amélioration de la perception grâce au réglage taille/contraste/vitesse. Avec des cibles statiques ou mobiles.
- **Oculomotricité** : fixation, saccades, poursuite, avec précision modulable, possibilité de double tâche, dans tous les plans
- **Lecture** : possibilité pour varier les calligraphies et tailles, travail de fluence, vitesse et stratégies.
- **Vision périphérique/centrale** : exploration visuelle et stratégies d'identification.
- **Coordination oeil-main** : graphismes, gestes du quotidien et localisation spatiale.

Le choix de l'outil doit toujours dépendre : de la tâche à travailler, du degré d'atteinte, du patient.

Stimulation multisensorielle : l'intérêt majeur

Le numérique permet des exercices variés intégrant sons, postures, supports dynamiques, orientations multiples ou flux périphériques : un levier essentiel pour renforcer l'adaptation fonctionnelle, l'ancrage sensoriel et le travail intermodal.

Une Orthoptie augmentée mais toujours humaine

Le numérique apporte une réelle valeur ajoutée à la prise en charge en basse vision : meilleure ergonomie, analyse plus fine, exercices modulables, stimulation riche et adaptée. Mais il ne doit jamais faire oublier l'essentiel : **le cœur du soin reste l'expertise clinique, le diagnostic orthoptique et la relation thérapeutique.**

Le numérique n'est pas là pour remplacer l'orthoptiste, mais pour **amplifier ses capacités d'analyse, de personnalisation et de progression** au bénéfice du patient. ■

Communication session de printemps ARIBa - Sfo 11 mai 2025



Retrouvez les communications de la session de printemps ARIBa 2025 sur notre chaîne YouTube **ARIBa Association** :

- Numérique et basse vision (3 vidéos)
- Les phénomènes visuels positifs (3 vidéos)
- Les meilleurs mémoires du D.U. Techniques de compensation du handicap visuel (3 vidéos)



@ SeeHaptic

Une innovation majeure pour les personnes déficientes visuelles

Dispositif transformant l'information visuelle en signaux tactiles, SeeHaptic permet de percevoir l'environnement autrement et d'élargir les possibilités d'action.

Lauréat du Prix Coup de Cœur ARIBa 2025.
Partenariat avec l'Hôpital National des Quinze-Vingts.

Déploiement progressif à partir de l'été 2026.
Présentations et démonstrations dès avril.



Pour en savoir plus et organiser une démonstration :

CONGRÈS ARIBa 2025

Paris - Espace Niemeyer,
28 & 29 novembre 2025



Marie-Pierre BEAUNOIR
Orthoptiste



Elsa LAUMONIER-DEMORY
Ophtalmologiste
Hôpital Fondation
A. de Rothschild, Paris
Coordinatrices 15^e congrès

Pour son 30^e anniversaire, ARIBa a consacré son congrès à la qualité de vie en basse vision : « trouver son équilibre ».

La définition et les échelles d'évaluation de la **QUALITÉ DE VIE** ont été confiées au Dr Vignal^{1a} qui y a souligné l'impact des atteintes du champ visuel. Le rappel de l'épidémiologie et la classification de la déficience visuelle ont introduit l'approche de son retentissement sur l'état de santé du patient. La perte de capacité génère un traumatisme psychologique où le sentiment d'identité brisée et l'angoisse du devenir sont accentués par la crainte du rejet social. Dans ce domaine, N. Versace² a insisté sur l'importance de l'écho des problématiques antérieures comme celle de la temporalité et de l'approche individualisée. Le Dr Pourchez^{1b} a présenté le fonctionnement du service pluridisciplinaire de l'IRVSL où la prise en charge intensive, co-construite avec le patient à partir d'une évaluation initiale de sa qualité de vie par des moyens dédiés (« bilan 13-30 ARAMAV », « MCRO ») s'attache à restaurer autonomie et bien être.



Visite guidée – sur la terrasse de l'Espace Niemeyer, un groupe limité de congressistes profite de la vue panoramique sur Paris.

Pour aborder le **SOMMEIL**, J. Taillard^{1c} nous a présenté l'horloge biologique, son rythme naturel et le rôle de la lumière dans sa synchronisation circadienne, soulignant celui des cellules ganglionnaires, photosensibles. Le lien entre troubles du sommeil et déficience visuelle a été développé par Le Pr Bourgin^{1d} grâce à l'exposé de l'influence des éclairages et leur temporalité sur le retard à l'endormissement ; le bénéfice de la mélatonine et ses modalités d'administration.

Le thème de l'**ALIMENTATION** a été introduit par les cas cliniques des Dr Smirnov^{1a} et Laumonier^{1a} pour illustrer l'enseignement des carences. La compréhension de la physiopathologie des rétinopathies en bénéficie, soutenant des stratégies de prévention secondaire, en particulier dans la DMLA avérée ou sévère. Elles sont complexifiées par l'intrication de causes et prédispositions génétiques qui interfèrent dans la phototransduction, le cycle visuel et sur le plan structural. Dans les neuropathies optiques, la précocité de la supplémentation est déterminante, mais souvent insuffisante et contrariée par l'absence de spécificité étiologique. En décomposant tâches et compétences mises en jeu « de la liste de courses à l'assiette », L. Nerocan³ et L. Milan³ ont analysé les défis du repas chez le déficient visuel. Des stratégies personnalisées d'approche pluridisciplinaire préservent autonomie, plaisir et convivialité. L. Balon⁴, M. Cerqueus⁵ et V. Lebrun⁶ les ont déclinées chez l'enfant. Leur groupe, « Oralité dans tous les sens », propose une approche multisensorielle variée progressive et ludique menant à la prise du repas. Sa transposition au domicile reste un enjeu essentiel.

C'est Le Pr Schnitzler^{1e} qui a introduit l'**ÉQUILIBRE** par les éléments de son intégration multimodale où la vision fonde la stabilisation posturale, détecte les mouvements et anticipe les perturbations de l'environnement. Proprioception et système vestibulaire sont prépondérants lorsqu'elle est déficiente. Après évaluation des troubles de l'équilibre, dont le Dr Lévy^{1f} a exposé les tests, l'ORL coordonne leur prise en soins entre kinésithérapeutes vestibulaires et orthoptistes. Leur rôle a été souligné par A. Bauwens^{8,9} qui a spécifié les interactions entre système vestibulaire et contrôle visuel quand V. Bensadoun⁹ et A. Le Bras⁵ ont illustré leur complémentarité par l'exposé d'une de leurs prises en charge. Enfin, grâce à 3 cas cliniques, C. Gaillard⁷ nous a montré comment le choix de l'équipement (filtres, géométrie des verres, prismes) est déterminant dans la compensation optique de l'équilibre.

Les **ACTIVITÉS** ont été abordées grâce à 2 témoignages : O. Donval, cadre de santé MPR et sportif paralympique a relaté l'interaction du handicap



avec son vécu personnel, professionnel et sportif et H. Larisch, responsable de l'association « Tout en parlant » offre un réseau d'entraide favorisant l'accès à la culture dont la VAST.

Le **VERSANT PÉDIATRIQUE** s'est intéressé à « La déficience visuelle d'origine cérébrale », présentée par le Dr Serinet^{1g}. Celle-ci, qui associe troubles neuromoteurs et psychiques en est la première cause infantile dans les pays industrialisés. Le Dr Le Bail^{1a} a développé ses conséquences sur le développement de l'enfant : la grande variabilité clinique et sa complexité par intrication avec des atteintes oculaires périphériques et d'autres pathologies cognitives soulignent l'intérêt de développer des tests normés et proposer une orientation individualisée. A. Bonmartin⁵ et H. Moreau⁹ ont valorisé la transdisciplinarité dans l'accompagnement de « la représentation mentale chez l'enfant déficient visuel » : basée sur les niveaux de traitement de l'information visuelle et sa richesse multisensorielle, elle participe pleinement à l'acquisition de l'autonomie. Les spécificités du développement des compétences émotionnelles et sociales ont été développées par L. Balon⁴ et A. de Foucaud² par la présentation des modalités de leurs groupes d'accompagnement où

à l'aide de jeux et activités multisensorielles chaque émotion est replacée dans le cycle émotionnel pour accéder à sa compréhension puis développer la cognition sociale.

Le plaisir de **LIRE** des enfants déficients visuels a enfin été au cœur de la présentation de S. Blain, éditrice « Les doigts qui rêvent ». Outre les illustrations tactiles symboliques, figuratives et haptiques, le développement de nouveaux concepts (livres numériques, à capteurs numériques, Tacti'cartes) sont autant d'innovations qui bénéficient à la découverte, à l'accès à la culture et à l'inclusion ; thèmes illustrés par A. Moreau¹⁰ et C. N'Dolly⁹ dans leur approche « Des histoires pour grandir ».

Enfin, le « Coup de Cœur ARIBa » a été décerné à la ceinture haptique SeeHaptic (ex Artha France) : approche active du déplacement par lecture tactile de l'espace via une ceinture lombaire. ■

¹ Médecin : **a** : Ophtalmologiste, **b** : Coordonnateur service Médecine Physique et Réadaptation ; **c** : Ingénieur de recherche en chronobiologie ; **d** : Neurologue ; **e** : coordinateur des internes en MPR ; **f** : ORL ; **g** : Pédiatre ; ² (Neuro)psychologue ; ³ Ergothérapeute ; ⁴ Orthophoniste ; ⁵ Psychomotricien(ne) ; ⁶ Diététicien ; ⁷ Opticienne ; ⁸ Kinésithérapeute ; ⁹ Orthoptiste ; ¹⁰ Educatrice de jeunes enfants



Évaluation de la qualité de vie dans un service de Soins Médicaux de Réadaptation (SMR)

Dr Christophe POURCHEZ

Médecin coordinateur service Médecine Physique et Réadaptation

Institut de Réadaptation Visuelle Saint-Louis, Paris

6

Bulletin ARIBa n° 56

Introduction

La déficience visuelle ne se limite pas à l'atteinte sensorielle : elle impacte profondément l'autonomie, la participation sociale et la qualité de vie des personnes concernées. Selon The Lancet Global Eye Health Commission (2021), la perte de vision influence de nombreuses fonctions quotidiennes telles que la lecture, la mobilité, la communication ou la vie domestique, et affecte également l'insertion éducative, professionnelle et sociale. Ainsi, la réadaptation ne doit pas uniquement viser à compenser les limitations fonctionnelles, mais aussi à accompagner l'individu dans un processus d'adaptation globale.

La notion de « qualité de vie » (QV) s'articule autour de trois dimensions principales :

- Le plan normatif : il s'agit de s'interroger sur ce qui définit une « bonne vie », question d'ordre philosophique.
- Le plan socio-politique : il porte sur les conditions matérielles et institutionnelles nécessaires à l'épanouissement, question sociologique et historique.
- Le plan phénoménologique : il concerne la manière dont les personnes ressentent leur vie, ici et maintenant, dans leur corps, leurs relations et leurs projets, question du vécu.

En réadaptation visuelle, cette tension est manifeste : il est possible d'objectiver des progrès (lecture plus rapide, meilleure autonomie en mobilité, utilisation d'aides techniques) sans que la personne considère sa vie comme meilleure, ou à l'inverse, observer une haute qualité de vie déclarée malgré des limitations fonctionnelles (le « paradoxe du handicap »). Cela souligne la nécessité d'un cadre conceptuel pluriel.

Une pluralité des outils d'évaluation de la qualité de vie en réadaptation visuelle

La mesure de la qualité de vie chez les personnes atteintes de déficience visuelle représente un enjeu majeur en réadaptation. Cette démarche est confrontée à une question méthodologique essentielle : comment mesurer une expérience subjective, évolutive, influencée par les normes sociales et culturelles ? Les questionnaires standardisés comportent des biais culturels et linguistiques et risquent de réduire la notion de qualité de vie à la seule dimension de santé, négligeant les aspects sociaux, existentiels et relationnels. De plus, le choix des indicateurs influence inévitablement les pratiques et peut engendrer une « tyrannie des métriques ».

Face à ces défis, plusieurs catégories d'outils ont été développées :

- Les questionnaires génériques de qualité de vie (WHOQOL-BREF) ou liés à la santé (SF-36, EQ-5D), qui demeurent peu sensibles au vécu spécifique des personnes malvoyantes.
- Les questionnaires spécifiques à la vision, tels que le NEI VFQ-25 et ses variantes, ou le bilan ARAMAV 13-30, qui mesurent la qualité de vie liée à la vision et l'impact fonctionnel du handicap visuel dans des domaines concrets.
- Des instruments visant à appréhender la capacité, c'est-à-dire la liberté réelle d'une personne à mener la vie qu'elle valorise (ICECAP-A, ICECAP-O).
- Des approches idiographiques et qualitatives centrées sur la personne : le Goal Attainment Scaling (GAS) permet de mesurer l'atteinte de buts personnalisés, tandis que le Canadian Occupational Performance Measure (COPM) évalue l'importance et la satisfaction vis-à-vis d'objectifs définis par la personne elle-même.
- Des méthodes qualitatives telles que les entretiens narratifs, les journaux de bord, l'*ecological momentary assessment* ou le photovoix offrent une profondeur d'analyse supplémentaire, mettant en lumière les micro-obstacles et micro-victoires du quotidien, souvent invisibles dans les questionnaires standardisés.

L'enjeu n'est pas de privilégier un outil unique, mais de combiner ces approches de manière complémentaire. Ainsi, l'évaluation de la qualité de vie en réadaptation visuelle doit être considérée comme un processus dynamique, intégrant la subjectivité pour mieux refléter ce que signifie réellement « vivre bien » avec une déficience visuelle.

La pluralité méthodologique est d'autant plus pertinente que la recherche livre des résultats nuancés. Une méta-analyse Cochrane de 2020 menée par une équipe hollandaise indique que les bénéfices de la réadaptation visuelle sur la qualité de vie sont généralement modestes, parfois inexistantes pour la qualité de vie générale, et limités pour celle liée à la vision. Toutefois, des effets plus significatifs semblent apparaître lorsque la réadaptation adopte une approche holistique, pluridisciplinaire, personnalisée et intensive.

Une approche holistique et pluridisciplinaire à l'Institut Saint-Louis

L'hospitalisation de jour en SMR à l'Institut de Réadaptation Visuelle Saint-Louis se caractérise par une prise en charge globale assurée par une équipe pluriprofessionnelle (MPR, ophtalmologue, orthoptiste, ergothérapeute, opticien, IADV, psychologue, psychomotricien, infirmière, médiateur numérique, assistante sociale). Dès l'admission, un bilan exhaustif de 15 à 18 heures est réalisé, conçu comme un espace de regards croisés et complémentaires plutôt qu'une série d'examen.

L'évaluation initiale comporte systématiquement une évaluation de la qualité de vie via le questionnaire NEI-VFQ-25, des entretiens individuels guidés avec des outils comme la MCRO (*Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel*) ou le bilan ARAMAV 13-30. L'anamnèse narrative reste centrale : elle permet au patient de raconter son parcours, ses pertes et ses espoirs. Ce temps long tranche avec la brièveté des consultations spécialisées, souvent centrées sur l'œil malade et marquées par un langage médical peu accessible. Dans ce cadre sécurisant, les patients expriment parfois pour la première fois des émotions enfouies, des peurs intenses ou un sentiment de dés-humanisation lié à leur parcours antérieur.

Les disciplines psychosociales (psychologie, psychomotricité, accompagnement social) jouent un rôle majeur : le corps, le vécu affectif et les conditions de vie sont intégrés dès l'évaluation. Les groupes de parole et l'intervention de pairs aidants créent des espaces de reconnaissance et de soutien mutuel. Cette approche globale instaure un climat de confiance, où le patient est le sujet central de son projet.

De l'évaluation aux objectifs individualisés

La richesse du bilan, parfois perçue comme redondante, vise à cerner le cœur de chaque histoire et à identifier les freins réels à l'autonomie et à la qualité

de vie quotidienne. La synthèse pluridisciplinaire croise observations et analyses pour intégrer les dimensions fonctionnelles, sensorielles, psychologiques et sociales, et établir des priorités d'action propres à chaque patient.

Le projet est discuté, reformulé et validé avec le patient, qui définit avec l'équipe des objectifs concrets, atteignables et porteurs de sens. Ces objectifs concernent des actes précis du quotidien (lire une histoire à un enfant, préparer un repas sans risque de brûlure...) ou des tâches plus analytiques (surmonter la peur de la chute ou la fatigue dans les activités de vie quotidienne). Les objectifs sont hiérarchisés et évalués en fin de séjour selon la méthode Goal Attainment Scaling (GAS), en tenant compte de leur importance et de leur difficulté.

Une prise en charge intense et durable

Le programme de réadaptation se distingue par sa personnalisation, son intensité et sa durée : au minimum une journée d'hospitalisation par semaine, sur une période de 8 semaines à 8 mois, voire davantage selon les besoins. Près de deux tiers des patients présentent une cécité fonctionnelle ou un résidu visuel insuffisant. L'accent est alors mis sur l'apprentissage de stratégies compensatoires (auditives, tactiles, proprioceptives), en parallèle à l'optimisation du résidu visuel lorsque cela est possible et utile.

La temporalité prolongée facilite l'accueil du deuil des capacités perdues et de l'acceptation, nécessaires à l'engagement dans le travail de compensation. Tout au long du séjour, les dimensions psychologiques et sociales demeurent essentielles. L'articulation entre les dimensions technique (aides visuelles/non visuelles), pédagogique (stratégies fonctionnelles), psychologique et sociale constitue le socle de la progression.

Résultats et retours

L'évaluation finale dans notre service repose sur la GAS, le NEI VFQ-25 et un questionnaire subjectif portant sur l'autonomie, la qualité de vie et le gain fonctionnel. Concernant les 55 patients ayant achevé un séjour en 2025, plus de 80 % ont obtenu un T score GAS à la sortie supérieur, voire très supérieur à 50, attestant d'un haut niveau d'atteinte des objectifs, souvent au-delà des attentes. Sur le détail des objectifs, 85 % sont atteints, et ce taux dépasse 90 % pour les objectifs liés au numérique.

Le score composite du NEI VFQ-25 progresse modérément, d'un peu plus de 8 points en moyenne, avec une variabilité dépendant du niveau de départ, mais aussi un effet plafond propre à ce type d'outils. Les questionnaires subjectifs et les évaluations narratives révèlent quant à eux une amélioration ressentie très significative de l'autonomie et de la qualité de vie grâce à la réadaptation chez 100 % des patients, quel que soit le niveau mesuré d'atteinte des objectifs, mais ne constituent que des évaluations « à chaud ».

Conclusion

L'expérience du service SMR de l'Institut Saint-Louis met en lumière la pertinence probable d'un modèle de réadaptation holistique, pluridisciplinaire, intensif et centré sur le patient pour améliorer l'autonomie dans des tâches essentielles à la qualité de vie. Ce dispositif accorde une place centrale à la parole, aux émotions et à la co-construction d'objectifs concrets et significatifs. Il ressort que l'amélioration de l'autonomie dans des tâches porteuses de sens s'accompagne souvent d'une transformation ressentie du vécu du handicap visuel. Il sera nécessaire d'évaluer le maintien des capacités et du ressenti favorable sur le long terme. ■

Références

- Burton MJ, Ramke J, Marques AP, Bourne RRA, Congdon N, Jones I, et al. The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. Lancet Glob Health. 2021
- van der Aa HPA, van Rens GHMB, Comijs HC, Bosmans JE, Margrain TH, van Nispen RMA. Impact of low vision rehabilitation on quality of life, functional vision and visual ability in visually impaired adults. Cochrane Database Syst Rev. 2020



Paris, musique et coups de chance

La **soirée du congrès ARIBa** s'est déroulée à l'Hôtel du Nord, lieu mythique du canal Saint-Martin, dans une ambiance de bistrot parisien entre cuisine de tradition et musique canaille portée par un quartet.

La tombola des 30 ans d'ARIBa, organisée avec le soutien de Cflou, Clary Optic, Eschenbach, Laboratoires Thomas Sinclair, Lissac, Optic 2000, MoveR et Voxiweb, a permis de distribuer 39 lots pour une valeur totale de 9 330 €.

Entre musique, conversations animées et tirages au sort, exclamations et rires ont rythmé la soirée.

À vos agendas

Des temps de travail et de réflexion,
au cœur des pratiques de soin,
entre professionnels de terrain.

Dimanche 10 mai 2026

Session de Printemps ARIBa

PARIS 14h30/17h45

**Pathologies génétiques :
parcours de vie**

programme et inscription en fin de Bulletin



**Vendredi 4 décembre
2026**

18^e Colloque d'Automne

Lyon, Villeurbanne
Les Terrasses du Parc

**Regards croisés :
dialogue entre pratiques et
recherches en basse vision**

en partenariat avec le SARADV (ARPEP AURA)

► inscription à partir de mai 2026
sur www.ariba-vision.org

Rubrique « réunions scientifiques, s'inscrire »

Lumière et rythmes circadiens



M. Jacques TAILLARD

Ingénieur de recherche
en chronobiologie

CNRS / Université de Bordeaux
UMR 6033 SANPSY (Sommeil
addiction et neuropsychiatrie)
CHU de Pellegrin, Bordeaux

Nos comportements et la plupart de nos fonctions physiologiques sont régulés par des horloges biologiques, centrales et périphériques, qui imposent un rythme circadien (proche de 24 h) quotidien, alternant maximum et minimum. L'horloge centrale, située dans le noyau suprachiasmatique (NSC) de l'hypothalamus, juste au-dessus du chiasma optique, coordonne les horloges périphériques situées dans tous nos organes et tissus. L'horloge centrale présente une activité autorythmique dont la période est légèrement supérieure à 24 heures (période dite de libre cours), comme l'ont montré les expérimentations en isolement temporel (dans des grottes ou en laboratoire). Pour rester calée sur un cycle de 24 heures, cette horloge centrale doit être remise à l'heure chaque jour par des synchroniseurs externes, principalement d'origine géophysique. Chez les mammifères, la lumière est le synchroniseur le plus puissant.

La transduction de l'information lumineuse parvient au NSC via deux systèmes rétinien distincts : les photorécepteurs classiques (voie visuelle) et les cellules ganglionnaires à mélanopsine intrinsèquement photosensibles (voie non visuelle), particulièrement sensibles aux longueurs d'onde proches de 470 nm. Ces signaux empruntent le tractus rétinothalamique pour atteindre l'horloge centrale. L'efficacité de la lumière dépend de plusieurs paramètres : son intensité, sa durée d'exposition, sa longueur d'onde et surtout le moment de la journée. Une exposition matinale tend à avancer l'horloge, tandis qu'une exposition en soirée la retarde. Les longueurs d'onde bleues, autour de 470 nm, se révèlent les plus efficaces pour moduler les rythmes circadiens.

Toutefois, l'exposition à la lumière artificielle en début de soirée et durant la nuit (ALAN, artificial light at night) perturbe profondément le système circadien. Elle prolonge artificiellement la photopériode, retarde les rythmes physiologiques et comportementaux et réduit la durée totale de sommeil. Dans des populations jusque-là non exposées, l'introduction de lumière artificielle a entraîné un retard de l'endormissement supérieur à une heure, ainsi qu'une diminution équivalente du temps de sommeil. Combinée aux contraintes socioprofessionnelles qui imposent des réveils précoces, cette exposition conduit à une dette de sommeil accrue. Elle modifie également la structure du sommeil, en perturbant à la fois son initiation et son maintien, et provoque un désalignement entre rythmes biologiques et comportements, un phénomène connu sous le nom de « jetlag social ». La pollution lumineuse pénétrant à l'intérieur des habitats accentue encore ces effets, entraînant des altérations chroniques de l'architecture du sommeil. À l'inverse, une exposition à une lumière intense et riche en longueurs d'onde bleues, notamment le matin, permet de compenser en partie les effets délétères de la lumière artificielle nocturne. Or, nos modes de vie réduisent souvent l'accès à une lumière naturelle forte en début de journée, ce qui accentue l'impact négatif de l'éclairage artificiel nocturne.

Ces constats ont conduit à l'élaboration de recommandations par un groupe d'experts internationaux concernant l'exposition lumineuse au cours des 24 heures : favoriser une lumière intense et riche en composantes bleues pendant la journée ; utiliser le soir une lumière faible et appauvrie en bleu ; et préserver une obscurité totale durant la nuit.

La lumière, synchroniseur fondamental de notre horloge biologique, joue un rôle déterminant dans la régulation des rythmes circadiens. Son utilisation inadéquate, notamment par l'exposition nocturne à la lumière artificielle, entraîne des perturbations significatives du sommeil et de la santé. Une gestion raisonnée de l'exposition lumineuse apparaît donc comme un levier simple, mais essentiel, pour préserver l'équilibre circadien et promouvoir un meilleur bien-être physiologique et comportemental. ■

Session Équilibre

Compensation optique et équilibre : à quoi être attentif ? Quelques exemples choisis



Mme Charlotte
GAILLARD

Opticienne
Côté-Optique, Paris

10

Bulletin ARIBA n° 56

L'équilibre est un état qui paraît naturel et légitime à chacun et dont la fragilité ne s'entrevoit réellement que lorsqu'il est perturbé !

En effet, plusieurs sens sont engagés dans le processus de l'équilibre et l'individu doit être capable non seulement d'intégrer des informations venant de ces différents sens mais aussi de les utiliser afin de trouver et de maintenir en différentes circonstances cet équilibre.

Parmi ces sens, celui de la vue tient une place de choix et tout élément susceptible d'entraver la vision d'un individu est un élément susceptible d'entraver son équilibre.

Que cet élément concerne le développement de sa fonction visuelle pendant l'enfance, l'apparition de pathologies oculaires au cours de la vie et avec elles leur lot de signes et symptômes aussi divers que nombreux, ses amétropies ou bien encore les outils utilisés pour leurs compensations.

En tant qu'opticienne, ce sont en particulier ces outils qui intéressent ma pratique...

Et plutôt que de tenter de lister tous les éléments susceptibles d'influencer l'équilibre d'un patient à qui on fabrique un équipement optique, j'ai préféré vous présenter quelques exemples de patients éprouvant des difficultés relatives à leur équilibre et auxquels nous avons essayé d'apporter une aide en adaptant les outils optiques proposés.

Nous parlerons donc d'Assia, de Micheline et de Bruno :

Assia, 37 ans, présente une Rod Cone Dystrophy ainsi qu'une forte myopie. Responsable juridique

dans une grande société, elle est amenée à beaucoup se déplacer. Cependant, depuis quelques mois, elle décrit ressentir lorsqu'elle se déplace une sensation d'« être comme dans du coton ». Instable à la marche et en perte de confiance, elle a majoré son temps de télétravail et a renoncé au vélo, moyen de transport qu'elle affectionnait. Après avoir réalisé un bilan chez son généraliste, elle s'est tournée vers son ophtalmologiste qui lui a donné une prescription pour changer ses verres correcteurs (blancs et Carmina 4, teinte prescrite à partir de sa pathologie oculaire). Lors de la Mise En Situation d'Usage (MESU), le malaise que ressent Assia à la marche n'est pas soulagé : en verres blancs, l'instabilité reste la même et en verres teintés tout son environnement lui apparaît trop sombre pour qu'elle envisage même de se déplacer hors grand soleil. Les investigations sont donc menées afin d'essayer de savoir si le choix d'un équipement optique particulier l'aiderait à apaiser ses déplacements. L'ajout de filtres chromatiques, dont la teinte et l'intensité seront testés en situation lui ouvriront de nouvelles perspectives...

Micheline, retraitée de 82 ans, est pseudophake et présente une DMLA exsudative binoculaire depuis quelques années, traitée par IVT régulières. Son acuité visuelle (AV) est maintenue puisqu'en janvier 2024, elle a 9/10 OD, 8/10 OG et 9/10 ODG. Au printemps, elle décrit percevoir avec son œil droit des déformations associées à de ponctuels mais fréquents épisodes de diplopie verticale binoculaire. Son AV droite s'est effondrée à 3/10. Dans le même temps, Micheline commence à appréhender ses déplacements ; elle s'est effectivement fait peur à plusieurs reprises en butant sur des marches. Renvoyée en urgence vers son ophtalmologiste, celui-ci lui diagnostique une membrane épirétinienne dans son œil droit et elle nous est réadressée pour un bilan optique basse-vision : un changement de correction de son verre droit permet de retrouver une AV de 8/10... mais variable et l'image est décrite comme étant très déformée. En binoculaire, l'amélioration de l'AV droite rend plus perceptible encore les déformations et la diplopie binoculaire « uniquement à certains endroits » des éléments regardés, rend l'utilisation de prismes inadaptée. Micheline reprend donc contact avec son orthoptiste spécialisée en basse-vision et un travail concerté démarre afin de proposer à cette patiente un outil susceptible de soulager sa diplopie et d'améliorer

son confort dans sa vie courante, notamment lors de ses déplacements. A priori contre-intuitive, la solution la plus efficace sera pourtant de placer une pénalisation sphérique devant son OD.

Bruno, 62 ans, est cadre supérieur dans l'administration. Il **a subi, il y a moins de six mois un décollement de rétine de son œil gauche** à la suite duquel il explique avoir « perdu » cet œil. Il arrive au magasin pour changer son équipement optique. Sur sa prescription, il est noté que Bruno a besoin d'un verre progressif pour son œil droit et d'un verre plan devant son œil gauche, précisant qu'il s'agit d'un verre

« équilibre ». Lors de la MESU, Bruno réagit tout à fait favorablement à l'essai de la compensation optique, de loin comme de près. De nouvelles lunettes sont donc commandées. À leur livraison, Bruno est très déstabilisé et ne peut même pas se lever du fauteuil dans lequel il est installé ! Les recherches sont lancées : avec son nouvel équipement Bruno présente une AV de 12/10 à l'œil droit, de 1.6/10 à l'œil gauche et voit double verticalement en binoculaire... il faudra revenir à la conception des verres progressifs pour comprendre ce qui crée cette diplopie et pouvoir l'éradiquer sans toutefois (Bruno y tient !) lui retirer ses géométries progressives. ■



Plusieurs dispositifs étaient en lice : une mini-caméra avec ceinture haptique (SeeHaptic), les lunettes de réalité augmentée Luna Glass (CFLOU), les lunettes connectées i-Clari (Clary Optic), le casque de champ visuel Field Navigator (MC2), le dispositif de rééducation MoveRgo (MoveR) et l'application Loupe DMLA (Thomas Sinclair Laboratoires).

À l'issue du vote des congressistes, le prix a été attribué à **SeeHaptic** (ex Artha France). Ce dispositif se compose d'une mini-caméra clipsée sur les lunettes et d'une ceinture haptique. Les images captées sont converties en signaux tactiles transmis au niveau du bas du dos, permettant une perception de l'environnement par stimulation tactile.

Témoignage Transformer l'expérience du handicap : parcours, engagement et perspectives

M. Olivier DONVAL

Cadre de santé SMT-Médecine Physique Rééducation
Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild, Paris
Médaillé paralympique cyclisme

Je m'appelle Olivier Donval. Mon parcours s'est construit au croisement du sport de haut niveau, de mon engagement professionnel dans le secteur de la santé et de mon vécu personnel du handicap. Champion du monde 2011 en paracyclisme, médaillé de bronze aux Jeux paralympiques de Pékin 2008 et participant aux Jeux de 2004, 2008 et 2012, j'ai toujours cherché à donner le meilleur de moi-même. Mais au-delà des résultats sportifs, mon histoire est avant tout celle d'un cheminement vers l'équilibre, la compréhension de moi-même et l'adaptation aux environnements dans lesquels j'évolue.

En tant que kinésithérapeute puis cadre de santé à l'Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild, j'ai également construit un parcours professionnel où

l'accompagnement, la qualité de vie des personnes hospitalisées et la réflexion sur les situations de handicap occupent une place centrale.

Un équilibre de vie à construire

Au fil des années, j'ai dû apprendre à trouver un juste équilibre entre trois sphères essentielles :

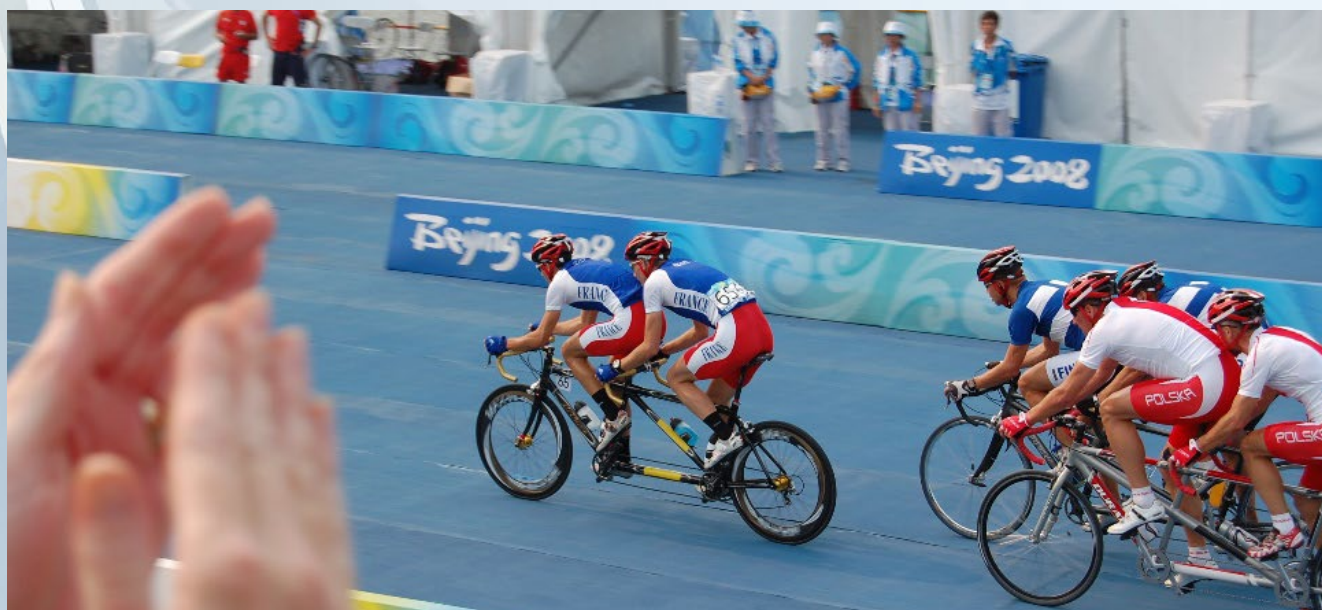
- **Ma vie personnelle**, source de stabilité, de relations et de ressources émotionnelles ;
- **Ma vie professionnelle**, qui m'offre sens, engagement et responsabilités ;
- **Ma vie sportive**, structurée par la rigueur, les entraînements et la quête de performance.

Cet équilibre n'est jamais acquis. Il se travaille, se réajuste, parfois se reconstruit. Ma trajectoire m'a appris l'importance de l'organisation et de la capacité à prioriser. C'est ainsi que j'ai pu avancer, préserver ma santé et continuer à performer comme à m'épanouir.

Comprendre le handicap tel que je le vis

La loi du 11 février 2005 définit le handicap comme une **limitation d'activité ou restriction de participation** subie dans un environnement donné en raison d'une altération durable ou définitive de fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques.

Cette définition m'a profondément marqué car elle décrit précisément ce que je vis : la rencontre entre **mes capacités personnelles et l'environnement** dans lequel j'évolue. Le handicap n'est pas seulement ce que mon corps ne fait pas ; il est aussi ce que le monde me permet – ou non – de réaliser.



Pour éclairer ce processus, je m'appuie souvent sur le **Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap (MDH-PPH)**. Ce modèle décrit le handicap comme un phénomène dynamique, influencé par trois dimensions :

- **Les facteurs personnels** : mes capacités, mes stratégies, mes limitations ;
- **Les facteurs environnementaux** : accessibilité, attitudes sociales, organisations sociales, soutien de l'entourage ;

- **Les habitudes de vie** : activités quotidiennes, rôles sociaux, participation dans différents contextes.

Ce modèle a été un véritable outil de compréhension : il m'a permis de sortir d'une vision centrée sur la déficience pour adopter une lecture centrée sur l'activité avec une approche plus globale, plus juste et plus constructive de mon expérience.

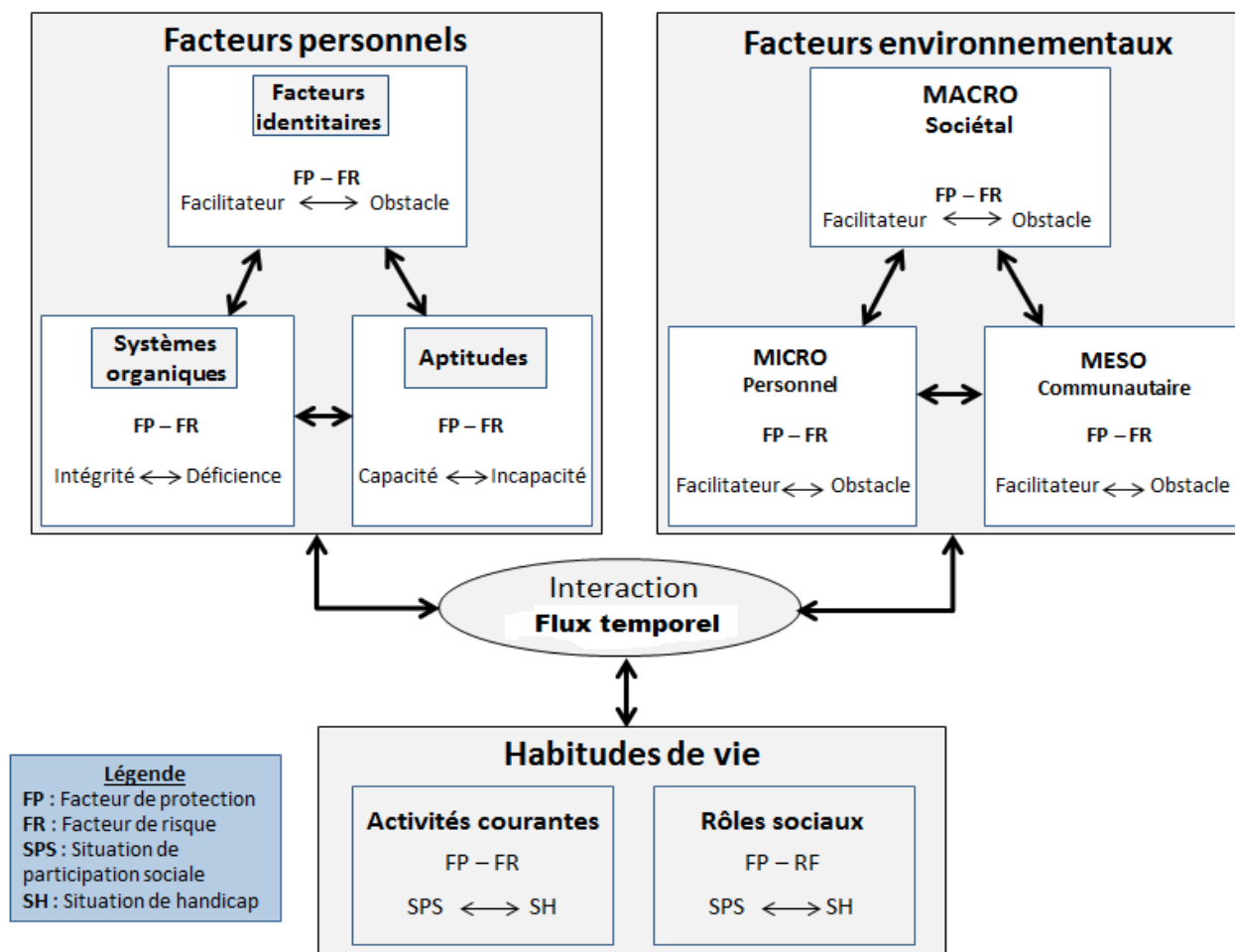


Figure 1. Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap (MDH-PPH)

Les déterminants de santé

Au fil de mon parcours, j'ai également compris que la santé repose sur un ensemble de déterminants qui se combinent et interagissent. Certains sont intrinsèques à qui je suis – mon âge, mon état physiologique, mon vécu, mes vulnérabilités – tandis que d'autres relèvent de mon environnement : qualité des soins, accessibilité, soutien social, conditions de travail, niveau socio-économique.

À cela s'ajoutent mes **habitudes de vie**, façonnées par mon éducation, mes possibilités réelles d'agir et les environnements que je fréquente. Ces déterminants peuvent être des leviers puissants qui renforcent mes ressources, facilitent ma participation et améliorent ma qualité de vie... ou au contraire des obstacles majeurs qui limitent mes choix et créent des inégalités. Les reconnaître a été essentiel pour agir, demander de l'aide lorsque nécessaire et mieux accompagner les patients dans ma pratique professionnelle.

Les domaines d'activité qui structurent mon parcours de vie

Tout au long de mon existence, j'ai traversé différentes étapes – de l'enfance à aujourd'hui – dans lesquelles trois grands domaines d'activité ont contribué à façonner mon identité et ma place dans la société.

1. Mon activité scolaire et professionnelle

Les environnements éducatifs et professionnels ont largement influencé mon développement. J'y ai rencontré des facilitateurs comme des obstacles : accessibilité, soutien, attentes, stéréotypes, compréhension du handicap... Ces expériences m'ont appris que l'inclusion n'est pas qu'une question de volonté individuelle mais dépend aussi de l'adaptation collective et institutionnelle.

2. Mon activité sportive

Le sport est le pilier majeur de ma construction personnelle. Il m'a offert un espace d'expression, de performance et d'apprentissage. Mes participations aux Jeux paralympiques et mon titre mondial représentent bien plus que des résultats : ce sont des symboles de persévérance, mais aussi la preuve que, grâce aux moyens de suppléance comme le tandem et la présence d'un guide, j'ai pu dépasser mes limitations visuelles.

Ces expériences ont façonné ma confiance en moi, ma résilience et mon rapport à l'effort.

3. Mon activité personnelle

Ma vie personnelle englobe mes relations sociales, affectives, familiales, mes loisirs et mon équilibre psychologique. Cette dimension, parfois invisible, est pourtant essentielle. Elle m'a appris à respecter mes limites, à préserver mon énergie et à faire des choix alignés avec mes valeurs.

Indépendance et autonomie : une distinction essentielle

J'ai appris à distinguer deux notions que l'on confond souvent :

- L'indépendance correspond à l'absence d'attaches ou de dépendance à autrui ou à une organisation ;
- L'autonomie, qui désigne la capacité à décider par soi-même.

On peut être autonome tout en ayant besoin d'aide. Cette distinction a été fondamentale dans ma manière de percevoir mon handicap et dans ma pratique professionnelle. L'enjeu n'est pas de faire seul, mais de rester acteur de ses choix.

Conclusion : un témoignage pour inspirer et transformer

Mon parcours est celui d'un individu avec ses forces, ses vulnérabilités et ses ambitions, qui a appris à avancer dans un monde tantôt facilitant, tantôt limitant. Si je partage ce témoignage, c'est pour rappeler que chacun peut trouver sa place, tracer sa voie et contribuer pleinement à la société lorsque les environnements s'adaptent et que les ressources sont mobilisées. ■

Congrès 2025 : le sans-faute belge

Nos congressistes belges ont signé un véritable hold-up, en remportant les deux lots du congrès.

Le Ticket d'Or Voxiweb, offrant un iPhone 17, a été remporté par **Irys Kottas**, psychologue clinicienne au sein des Amis des Aveugles et Malvoyants à Mons.

Le casque Bose offert par ARIBa, est revenu à **Kathleen Beni**, orthoptiste au CRF Points de Vue à Ottignies.

Félicitations à elles !



Session Regards pluridisciplinaires
sur la situation de l'enfant

Conséquences de la déficience visuelle d'origine cérébrale sur le développement de l'enfant



Dr Béatrice LE BAIL
Ophtalmologiste
Institut de Réadaptation
Visuelle Saint-Louis, Paris

Dans les pays industrialisés depuis plus de 30 ans, l'évolution de notre mode de vie (augmentation de l'âge moyen de la première grossesse), les progrès thérapeutiques dans le dépistage et le traitement des affections oculaires héréditaires, les spécificités des prises en soins de la prématurité et de la périnatalité font que le paysage des affections sources de handicap visuel chez les enfants s'est modifié.

Dans ses interventions, Dr Hélène Dalens nous rappelle que dès les années 90 la littérature scientifique confirme l'importance croissante des pathologies d'origine cérébrale (1996 Rosenberg 45 % ; 1998 Meire 19 %). Les CVI (Cerebral Visual Impairment) sont désormais la première cause de déficience visuelle chez l'enfant.

L'impact de ces pathologies sur le développement de l'enfant se traduit par une intrication et une complexité des tableaux cliniques. Ceux-ci sont très variés allant du retard isolé pour un apprentissage, à des situations de polyhandicaps avec restriction extrême de l'autonomie en passant par la survenue possible de troubles de la relation et de la communication de type Trouble du Spectre Autistique. Les handicaps associés à la déficience visuelle toucheraient 60 à 70 % des enfants concernés (Sonksen).

La précocité de ces atteintes, survenant sur un cerveau en développement immature, vulnérable, avec une grande plasticité cérébrale, entraîne un remaniement neuronal avec une réorganisation spontanée sur la lésion cérébrale. Chez l'enfant, les troubles neurovisuels observés sont donc fort différents de ceux décrits chez l'adulte. On distingue :

- des lésions des radiations optiques ou du cortex visuel primaire avec déficits périmétriques ;

- des atteintes des deux voies visuelles corticales dorsale et ventrale, sources de troubles gnosiques et de troubles des fonctions visuo-motrices ;
- des lésions de différentes aires oculomotrices, corticales, sous-corticales touchant le contrôle et la coordination des mouvements du regard.

Les TND (troubles neurodéveloppementaux) vont donc générer de multiples atteintes :

- Retard global de développement avec possible déficience intellectuelle.
- Trouble du spectre autistique, avec une expression fort différente selon la profondeur du handicap visuel. Chez l'enfant déficient visuel sévère ou aveugle, les TND peuvent conduire à des TSA dans 40 % des cas (Absoud, De Verdier 2018). Dans la population des enfants présentant une malvoyance légère ou modérée on observe des comportements de type autistique beaucoup moins fréquents et qui auront en général une évolution favorable sous réserve d'une prise en charge adaptée. Dans les TSA l'atypicité du regard même chez les enfants bien voyants peut sans doute être considérée comme un TND.
- Les DYS : TDL (trouble du langage), TDC (trouble des coordinations), TDAH (trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité), troubles dysexécutifs, troubles du langage écrit et du calcul.
- Les cécités corticales, tableaux gravissimes qui, en général, récupèrent au moins partiellement, mais avec souvent des syndromes dysexécutifs séquellaires.
- Les atteintes de la voie ventrale : les dysgnosies qui peuvent perturber la perception et la compréhension de l'environnement (perception des images, identification des visages à type de prosopagnosie).
- Les atteintes de la voie dorsale avec retentissement sur les fonctions visuo-motrices, visuo-spatiales, atteinte de la 2D, atteintes des praxies du regard, ou de l'attention visuelle (perception simultanée, simultagnosie).

Enfin, il faut noter que ces multiples troubles neurodéveloppementaux peuvent se compliquer de pathologies oculaires périphériques ou d'autres atteintes cognitives associées (déficit intellectuel en particulier). Proposer une prise en charge adaptée est alors un véritable défi. Il faut pouvoir réaliser des bilans multidisciplinaires les plus exhaustifs possibles avec les ressources existantes sur le territoire géographique.

Se posent alors deux problématiques :

- proposer à l'enfant et à sa famille une orientation vers la filière de soins la plus adaptée à sa situation spécifique,
- pour cela disposer de tests normés de bilans neuro visuels interprétables pour la population des déficients visuels. Mmes Clémence Labat et Emma Rives dans leur mémoire de DU « Techniques de Compensation du Handicap Visuel » 2025, ont mis en évidence la possibilité d'utiliser certains tests normés en cas de déficience visuelle légère, modérée et parfois même sévère.

En conclusion, retenons que les atteintes visuelles d'origine cérébrale chez l'enfant sont sources de multiples tableaux cliniques, parmi lesquels il est fort difficile de s'y retrouver. Ils retentissent de façon majeure sur le développement de l'enfant, ses possibilités d'apprentissages, de communications et d'interactions sociales.

Ce « brouillard diagnostic » est aggravé par l'absence de classification internationale de ces pathologies, et espérons que les travaux en cours nous permettront de mieux nous y retrouver ! ■



CA ARIBa

Passation de présidence

À l'issue du congrès ARIBa 2025, Béatrice Le Bail a souhaité transmettre la présidence, qu'elle assurait depuis quatorze ans.

Luc Jeanjean a été élu à l'unanimité pour lui succéder et lui a proposé de poursuivre son engagement en tant que vice-présidente, assurant ainsi la continuité de l'action engagée.



BUREAU

- Président : JEANJEAN Luc
- Présidents d'honneur : ARNAUD Bernard, CORBÉ Christian
- Vice-présidentes : LE BAIL Béatrice, MEYNIEL Claire
- Secrétaire : BEAUNOIR Marie-Pierre
- Secrétaire adjointe : DEMATONS Nathalie
- Trésorier : WAQUET Robert
- Trésorier adjoint : BLANC Philippe

MEMBRES

BLAISOT Armelle, DASSIE-AJDID Julie, DELLABE Olivier, LAUMONIER-DEMORY Elsa, LÉON Didier, MÉLUSSON Armelle, NARDI Franck, ORSSAUD Christophe, ORVEILLON-PRIGENT Laurence, PRAUD Romain, ROBERT Pierre-Yves, SMADJA Vanessa.

Appel à candidatures élections partielles 2026

Mandat de quatre ans

Un renouvellement partiel du Conseil d'administration aura lieu au printemps 2026.

Les adhérents souhaitant se porter candidats sont invités à adresser, **avant le 7 avril 2026**, un courriel de présentation (dix lignes maximum) à : ariba-bv@orange.fr

Le vote se déroulera en avril 2026. Les résultats seront annoncés lors de l'Assemblée Générale de la session de printemps ARIBa du 10 mai 2026, à Paris, dans le cadre du congrès de la SFO.

Rejoignez le réseau francophone de référence en basse vision !

Devenez membre de l'ARIBa et bénéficiez d'un réseau actif de professionnels référents, de ressources spécialisées et d'une visibilité accrue auprès des patients et des acteurs du secteur.

Vos avantages

- Tarifs préférentiels pour les réunions scientifiques et publications ARIBa
- Accès prioritaire aux sessions de printemps.
- Réception du Bulletin semestriel et de ses contenus professionnels
- Référencement dans l'annuaire en ligne ARIBa, outil de référence consultés par les professionnels et les patients

L'annuaire ARIBa : un outil de référence



La carte des adhérents ARIBa référence les professionnels impliqués dans la prise en charge des déficients visuels

- quatre codes couleur utilisés,
- trouvez rapidement le professionnel francophone dont vous avez besoin.



Adhérents

ARIBa,
carrefour de pratiques
et d'expériences
en basse vision.

Règlement :

- par chèque à l'ordre de ARIBa
ARIBa, 12 chemin du Belvédère, 30900 Nîmes
- ou par virement bancaire - IBAN ARIBa :
FR76 1350 6100 0091 0254 5100 144 / AGRIFRPP835
- ou par carte bancaire - en ligne sur notre site internet

Adhère en 2 minutes

Simple • Rapide • En Ligne

Adhésion • Inscriptions • Éditions

www.ariba-vision.org



Adhérer

ADHÉSION 2026

VALABLE JUSQU'AU
15 FÉVRIER 2027

Coordonnées à référencer dans la carte :

Structure : _____

☐ Mme ☐ M. ☐ Dr ☐ Pr

Nom : _____

Prénom : _____

Profession : _____

☐ en activité ☐ retraité ☐ en recherche d'emploi ☐ étudiant

Adresse : _____

CP - Ville : _____

Pays : _____

tél. fixe : _____

tél. mobile : _____

courriel : _____

- ☐ 50 € : professionnel en activité
- ☐ 20 € : retraité / en recherche d'emploi
- ☐ gratuit : étudiant sans activité rémunérée. Joindre justificatif.

☐ 90 € INSTITUTIONNEL : deux personnes d'une même structure
→ adresse identique pour les deux adhérents.

Adhérent 1 - nom, prénom : _____

profession : _____

courriel : _____

Adhérent 2 - nom, prénom : _____

profession : _____

courriel : _____

☐ ADHÉSIONS GROUPÉES (à partir de 10) : nous consulter.

PATHOLOGIES GÉNÉTIQUES (ophtalmologiques)

PARCOURS DE VIE

Session de printemps

Dimanche 10 mai 2026 | 14h30 - 17h45

Paris, Palais des Congrès - SALLE 252A

Coordination

Marie-Pierre Beaunoir

Elsa Laumonier-Demory

Béatrice Le Bail

Claire Meyniel

14:30 **INTRODUCTION** : Dr Luc Jeanjean, président ARIBa

PARCOURS DE VIE - ADULTE

Modération : Dr Luc Jeanjean, Pr Pierre-Yves Robert

14:35 Des symptômes à l'orientation en génétique :
histoires cliniques

Dr Claire Meyniel, neuro-ophtalmologiste
Pitié Salpêtrière, Paris / Ophtalliance, Nantes

14:50 Les bases de la génétique en ophtalmologie
Pr Claire-Marie Dhaenens, biologiste moléculaire
CHU Lille

15:05 Annonce : l'impact psychologique du diagnostic
Mme Nathalie Vanlandeghem, psychologue, Paris

15:20 Pathologies cécitantes de l'adulte :
les perspectives thérapeutiques
Dr Christophe Orssaud, ophtalmologiste
Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

15:35 Les compensations visuelles de demain
Dr Luc Jeanjean, chef de service OPH CHU Nîmes,
médecin chef Clinique Aramav, Nîmes

15:50 *Discussions* : pathologies ophtalmologiques
génétiques - parcours de vie de l'adulte

16:00 **Assemblée Générale ARIBa**
Résultats élections CA : Luc Jeanjean, président
Présentation des comptes : Robert Waquet, trésorier

PARCOURS DE VIE - ENFANT

Modération : Dr Béatrice Le Bail, Dr Julie Dassie-Ajdidi

16:30 Des symptômes à l'orientation en génétique :
histoires cliniques

Dr Elsa Laumonier-Demory, ophtalmologiste
Hôpital Fondation Rothschild, Paris

16:45 Parcours de vie
Dr Béatrice Le Bail, ophtalmologiste
Institut de Réadaptation Visuelle Saint-Louis, Paris

17:00 Prise en charge rééducative pluridisciplinaire
en libéral
Mme Charlotte Laurent Es-Sabri, orthoptiste
Cabinet Optimise, Lyon

17:15 Comment permettre le maintien d'une pratique
sportive ? Limitations et adaptations
Mme Armelle Mélusson, orthoptiste
Orthatlantic, Nantes
M. Romain Praud, opticien, responsable relations
Santé Audioptic, Clamart

17:30 *Discussions* : pathologies ophtalmologiques
génétiques - parcours de vie de l'enfant

16:05 **PAUSE LIBRE**

17:40 **SYNTHÈSE, CONCLUSION**

Palais des Congrès
2 place de la Porte Maillot
Paris 17^e

RÉSERVÉ AUX PROFESSIONNELS

INSCRIPTION AVANT LE 8 AVRIL 2026

Avant de remplir ce bulletin, merci de vérifier
votre situation :

• **Déjà inscrit au congrès SFO 2026 :**

Ne remplissez pas ce bulletin.

Votre badge SFO permet un accès direct à la session
ARIBa.

• **Ophtalmologistes :**

Conformément aux règles de la SFO, l'accès au congrès
et ses sessions partenaires est réservé aux membres
SFO à jour de leur cotisation.

*En conséquence, ARIBa n'enregistrera pas les
inscriptions d'ophtalmologistes. Ils accèdent à
la session ARIBa avec leur badge SFO.*



[s'inscrire en ligne](#)

*Bulletins papier (inscription, adhésion) :
ne renseignez vos coordonnées qu'une seule fois et indiquez
« idem » sur l'autre formulaire.*

Règlement :

- par chèque à l'ordre de ARIBa
ARIBa, 12 chemin du Belvédère, 30900 Nîmes
- ou par virement bancaire - IBAN ARIBa :
FR76 1350 6100 0091 0254 5100 144 / AGRIFRPP835
- ou par carte bancaire - en ligne sur notre site internet



12 chemin du Belvédère, 30900 Nîmes
04 66 68 00 30
ariba-bv@orange.fr

BULLETIN D'INSCRIPTION

Seules les personnes NON inscrites au congrès 2026 de la SFO
doivent utiliser ce bulletin pour obtenir un badge ARIBa.

Ophtalmologistes : inscription non gérée par ARIBa – accès
avec badge SFO uniquement.

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

profession (obligatoire) : _____

☐ en activité ☐ retraité

Adresse : _____

CP - Ville : _____

Pays : _____

courriel : _____

☐ offert : adhérents ARIBa 2026, retraités

☐ 15 € : non adhérents ARIBa 2026

- Étudiants : adhésion ARIBa offerte
- L'inscription à la session ARIBa seule n'inclut pas l'accès aux
conférences de la SFO, ni à son espace exposition, hormis les
stands associations situés au niveau 2.

VOXIWEB
PROPOSE
DES SOLUTIONS
INNOVANTES
QUELLE QUE SOIT
VOTRE VUE

LÀ C'EST TROP PETIT

ESSAYEZ LE VOXIVISION 2

NOUVELLES FONCTIONNALITÉS
MAI 2026



voxweb