1. **L’enfant déficient visuel :**

« La vision est la modalité sensorielle la plus développé chez l’homme. » (Morange-Majoux, 2017, p.75)

La vision est une sensorialité en pleine évolution jusqu’à la fin de l’enfance. Elle intervient comme un des moteurs de la communication, car dès la naissance l’enfant s’en sert pour établir le contact, parler du regard, pour « boire du regard » de sa maman.

Il est nécessaire donc de faire dépister toute anomalie visuelle chez l’enfant avec une prise en charge précoce dès les premières années.

Lorsqu’elle survient, la cécité précoce à un impact considérable sur l’entourage. En effet, outre le traumatisme qui accompagne toujours la révélation d’un handicap grave, les familles d’enfants aveugles sont très désorientées en raison du rôle irremplaçable que joue la vision dans l’acquisition des connaissances, dans la communication sociale et en générale dans l’adaptation à l’environnement.

Heureusement que les effets de la cécité sur le développement cognitif de l’enfant ne concerne que quelques secteurs des activités psychologiques et peuvent être atténuées par des mesures éducatives appropriées.

**1.1 Définition de la déficience visuelle :**

Sur le plan légal la définition de la cécité varie d’un pays à l’autre, mais elle repose toujours sur une évaluation médicale de la déficience et de la vision centrale (focale). Par exemple : en France, on qualifie d’aveugles les personnes dont l’acuité visuelle est égale ou inférieure à 1/20 du meilleur œil après correction sur l’échelle de Snellen. Les aveugles ainsi définis ont le droit au port de la canne blanche et à des prestations sociales spécifiques.

L’amblyopie est la conséquence d’une anomalie de la vision non traitée à temps, le strabisme. Le cerveau apprend vite à sélectionner les images nettes provenant du bon œil au détriment de l’autre, en inhibant peu à peu, l’aspect fonctionnel des cellules neurologiques. L’œil qui produit de mauvaises images va être mis au repos et ses informations vont être éliminées du traitement cérébral.

Les amblyopes sont en majorité des strabiques. En dehors des strabismes, les causes les plus fréquentes des amblyopies sont les troubles de la réfraction classés dans les autres déficiences visuelles.

**1.2** **Les autres déficiences visuelles :**

– La myopie, l’hypermétropie et l’astigmatisme sont également nommés troubles de la réfraction. Ils se corrigent par des verres concaves (myopie), convexes (hypermétropie) ou cylindriques (astigmatisme).

– Le strabisme est un trouble de la motricité oculaire qui concerne 3 à 4 % des enfants et consiste en une non-convergence des axes visuels vers l’objet fixé, il peut être divergent ou, la plupart du temps, convergent. Ce n’est pas seulement un défaut esthétique, il est surtout à l’origine de la plupart des amblyopies unilatérales, mais il peut aussi en être la conséquence. Le traitement consiste dans l’occlusion des yeux ou du bon œil de façon à ce que l’enfant se serve de l’œil dévié. Si cette occlusion est insuffisante, une intervention chirurgicale réparatrice peut être proposée.

– Le nystagmus est une déficience de la mobilité oculaire, il se caractérise par des secousses rythmiques du globe oculaire ; il peut être secondaire à une amblyopie, à un strabisme ou être héréditaire.

– Les déficiences de la vision des couleurs : la cécité totale des couleurs est rare, l’altération partielle du sens des couleurs est plus fréquente, en particulier le daltonisme (confusion du rouge et du vert). C’est un trouble héréditaire qui se transmet de façon récessive liée au sexe. Ces troubles peuvent constituer un handicap à l’école où l’on se sert fréquemment d’index colorés, dans la vie quotidienne (signalisation routière…) ou professionnelle.

– La déficience de la vision nocturne.

– La sensibilité à la lumière : la photophobie est une phobie de la lumière qui provoque de la gêne ou de la douleur, elle peut s’accompagner de larmoiement et est souvent due à une lésion de la cornée ou à une conjonctivite.

-Les déficiences du champ visuel : Cette déficience peut être totale ou légère quand le champ visuel varie de 60° à moins de 120°.

**1.3** **Etiologie de la déficience visuelle :**

– **La cataracte** consiste en l’opacité du cristallin. Chez l’enfant, les causes peuvent être diverses : la rubéole maternelle en est une. Compte tenu des progrès liés au dépistage et surtout à la vaccination, c’est une des causes qui devrait progressivement disparaître. La trisomie 21 en est une autre, un enfant trisomique sur vingt est en effet atteint de cataracte ; certaines maladies chroniques comme le diabète peuvent également entraîner une cataracte, d’autres enfin, sont héréditaires. Les cataractes partielles peuvent laisser à l’enfant une acuité visuelle de 2 à 3/10 et passer inaperçues. Les cataractes graves bilatérales se traitent par l’ablation chirurgicale des cristallins qui doivent alors être remplacés par des lentilles de même puissance (lunettes très épaisses ou verres de contact) ou des implants. Souvent, les cataractes, notamment celles qui sont congénitales, sont associées à d’autres troubles : petite taille de l’œil, nystagmus ou encore retard intellectuel.

– **Le glaucome** est une pathologie créée par l’augmentation de la pression à l’intérieur du globe oculaire. Il est presque toujours congénital chez l’enfant et est responsable d’une part importante des cécités de l’enfant. Il s’agit d’une maladie héréditaire, bilatérale dans les 2/3 des cas. En cas de dépistage précoce, une intervention chirurgicale peut amener la guérison.

– Les autres affections : il s’agit de **dégénérescences rétiniennes** (maladies héréditaires), de la **fibroplastie** rétrolentale (due à une opacification du vitré, conséquence d’une suroxygénation des prématurés en couveuse qui a pratiquement disparu de nos jours), du rétinoblastome (le plus fréquent des cancers oculaires de l’enfant jeune qui peut être transmis héréditairement), **des traumatismes oculaires** (une des causes majeures de cécité, ou de perte d’un œil provoquées par des plaies pénétrantes, des corps étrangers intra-oculaires…). Il s’agit enfin de la choriorétinite toxoplasmique, inflammation de la rétine qui altère la vision centrale ; c’est la conséquence d’une toxoplasmose ayant atteint l’enfant au cours de la grossesse. Ici encore, les progrès du dépistage anténatal ont quasiment fait disparaître cette affection.

En fait, cette classification n’est pas si simple que l’on pourrait le penser, les différents critères permettant de parler de déficience visuelle pouvant se combiner quelle que soit l’étiologie. Certains auteurs proposent en fait une nouvelle catégorisation particulièrement pertinente dans une perspective éducative.

 En associant le critère de l’acuité visuelle et celui des conditions de vision, ils distinguent quatre types d’atteinte : **l’atteinte de la vision centrale**, le sujet ne voit pas de près mais peut avoir une perception correcte de l’espace ; **l’atteinte de la vision périphérique**, dans ce cas, l’acuité est correcte mais le sujet n’a plus de perception visuelle autour du point de fixation, il ne voit donc que ce qu’il fixe du regard ce qui a, bien entendu, des retentissements sur les capacités de lecture et occasionnera une gêne pour les déplacements.

Ils distinguent également **la vision floue** due à l’opacité des milieux que traverse la lumière pour atteindre la rétine ; dans ce cas, le sujet aura du mal à apprécier les contrastes, les distances, les reliefs, l’acuité visuelle est réduite. Enfin, une dernière catégorie concerne **les atteintes visuelles d’origine cérébrale.**

Les cas de **déficience visuelle** sont donc multiples, il est donc nécessaire qu’avant toute prise en charge éducative qui prendra en compte l’âge et le mode de survenue (congénital ou secondaire), un diagnostic et une évaluation précise soient réalisés.

Par ailleurs, il est crucial de prendre en compte une période sensible voire critique jusqu’aux environs de 7 ou 8 ans, période au-delà de laquelle on considère que l’amblyopie peut être irréversible.