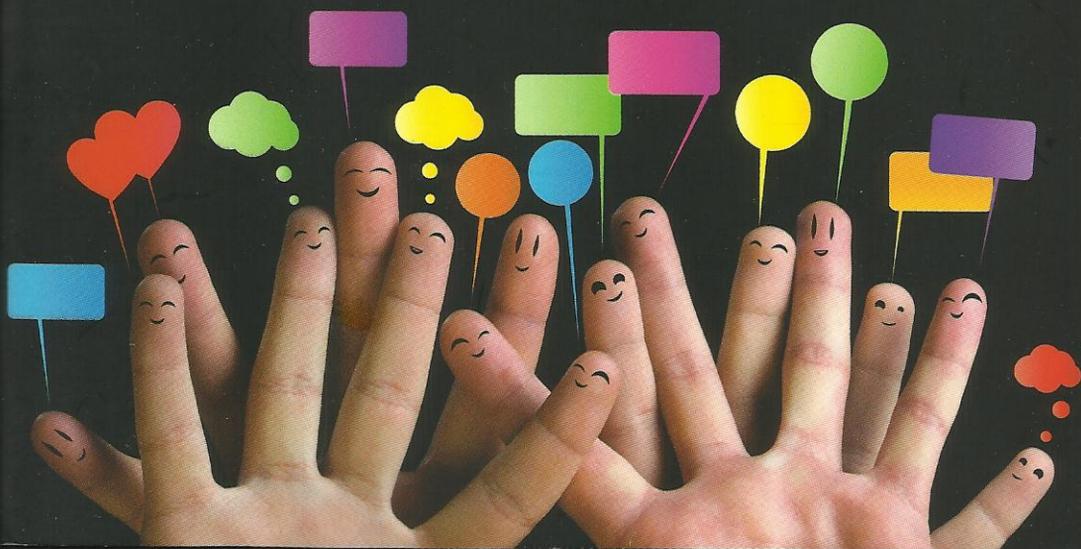


**AU QUOTIDIEN,
UNE INTRODUCTION
PRATIQUE À LA
MALVOYANCE** ●●●●●●





01
**QU'EST-CE-QUE
LA MALVOYANCE ?**

Les personnes sont considérées comme malvoyantes dès que leur acuité visuelle est inférieure ou égale à 3/10^{ème} après correction optique et/ou leur champ visuel inférieur à 10°. La malvoyance est également classée en catégories, de déficience légère à grave.

La législation française désigne les personnes comme aveugles dès que leur acuité visuelle est inférieure à 1/20^{ème}, ou leur champ visuel inférieur à 5°.

Les professionnels travaillant auprès de déficients visuels ne peuvent pas uniquement s'appuyer sur ces classifications car elles ne prennent pas suffisamment en compte certains facteurs :

- les troubles oculomoteurs,
- la vision des couleurs, des contrastes et des reliefs,
- la variation des capacités visuelles en fonction de l'ambiance lumineuse, du port de lunettes, de la fatigue.

Ces classifications n'informent pas sur la capacité de l'individu à utiliser ses possibilités visuelles. **A degré égal, les compétences visuelles peuvent être différentes.**

Une personne ayant une perception lumineuse, ne peut être considérée par son entourage comme aveugle.

La déficience visuelle peut provenir d'une malformation ou d'une maladie, congénitale ou acquise, ou d'un accident touchant un des éléments de l'œil, le nerf optique ou le cerveau.

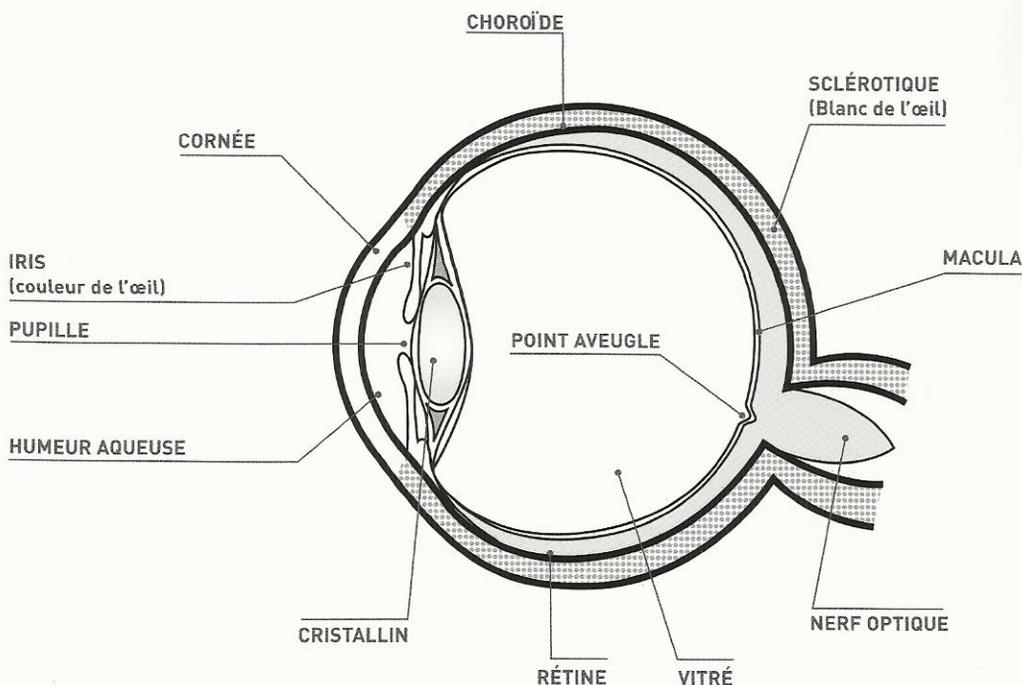
Lors d'une atteinte du système visuel, plusieurs symptômes sont fréquemment associés : douleur oculaire, migraines, fatigabilité, manque d'endurance et perte de concentration. La douleur peut être diffuse ou aiguë.

LES CONSÉQUENCES FONCTIONNELLES SONT MULTIPLES :

- voir très flou,
- mal voir les couleurs,
- être très ébloui par la lumière,
- ne plus voir du tout quand il fait sombre,
- ne voir qu'une partie de ce qui nous entoure,

Ces conséquences peuvent être associées...

Ceci explique la complexité à appréhender ce que perçoit exactement le jeune déficient visuel.



La vision est la modalité d'accès au monde extérieur la plus immédiate, elle est globale et instantanée.

Les informations extérieures proviennent à 80% du canal visuel. L'évoqué visuel, image mentale, est le plus rapidement accessible.

L'image constituée à partir d'une vision défectueuse peut être partielle ou déformée. Sans explorer plus, en l'absence d'autre stimulation extérieure, l'enfant conserve cette image faussée.

L'effort de compensation peut engendrer un stress, une charge mentale supplémentaire entraînant un manque d'attrait pour les apprentissages. C'est pourquoi l'enfant déficient visuel nécessite, plus que tout autre enfant, un accompagnement pour le guider et le stimuler.



02
**CONSÉQUENCES
FONCTIONNELLES**

LA VISION FLOUE MODIFIE L'ENVIRONNEMENT.

- Selon l'acuité visuelle, l'environnement apparaît, comme au travers d'un verre dépoli, peuplé d'ombres et de lumières, de formes mal définies sans contraste.
- La présence d'une source lumineuse trop forte est aveuglante. La scène visuelle est estompée, peu d'éléments identifiables en surgissent.



Lorsque le champ périphérique est conservé, l'environnement reste perçu globalement. Cela permet à la personne de s'orienter.

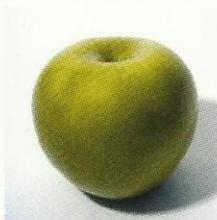
L'ATTEINTE DE LA VISION DES COULEURS : ACHROMATOPSIE, DYSCHROMATOPSIE (EX. DALTONISME), MONOCHROMATISME.

- Il s'agit d'une perte ou d'un défaut de la vision des couleurs. La perte de ces informations est plus ou moins importante et peut entraîner des confusions.

Couleurs réelles →



**Couleurs perçues
par un daltonien** →



L'ATTEINTE DU CHAMP VISUEL : DÉGÉNÉRESCENCES DE LA MACULA, RÉTINITE PIGMENTAIRE, GLAUCOME, DÉCOLLEMENT DE RÉTINE, ATTEINTE DU NERF OPTIQUE, ATTEINTE CORTICALE...

L'atteinte de la vision centrale entraîne une baisse de l'acuité visuelle.

- Les détails ne sont plus perçus, il se rajoute parfois une photophobie.

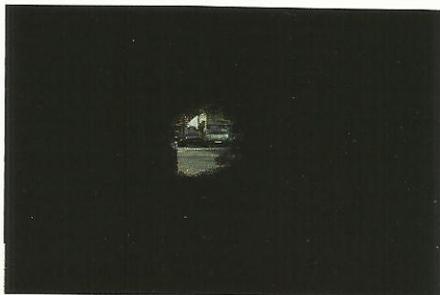
- La perception des couleurs et des contrastes peut être altérée.
- L'exploration fine d'un objet devient difficile.
- La lecture est toujours perturbée.



Selon l'importance du scotome central une perception globale de l'environnement est possible et permet de s'orienter.

L'ATTEINTE DE LA VISION PÉRIPHÉRIQUE DONNE UN CHAMP D'EXPLORATION EXIGU.

- La perception de la globalité de l'objet est d'autant plus difficile que celui-ci est de grande taille.
- L'enfant est face à un environnement morcelé qu'il doit apprendre à reconstituer. Un effort mental est nécessaire pour resituer les éléments les uns par rapport aux autres.



- L'orientation du geste, ne bénéficiant pas du contrôle visuel périphérique, n'est pas précise, la projection du bras n'est pas perçue.
- La lecture peut être conservée à condition qu'une perte d'acuité visuelle ne soit pas associée.
- En faible éclairage, les capacités visuelles sont fortement diminuées.

LES TROUBLES CORTICAUX, PAR EXEMPLE, CÉCITÉ CORTICALE...

- Le cerveau ne sait pas analyser correctement les informations visuelles, même bien perçues et bien transmises, l'objet n'est pas reconnu, ne peut être discerné des éléments qui l'entourent ou identifié à partir d'une description.



Les séquelles d'une atteinte corticale peuvent être multiples :

- non reconnaissance des formes, des visages, de la topologie,
- incapacité à apparier ou catégoriser des images...



03

LE QUOTIDIEN DE L'ENFANT DÉFICIENT VISUEL

C'est l'adulte qui, en présentant l'environnement à l'enfant, lui permet de s'en faire une image en adéquation avec la réalité.

Il peut alors s'approprier le monde qui l'entoure, s'y sentir en sécurité et se donner la possibilité d'agir sur lui.

DANS LES LIEUX DE VIE :

- Dans la chambre, meubles et affaires ont **une place déterminée**, connue par l'enfant.
- On privilégiera **les couleurs contrastées** permettant de repérer rapidement les différents éléments, ou un emplacement facilement mémorisable, grâce aux repères architecturaux de la pièce. Mon lit est à droite de la porte, du radiateur, de la fenêtre...
- Les étagères peuvent être organisées avec différentes corbeilles ou tiroirs plastiques, des étiquettes couleurs ou tactiles permettent de déterminer facilement la place de chaque chose.
- Il est important d'**adapter l'espace personnel** pour que l'enfant puisse facilement l'identifier, couvre-lit particulier, objets personnels sur la table de nuit, repères tactiles sur l'armoire...
- Les **cheminements doivent être dégagés**. Chaises, tabourets qui traînent, portes entrouvertes sont autant de danger.

- Il est possible de **déterminer une signalétique** permettant un guidage, tactile et coloré contre les murs, vers les points stratégiques comme la salle à manger et les toilettes.
- Le **travail en locomotion** doit permettre à l'enfant d'acquies de l'aisance dans ses déplacements en passant de trajets appris par cœur à une représentation globale des lieux.
- Les appareils de la vie quotidienne, tels que four, machine à laver... peuvent être adaptés avec des repères tactiles afin d'en faciliter l'utilisation : lettres brailles sur bande autocollante, plots autocollants en silicone, feutrine ou tracés en cernorelief.
- On recherchera des appareils munis de touches à crans et signal sonore. **Les touches sensibles sont à éviter.**
- Certains appareils équipés de synthèse vocale peuvent s'avérer intéressants tels que le pèse-aliments, le pèse-personne, le détecteur de couleurs...

L'AVJiste réalise, à partir d'un bilan des savoir-faire, des mises en situation de la vie quotidienne permettant au jeune d'acquies les techniques spécifiques, il conseille et met en place les adaptations nécessaires.

DANS LA CLASSE

- L'emplacement du bureau est déterminé par la **distance nécessaire pour la lecture au tableau**, si celle-ci est possible, et par l'environnement lumineux, lumière directe ou non.
- Il est possible, si nécessaire, d'ajouter une **lumière individuelle**.
- Le malvoyant doit **être proche du professeur** pour une meilleure écoute et disposer d'un bureau facilement accessible.

En fonction du bilan effectué par les orthoptistes, un choix d'aides techniques est décidé en équipe pour soutenir le jeune dans son parcours,

- pupitre inclinable, règles, feuilles spécifiques pour les dessins en relief...
- ordinateur avec logiciel grossissant, synthèse vocale et/ou barrette braille, bloc-notes braille, clavier adapté avec des lettres agrandies ou contrastées,
- documents transcrits en braille et/ou agrandis, cartes et schémas adaptés,
- loupe à main ou électronique, vidéo-agrandisseur, caméra filmant le tableau.

A L'EXTÉRIEUR

- Lors des déplacements, **lunettes filtrantes et/ou casquettes** permettent de lutter contre la photophobie et améliorent la perception des contrastes.
- Quand elle est nécessaire, **la canne blanche**, mise en place avec l'instructeur en locomotion, est un outil de protection et de détection des obstacles et des reliefs.
- Le **travail en locomotion** permettra au jeune d'acquérir les techniques spécifiques pour se déplacer en sécurité de manière autonome dans la rue.
- Le recours à la **technique de guide** permet de se déplacer ensemble, en sécurité, de façon plus détendue.

La mise en place de codes corporels rend plus fluide le déplacement et permet à l'enfant d'être disponible à la découverte de son environnement.



04

**LES PROFESSIONNELS
DE LA COMPENSATION**

Le champ de la déficience visuelle fait appel à des professionnels spécifiques tels que orthoptistes, instructeurs en locomotion, rééducateurs en activités de la vie journalière, ergothérapeutes, enseignants spécialisés, transcripteurs et adaptateurs de documents.

Les rééducations ne peuvent être isolées ou simplement se juxtaposer puisqu'elles interviennent sur les mêmes domaines avec des objectifs communs.

En fonction des besoins de chaque personne, l'équipe pluridisciplinaire définit ce qui est nécessaire à une prise en charge globale par la mise en œuvre de moyens spécifiques à chaque discipline.

L'ORTHOPTISTE, EN LIEN AVEC L'OPHTALMOLOGISTE.

Il évalue le déficit et établit le plan de rééducation en fonction des objectifs du projet individuel de chaque jeune.

- L'orthoptiste donne des indications sur les pathologies, l'évolution prévisible ou non.
- Il stimule la motricité oculaire et optimise les restes visuels en tenant compte du champ visuel.
- Le travail de coordination œil-main proposé par l'orthoptiste permettra au jeune de poursuivre ses apprentissages.
- Il précisera les conséquences fonctionnelles de ces pathologies, vision des couleurs, des contrastes, du relief, des distances.
- Il indiquera les adaptations nécessaires, pupitre, loupe, éclairage, police de caractères, positionnement du jeune dans l'environnement scolaire...
- Il donnera les informations nécessaires sur la posture à privilégier en cas de nystagmus.

L'ERGOTHÉRAPEUTE.

Il s'appuie sur les éléments transmis par l'orthoptiste pour agir dans la dimension spatiale et favoriser l'adaptation du geste.

- L'ergothérapeute intervient sur le développement des capacités de manipulation, d'exploration et d'analyse des objets pour permettre à la personne malvoyante de mieux agir seule dans son environnement.
- L'ergothérapeute stimule le jeune à rechercher des stratégies d'action qui vont le rendre plus habile dans la vie quotidienne.
- L'ergothérapeute cherche à réduire les obstacles au bon déroulement des activités du jeune en lui proposant des adaptations matérielles ou environnementales pour faciliter la réussite du geste.

L'AVJISTE .

Il travaille en étroite collaboration avec l'ergothérapeute.

- Spécialiste de l'autonomie de la vie journalière, ce professionnel intervient sur le développement d'une ou plusieurs compétences fonctionnelles et pratiques des actes de la vie quotidienne.
- L'AVJiste permet au jeune déficient visuel d'acquérir une autonomie concrète dans une vie personnelle de tous les jours, pour se laver, s'habiller et se déshabiller, se repérer et s'organiser dans son espace de vie.

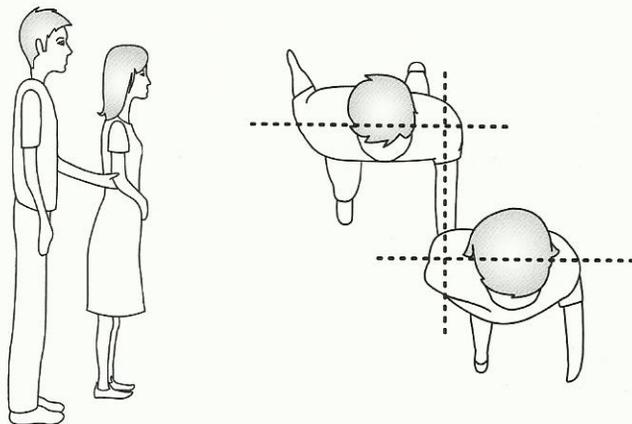
L'INSTRUCTEUR EN LOCOMOTION.

Il enseigne aux déficients visuels, après évaluation de leurs capacités et besoins, les techniques compensatoires de déplacements adaptés et autonomes en toute sécurité.

Il donne les moyens de découvrir et comprendre l'environnement :

- Permet l'acquisition de techniques de guide, de protection, de canne, pour se déplacer en sécurité et éviter les obstacles.
- Stimule et développe les capacités d'observation à travers le développement de la vision fonctionnelle, les compensations sensorielles et cognitives.
- Permet la gestion des trajets à pied, en transport en commun.

PLUS D'INFO SUR : technique-guide.ideance.net



LE PSYCHOMOTRICIEN.

Il propose des expériences sensori-motrices qui aident le déficient visuel à :

- Découvrir et investir son corps et à s'adapter à son environnement.
- Explorer et développer ses potentialités visuelles et pluri-sensorielles.
- Développer des stratégies compensatrices à la déficience visuelle.

L'ENSEIGNANT SPÉCIALISÉ.

apporte son savoir-faire en matière de techniques palliatives :

- Enseignement du braille et du matériel spécialisé.
- Apprentissage de l'outil informatique adapté.
- Méthode d'exploration des documents adaptés.
- Développement de la méthodologie visant à rendre l'élève plus efficace et autonome dans son travail.
- Il informe les partenaires sur les difficultés visuelles du jeune et les répercussions dans son travail scolaire.
- Il apporte son expertise pour la position de l'élève dans la classe, l'attribution d'un poste de travail adapté et l'acquisition d'un matériel spécialisé.
- En collaboration avec les transpositeurs, il adapte les documents afin de les rendre accessibles à l'élève.

LES TRANSCRIPTEURS ADAPTATEURS.

Ils adaptent tous les supports, documents en braille ou en gros caractères, plans, cartes et schémas en relief.

L'ensemble des professionnels œuvrant dans l'environnement de l'enfant malvoyant s'appuie sur ces fondamentaux pour étayer et ajuster leurs interventions.



LEXIQUE

Achromatopsie : Perte de la vision des couleurs.

Acuité visuelle : Pouvoir de l'œil à discerner un petit objet situé le plus loin possible sous le plus petit angle possible.

Albinisme : Absence congénitale de pigment, partielle ou générale (peau et cheveux dépigmentés), parfois limitée au globe oculaire ; l'albinisme peut être donc uniquement oculaire.

Amblyopie : Diminution unilatérale ou bilatérale fonctionnelle ou organique, de certaines fonctions visuelles, principalement de la discrimination des formes.

Cataracte : Opacification du cristallin.

Cécité corticale : L'intégrité du fond d'œil et des globes oculaires est préservée, mais le cortex occipital ne peut décoder les informations transmises.

Céphalée : Douleur de tête quelle que soit sa nature.

Champ visuel : Zone de l'espace perçue par les yeux, tête immobile, regard droit devant, sans bouger les yeux. CV central et périphérique.

Dégénérescence maculaire : Affection de l'œil qui résulte de la détérioration de la macula, petite zone de la rétine située au fond de l'œil (voir schéma page 4). La DM entraîne une perte progressive et parfois importante de la vision centrale.

Dyschromatopsie : Atteinte de la vision des couleurs.

Glaucome : Réunit plusieurs affections différentes qui ont en commun une élévation de la pression intra oculaire, suffisante pour causer une atrophie de la papille et une amputation du champ visuel.

Macula : (voir schéma page 4) Point de la rétine où l'acuité visuelle est la meilleure.

Monochromatisme : Vision d'une seule couleur.

Nerf optique : Nerf crânien transmettant les informations de l'œil au cerveau.

Nystagmus : Mouvement anormal des globes oculaires, pendulaire, rotatoire d'amplitude, de fréquence, d'orientation et de régularités variables.

Papille : Point de passage des vaisseaux rétiniens et point de convergence des fibres du nerf optique.

Photophobie : Gêne pénible à la lumière entraînant un éblouissement et des douleurs oculaires.

Rétine : Membrane sensible qui tapisse le fond de l'œil.

Rétinite pigmentaire : Dégénérescence de la rétine.

Scotome : Zone de non vue dans une partie du champ visuel située au centre et/ou à la périphérie.

Strabisme : Défaut de parallélisme des axes visuels.

Troubles oculomoteurs : Difficultés à diriger son regard.

Vision fonctionnelle : Selon J.P. BOISSIN, ophthalmologiste, la vision fonctionnelle est la vision utilisable en pratique. Elle résulte de ce que le cerveau peut réaliser par association avec d'autres données pour obtenir le maximum d'informations à partir de la perception visuelle initiale réduite.



**DOCUMENT RÉALISÉ
PAR LES PROFESSIONNELS
DE L'ARC-EN-CIEL,
INSTITUT DES JEUNES AVEUGLES ET AMBLYOPES,
8 MONTÉE DE L'ORATOIRE, 13007 MARSEILLE**



Institut Régional des Sourds et des Aveugles de Marseille (IRSAM)

Association reconnue d'utilité publique.