

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html> le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pediatrie", en minuscules et sans accents.

Colloque de Pédiatrie Lausanne-Genève du 5 mai 2015

Le développement de l'enfant malvoyant, variante de la norme?

Oratrice: Dr M. Macherel (CHUV, Lausanne)

Le développement de l'enfant malvoyant, variante de la norme.

La doctoresse Macherel travaille au centre pédagogique des enfants malvoyants. Le CPHV est le centre de référence pour la Romandie à Lausanne, à Genève il existe un autre centre. Le Service Educatif Itinérant basse vision travaille à domicile pour les enfants malvoyants.

La vision normale est définie comme la meilleure vision d'un œil après correction. Un enfant malvoyant a une acuité visuelle diminuée en-dessous de 3/10 à 5 m ; également, la cécité est définie comme une vision <1/10, impossibilité de compter les doigts à mètre, perception mauvaise des couleurs, des ombres.

Les critères pour l'assurance invalidité sont une vision inférieure à 3/10 des deux yeux ou 2/10 et d'un œil 4/10 de l'autre et atteinte du champ visuel.

Dans le monde, on estime 19 millions le nombre d'enfants avec déficience visuelle, à 12 millions ceux avec un trouble visuel non corrigé, et 1.4 millions d'enfants aveugles.

Les causes de malvoyance sont la cataracte, le glaucome, la rétinopathie du prématuré, l'atteinte du nerf optique ou des voies rétrochiasmatique (surtout dans les pays modernes)

La cécité est périphérique s'il y a atteinte de l'œil ou du nerf optique avant le chiasma. Elle est centrale lors d'atteinte rétrochiasmatique. Lors de cécité périphérique, il existe une capacité visuelle résiduelle.

La vision implique quatre fonctions : voir, regarder (oculomotricité), reconnaître (voie visuelle primaire), comprendre : gnosie visuelle (comprendre ce que l'on voit).

La cécité périphérique, liée à une rétinopathie du prématuré, à une amaurose de Lébert (dystrophie rétinienne), à une hypoplasie du nerf optique, un albinisme, à une cataracte congénitale. La cécité périphérique est souvent incomplète, on note une errance du regard, l'absence de réflexe photomoteur.

La cécité centrale (DVOC) présente une clinique variable, parfois il n'y a pas de comportement de malvoyants mais des traits autistiques (spectrum visual disorders).

La clinique est variable, soit avec des troubles visio spatiaux (impossibilité de reconnaître des images enchevêtrées, difficultés à identifier des détails), une hémianopsie. Souvent la vision périphérique est conservée. Il peut y avoir des troubles des gnosies (circuit ventral : who, reconnaissance ; par exemple prosopagnosie) et dorsales (where) trouble de la navigation.

Les DVOC ont des causes diverses, comme leucomalacie.

Il existe une classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), pas forcément liées à l'acuité visuelle.

Le développement de l'enfant malvoyant est plutôt atypique : When sight is lacking, it is difficult to build up a picture of the world.

Les principales étapes de développement normal sont marquées par la vision (sourire, se déplacer, interagir) d'où la nécessité de trouver un autre moyen. La vue stimule toutes les étapes du développement normal.

Chez l'enfant malvoyant, le développement semble normal dans les trois premiers mois, puis souvent il y a un arrêt de l'acquisition de la motricité la stimulation verbale, la poursuite visuelle peut-être présente au début (réflexe colliculaire, non fonctionnels)

Entre trois et six mois, il y a un mauvais contrôle de la tête ; puis une ataxie tronc tête (hypothèse : manque du feed-back visuel), un retard de l'acquisition de la position assise, pas de quatre pattes. Souvent il y a une hypotonie globale et la tête reste baissée.

L'équipe de Fazzi (Italie) a étudié les prérequis indispensables à l'acquisition de la marche ; la capacité à prendre un objet est retardée (stimuli auditifs). Le développement du langage est également touché (absence de la communication non verbale), le développement est plus long, la phase d'écholalie est prolongée, il y a un retard de l'usage des pronoms. Parfois l'enfant est silencieux, parfois il peut développer un hyper contact verbale. Il y a d'importantes difficultés à associer nom et image.

Dans le développement cognitif, il y a un retard de l'acquisition de la permanence de l'objet, un retard du pointage, la manipulation est retardée. L'image mentale du monde est touchée.

En général, le rattrapage du développement est effectué vers huit ans, mais le développement de concept (par exemple étoile, guerre) est acquise très tardivement. Le développement cognitif présente un retard du jeu sensorimoteur, du représentatif et une atteinte du jeu symbolique.

Il y a aussi un retard de l'attachement maternel (absence de sourire), des expressions (visage figé), des difficultés du comportement alimentaire (dysoralité).

L'enfant développe des défenses tactiles (malgré la malvoyance, la sensibilité des autres sens n'est pas innée). La différenciation entre soi et les autres (identité personnelle) est également touchée.

Le développement psychoaffectif montre un caractère anxieux, parfois une tendance à l'isolement, une absence d'agressivité.

Il existe des stéréotypies : balancement, sautellement, pied explorateur donnant un aspect bizarre. Il y a des signes oculo digitaux : stimulation du globe oculaire par pression répétée, pouvant donner une stimulation du cortex visuel, éventuellement une sécrétion d'endorphine endogène et une autostimulation.

Le comportement ressemble un comportement de type autistique. Le handicap sensoriel est à risque psychopathologique d'un développement autistique. Le diagnostic différentiel est important, la prise en charge est différente, la rééducation en milieu spécialisé est nécessaire. Chez l'enfant malvoyant, des critères comme régression, manque de stimuli, angoisses de séparation majeure peuvent suggérer un autisme. Le développement visuel joue un rôle majeur dans le développement « nous sommes parfois aveugle au développement de l'enfant aveugle » (Fazzi)

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch