

## DÉFICIENCES VISUELLES



Professeur Pierre-Yves ROBERT,  
Chef de service au CHU de Limoges

La Société Française d'Ophtalmologie nous offre l'occasion de publier pour la première fois un ouvrage consacré aux déficiences visuelles. Rappelons que les premiers instituts pour aveugles remontent à ceux instaurés par Valentin Haüy à la fin du 18<sup>e</sup> siècle, les Instituts de réadaptation visuelle à la deuxième moitié du 20<sup>e</sup> siècle. La place de la réadaptation des déficients visuels a été reconnue en 2015 à l'échelle mondiale, au travers d'une conférence de consensus de l'OMS à Rome.

Nous avons souhaité faire de ce rapport un support scientifique mais aussi pratique. Notre objectif est de fournir aux ophtalmologistes un état de la recherche médicale, et également de leur proposer une réponse à toutes les questions qu'ils se posent lorsqu'un déficient visuel franchit la porte de leur cabinet. Nous souhaitons également faire reconnaître l'ensemble des professionnels qui traitent les déficiences visuelles, et promouvoir la réadaptation visuelle auprès des organismes financeurs: Pouvoirs Publics, Assurance Maladie, Mutuelles...

### SFO > COMMENT DÉFINIT-ON LES DÉFICIENCES VISUELLES ?

**Pierre-Yves ROBERT** > L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parle de **déficience visuelle lorsque l'acuité visuelle est inférieure à 3/10<sup>e</sup> sur le meilleur œil**. Ce critère est repris dans la Classification Internationale des Maladies CIM 10. Cette définition de l'OMS se base uniquement sur l'acuité visuelle, car elle doit être pratique et applicable partout avec de faibles moyens d'investigation. Il existe néanmoins des affections graves qui n'entrent pas dans ces catégories, mais qui pourraient cependant être éligibles à la réadaptation visuelle, par exemple les patients atteints de rétinopathie pigmentaire ou de glaucome avec vision centrale conservée, les patients atteints d'hémianopsie, ou les patients souffrant d'une agnosie visuelle suite à une atrophie corticale postérieure.

### 👁️ > EXISTE-T-IL UNE CLASSIFICATION SELON LEUR GRAVITÉ, LEUR TYPE ?

Il existe, dans la classification OMS basée sur la CIM10, 6 catégories classées de 0 à 5 :

- **Catégorie 0** : déficience légère ou absente
- **Catégorie 1** : déficience modérée (acuité inférieure à 3/10 sur le meilleur œil)

- **Catégorie 2** : déficience sévère
- **Catégorie 3** : cécité légale (acuité inférieure à 1/20 sur le meilleur œil)
- **Catégorie 4** : cécité
- **Catégorie 5** : non-voyance (absence de perception lumineuse bilatérale)

### 👁️ > QUELLES SONT LES PRINCIPALES CAUSES DE DÉFICIENCES VISUELLES ?

#### Dans le monde :

- La cataracte représente 33% des cas de déficiences visuelles
- Les troubles réfractifs non corrigés 21%
- La DMLA 6.6%
- Le glaucome 6.5%
- La rétinopathie diabétique 2.6%

#### Et en Europe :

- La DMLA 41.4%
- Les amétropies non corrigées 13.8%
- Le glaucome 10.6%
- La rétinopathie diabétique 4.2%

La prévalence des déficiences visuelles augmente avec l'âge et considérablement après 80 ans. On compte 223 millions de personnes souffrant de déficits visuels dans le monde (acuité visuelle inférieure à 3/10<sup>e</sup> sur le meilleur œil) et 32 millions de personnes atteintes de cécité légale (acuité visuelle inférieure à 1/20<sup>e</sup> sur le meilleur œil).

### 👁️ > QUEL EST LE BILAN À RÉALISER ?

Outre l'examen ophtalmologique standard, la prise en charge d'un déficient visuel implique de caractériser aussi précisément que possible la capacité visuelle résiduelle du patient, ce qui peut impliquer un bilan spécifique :

- **Un bilan orthoptique Basse Vision** codifié et réalisé par un orthoptiste permettra de mesurer la capacité de fixation, de poursuite du regard, la qualité de la lecture...
- **Un examen de micropérimétrie** peut mesurer la qualité de la fixation du regard. Cet appareil est un champ visuel muni d'un Eye Tracker qui se stabilise sur l'œil du patient et enregistre exactement où ce dernier regarde. Certains logiciels avec biofeedback permettent également une rééducation assistée par signal sonore du point de fixation.



- **Un examen de champ visuel au sol** permet d'évaluer les zones où le patient voit et celles où il ne voit pas, en condition de mobilité, notamment avec des stimuli visuels placés à 1 m (zone de sécurité), et à 5 m (zone d'anticipation).
- **Un bilan multidisciplinaire** permettra enfin de révéler tous les retentissements du handicap visuel dans la vie quotidienne du patient.

### > EXISTE-T-IL DES MOYENS THÉRAPEUTIQUES ?

Nous avons consigné dans le rapport quelques conseils permettant aux ophtalmologistes d'aménager leur cabinet de manière adaptée **à l'accueil des patients atteints de déficience visuelle** : adopter une signalétique appropriée, éviter de laisser un obstacle non contrasté (une table basse ou un pot de fleur) au milieu d'une pièce, appeler le patient par son nom, le guider à travers la salle d'attente, être attentif à la nature de son handicap et à l'attente spécifique qu'il a de la consultation.

**L'adaptation** qui consiste à adapter l'environnement du patient à son handicap : adaptation du domicile, apprentissage de la technique de guide à ses proches, ou encore étude des conditions d'éclairage et de contraste sur tous les postes de son environnement (lecture, informatique, cuisine...)

Les nouvelles technologies offrent également un éventail de moyens très sophistiqués, tels les systèmes géolocalisés GPS ou utilisant les techniques de réalité augmentée, mais ils sont encore relativement coûteux.

**La réhabilitation de la perception visuelle** est un domaine où la recherche avance énormément, et qui est porteur de grands espoirs chez les patients :

- **Prothèses rétinienne**, pour les patients non-voyants avec une intégrité conservée des structures de l'œil.
- **Thérapies géniques** apportant au gène déficient une information génétique nouvelle.
- **Thérapies optogénétiques** substituant d'autres cellules pour remplacer les photorécepteurs détruits.

**La réadaptation visuelle**, qui constitue une grande partie du rapport SFO 2017, est une prise en charge multidisciplinaire qui a pour but de réadapter le patient à son environnement. De nombreux professionnels sont mobilisés : ophtalmologistes, orthoptistes, opticiens basse vision, psychologues spécialisés, instructeurs de locomotion, psychomotriciens, ergothérapeutes, assistantes sociales...

**Les clés d'une réadaptation visuelle réussie sont les suivantes :**

- **La déficience visuelle doit être avérée** : A titre d'exemple, il est souvent nécessaire de rappeler qu'un patient qui a une perte d'un seul œil n'est pas déficient visuel.
- **Un retentissement de la déficience visuelle sur la vie quotidienne**. Certains patients pourtant non-voyants ont une vie quotidienne parfaitement autonome, et n'ont pas besoin d'une réadaptation.

- **La cognition, la motivation et la détermination** du patient doivent être compatibles avec une réadaptation, qui nécessite beaucoup de patience et d'énergie !

### > ET QUE FAIRE LORSQU'ELLES TOUCHENT DES ENFANTS ?

La déficience visuelle de l'enfant est spécifique, car elle interfère avec le développement psychomoteur et social de l'enfant. Par exemple, un enfant souffrant de déficience visuelle n'apprendra pas à marcher tout à fait comme les autres. Il est indispensable de gérer la prise en charge de la déficience visuelle en articulation avec la scolarisation.

La prise en charge des enfants est primordiale et doit être la plus précoce possible. Elle permettra dans une double démarche de réhabiliter la fonction visuelle résiduelle, et de développer les sens compensatoires (l'ouïe, le toucher, le sens des masses...)

### > A QUELLES AIDES PEUVENT PRÉTENDRE LES PERSONNES CONCERNÉES PAR LES DÉFICIENCES VISUELLES ?

La question du financement des aides visuelles est un problème mondial. Les matériels nécessaires peuvent être très peu chers (amélioration de l'éclairage), ou très onéreux (télé-agrandisseurs de dernière génération).

En France, le financement dépend de l'âge du patient. Avant l'âge de 60 ans, la prise en charge s'opère par le biais de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Après 60 ans, la prise en charge est différente et est assurée par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui dépend du département.

### LES GRANDES INNOVATIONS DU RAPPORT SFO SUR LES DÉFICIENCES VISUELLES :

**28 récits de vie** qui apportent des témoignages de patients qui ont su s'adapter à leur environnement et réussir leur vie malgré leur déficience visuelle : chef d'entreprise, journaliste, avocat, compositeur, psychanalyste, aventurier, professeur des universités... et un alpiniste qui a vaincu le Mont-Blanc et le Kilimandjaro !

**27 fiches cliniques** qui donnent des conseils pour mener à bien la réadaptation dans des situations précises, telles que : l'enfant d'âge préscolaire, l'enfant d'âge scolaire avec troubles de la relation (autisme...), la myopie forte dégénérative, la surdité, la sclérose en plaques, la réadaptation après la pose d'un implant rétinien, la DMLA avec un entourage absent...

**10 Propositions pour améliorer la prise en charge des déficients visuels en France**. La première de ces propositions est d'encourager l'implication des ophtalmologistes, véritables chefs d'orchestre de la réadaptation visuelle, qui peut transformer la vie de nos patients. La parution de ce rapport Déficiences visuelles commandé par le Conseil d'Administration de la SFO montre que la sensibilisation massive des ophtalmologistes est en marche !