



Priya Morjaria

Boursière de recherche et optométriste spécialisée en santé publique, International Centre for Eye Health, Londres, Royaume-Uni.



P Dinesh Raj

Coordinateur de projet, Indian Institute of Public Health, Hyderabad, Inde.



GVS Murthy

Directeur, Indian Institute of Public Health, Hyderabad, Inde ; Professeur, Public Health Eye Care & Disability, London School of Hygiene and Disability, Londres, Royaume-Uni.

Améliorer le port de lunettes chez les élèves

De nombreux programmes de santé oculaire en milieu scolaire constatent une faible proportion d'enfants portant les lunettes qui leur ont été prescrites. Il y a plusieurs raisons à cela, notamment le fait que certains enfants ne perçoivent pas d'amélioration dans leur vision. Une mesure précise de l'acuité visuelle, un examen de la réfraction et une prescription de lunettes basée sur le degré d'amélioration de la vision peuvent contribuer à résoudre le problème.



Insertion d'un verre d'essai dans une monture d'essai pour enfants. MEXIQUE

VER BIEN PARA APRENDER MEJOR PROGRAMME MEXICO

Mesure de l'acuité visuelle

Les enfants qui échouent au test de dépistage oculaire doivent faire l'objet d'une évaluation approfondie et détaillée de l'acuité visuelle (AV). C'est la première étape dans l'identification des enfants qui pourront tirer avantage du port de lunettes.

La mesure de l'acuité visuelle doit se faire de préférence à l'école, immédiatement après le dépistage ou peu de temps après. Elle doit être effectuée par un optométriste ou un professionnel de la réfraction ayant une bonne expérience de la mesure de l'acuité visuelle chez l'enfant. La mesure de l'acuité visuelle en milieu scolaire doit être d'aussi bonne qualité que celle effectuée dans une unité de soins oculaires.

La distance entre la personne qui effectue la mesure de l'AV et l'élève doit être bien matérialisée (5 m ou 6 m en général, selon l'échelle utilisée). On recommande de marquer sur le sol l'endroit où il faut placer les pieds avant de la chaise de l'élève, car cette chaise est susceptible d'être déplacée. Avant l'évaluation de chaque enfant, vérifiez que la chaise est bien positionnée. Si vous utilisez une échelle d'acuité visuelle standard sans rétro-éclairage, la pièce doit être bien éclairée, en prenant soin d'éviter les reflets sur l'échelle. Si la pièce est sombre, on peut utiliser une échelle d'acuité rétroéclairée. Évitez les fortes sources de lumière extérieure, car elles peuvent distraire les élèves. Avant de commencer la mesure de l'acuité visuelle, l'optométriste/le réfractionniste devra s'asseoir à la place réservée à l'élève afin de vérifier que l'environnement est approprié.

Vous aurez besoin de l'équipement ci-dessous :

- Mètre ruban ou corde de mesure
- Tableau de mesure de l'acuité visuelle
- Cache-œil ou morceau de carton à placer devant un œil (pendant que l'on teste l'autre)
- Formulaire d'enregistrement de l'AV.

Procédure

- Expliquez le test à l'enfant. Si vous utilisez un tableau avec des « E », assurez-vous que l'enfant comprend

ce qu'on lui demande de faire avant de commencer à mesurer son acuité visuelle.

- Mesurez l'acuité d'un œil à la fois ; on commence en général par l'œil droit.
- Si l'enfant porte déjà des lunettes, mesurez d'abord son acuité visuelle sans les lunettes.
- Assurez-vous que le tableau est à la hauteur des yeux de l'élève.
- Couvrez l'œil gauche avec un cache-œil ou un morceau de carton. Il est conseillé de ne pas utiliser la main pour cacher l'œil, car l'enfant pourrait voir entre ses doigts.
- Si vous utilisez une échelle de Snellen en « E », montrez d'abord le « E » correspondant à 6/60 et demandez à l'élève d'indiquer le sens d'orientation du « E ». Progresser vers l'autre extrémité de l'échelle en indiquant un « E » après l'autre et en prenant soin de ne pas couvrir une partie du « E » avec le pointeur.
- Suivez la même procédure si vous utilisez une échelle standard à base de lettres.
- Pour « réussir » la lecture d'une ligne, l'enfant doit bien voir au moins trois des cinq lettres ou « E ».
- La plus petite ligne que l'enfant peut voir est exprimée sous forme de fraction dans l'échelle de Snellen, par exemple 6/18. Le numérateur correspond à la distance entre l'échelle et la personne testée (6 mètres) et le dénominateur correspond à la plus petite ligne de l'échelle que la personne peut voir.
- Notez immédiatement l'AV de chaque œil, en indiquant si la mesure a été faite avec ou sans verres correcteurs.
- Si l'enfant ne voit pas bien le « E » ou la lettre correspondant à 6/60 (soit 1/10^e en dixièmes), notez « AV < 6/60 ».

Réfraction

La réfraction doit être effectuée par un praticien compétent ayant une bonne expérience de la réfraction chez l'enfant.

REMARQUE : Les enfants dont l'acuité visuelle ne s'améliore pas avec la réfraction doivent être référés pour un examen afin d'en déterminer la cause et prendre les mesures appropriées.

La rétinoscopie, ou l'examen préliminaire avec un auto-réfractomètre dont l'utilisation chez l'enfant est validée, devront être suivis par une réfraction subjective complète. Il faut orienter l'enfant vers un centre où l'on pourra effectuer une réfraction sous cycloplégie dans les cas suivants : l'enfant ne coopère pas, le bilan final de la réfraction présente des variations ou des incohérences, l'enfant présente un strabisme ou une suspicion d'amblyopie, ou encore l'examen de la réfraction est rendu difficile par une cornée irrégulière ou une opacité des milieux oculaires.

Avant de décrire le processus de prescription de lunettes aux enfants, il est important de comprendre ce qui peut amener les enfants à ne pas porter leurs lunettes.

Raisons pour lesquelles les enfants ne portent pas leurs lunettes

L'un des principaux problèmes auxquels sont confrontés les programmes de santé oculaire en milieu scolaire est que les enfants ne portent pas toujours les lunettes fournies, ce qui signifie qu'ils n'en tirent pas le bénéfice escompté. Des études menées dans des pays à faible revenu comme dans des pays à revenu élevé montrent que le taux de port des lunettes prescrites est souvent inférieur à 50 %. Les raisons en sont les suivantes :

- 1 Les parents n'achètent pas les lunettes.
- 2 Les parents s'inquiètent de l'apparence que les lunettes donneraient à leur enfant.
- 3 Les parents craignent que les lunettes n'affaiblissent les yeux de leur enfant.
- 4 Les enseignants n'encouragent pas les enfants à porter leurs lunettes.
- 5 L'enfant est raillé ou maltraité parce qu'il porte des lunettes.
- 6 L'enfant n'aime pas ses lunettes ou n'est pas à l'aise quand il les porte.
- 7 L'enfant ne remarque aucune amélioration de sa vision quand il porte ses lunettes.

Dans la plupart des cas, il existe des solutions simples :

- On peut éliminer les raisons 1 à 5 par une éducation à la santé à l'intention des enseignants, des parents et de tous les enfants, qu'ils aient besoin de lunettes ou non.
- La raison 6 peut être éliminée en faisant en sorte que les enfants choisissent leur monture parmi une gamme de couleurs et de motifs dont on sait qu'ils sont appréciés par les élèves de la zone d'intervention du programme, et en vérifiant que les montures sont confortables et bien adaptées.
- La raison 7 renvoie à la question de la prescription de lunettes.

Un essai clinique aléatoire récent a comparé le taux de port de lunettes chez les enfants en fonction du type de lunettes utilisées. Au cours de l'essai, les enfants n'ont reçu des lunettes que lorsqu'elles amélioraient leur vision de deux lignes ou plus d'acuité visuelle. Au bout de 3 à 4 mois, le suivi a montré que 75 % des enfants portaient encore leurs lunettes ou les amenaient à l'école¹.

Ce chiffre est beaucoup plus élevé que dans d'autres études menées auprès d'enfants d'âge similaire, dans lesquelles la prescription de lunettes était basée sur le degré d'erreur de réfraction constaté lors de la rétinoscopie. Des lunettes étaient donc prescrites à certains enfants même lorsque l'AV d'un des yeux était bonne. Ces enfants ne remarqueront pas d'amélioration de leur vision et seront donc moins enclins à porter leurs lunettes.

Lignes directrices en matière de prescription

Les lignes directrices mentionnées ici s'inspirent de l'essai clinique mentionné¹, avec quelques modifications. Nous espérons qu'elles éviteront la prescription inutile de lunettes qui ne seront pas portées, notamment dans des contextes où les ressources sont limitées. Ces lignes



Lorsqu'ils sont satisfaits de l'aspect esthétique de leurs lunettes, les enfants sont plus susceptibles de les porter. INDE

PRIYA MORJARIA

directrices ne doivent cependant pas avoir préséance sur les besoins particuliers d'un enfant donné.

Remarque : Ces lignes directrices s'appliquent aux enfants dont l'AV < 6/9 (c'est-à-dire AV < 7/10^e).

La correction de la myopie est indiquée si :

- Les verres divergents améliorent la vision d'au moins 2 lignes d'AV de l'échelle Snellen dans le meilleur œil ou lorsqu'on teste les deux yeux en même temps.

La correction de l'hypermétropie est indiquée si :

- Les verres convergents améliorent la vision d'au moins 2 lignes d'AV de l'échelle Snellen dans le meilleur œil ou lorsqu'on teste les deux yeux en même temps, et/ou améliorent sensiblement le confort de lecture.
- L'enfant présente une amblyopie (et l'âge de l'enfant suggère que cette dernière est potentiellement traitable).
- L'enfant présente une ésoptropie ou une ésoptropie prononcée (et l'enfant peut potentiellement avoir une vision binoculaire normale).

La correction de l'astigmatisme est indiquée si :

- Les verres cylindriques améliorent la vision d'au moins 2 lignes d'AV de l'échelle Snellen dans le meilleur œil ou lorsqu'on teste les deux yeux en même temps, et/ou améliorent sensiblement le confort visuel.
- L'enfant présente une amblyopie (et l'âge de l'enfant suggère que cette dernière est potentiellement traitable).

La correction de l'anisométrie est indiquée si :

- L'enfant présente une amblyopie (et l'âge de l'enfant suggère que cette dernière est potentiellement traitable).

Conclusion

De plus en plus d'études tendent à montrer que les enfants portent davantage leurs lunettes lorsqu'elles améliorent effectivement leur vision. L'idéal serait d'interroger un échantillon d'enfants qui ne portent pas leurs lunettes pour savoir pourquoi ils ne les portent pas, afin que des mesures correctives puissent être mises en place. Il ne suffit pas de simplement quantifier et consigner le nombre de paires de lunettes distribuées aux enfants ; l'un des meilleurs indicateurs du succès d'un programme de santé oculaire en milieu scolaire est la proportion d'enfants portant effectivement les lunettes qui leur ont été fournies.

Référence

- 1 Morjaria P et al. Spectacle wear among children in a school-based program for ready-made vs custom-made spectacles in India: a randomized clinical trial. *JAMA Ophthalmol* 2017 Jun 1;135(6):527-533. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2017.0641.