



Janet Marsden

Anciennement infirmière conseillère pour le *Community Eye Health Journal*, International Centre for Eye Health, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Royaume-Uni.



Sue Stevens

Anciennement infirmière conseillère pour le *Community Eye Health Journal*, International Centre for Eye Health, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Royaume-Uni.



Anne Ebri

Directrice régionale Afrique de l'Ouest, Brien Holden Vision Institute, Calabar, Nigeria.

Adapté de :

Marsden J, Stevens S, Ebri A. How to measure distance visual acuity. *Comm Eye Health J* 2014;27(85):16.

Hennely ML. How to detect myopia in the eye clinic. *Comm Eye Health J* 2019;32(105):15-16.

Voir aussi :

Stevens S. Mesure de l'acuité visuelle de loin avec une échelle de Snellen. *Revue de Santé Oculaire Communautaire* 2008 ; 5 (5) : 21.

Comment mesurer l'acuité visuelle de loin

L'acuité visuelle est la mesure de l'aptitude de l'œil à distinguer le détail des objets.

La mesure de l'acuité visuelle (AV) fait partie intégrante de tout examen ophtalmologique. Elle doit être effectuée correctement et avec précision, car une mesure incorrecte de l'AV peut entraîner de mauvaises décisions et une prise en charge thérapeutique inappropriée.

Il est important de mesurer l'AV de manière systématique et cohérente afin de détecter tout changement éventuel dans la vision du patient. Il faut tester un œil après l'autre.

Matériel nécessaire

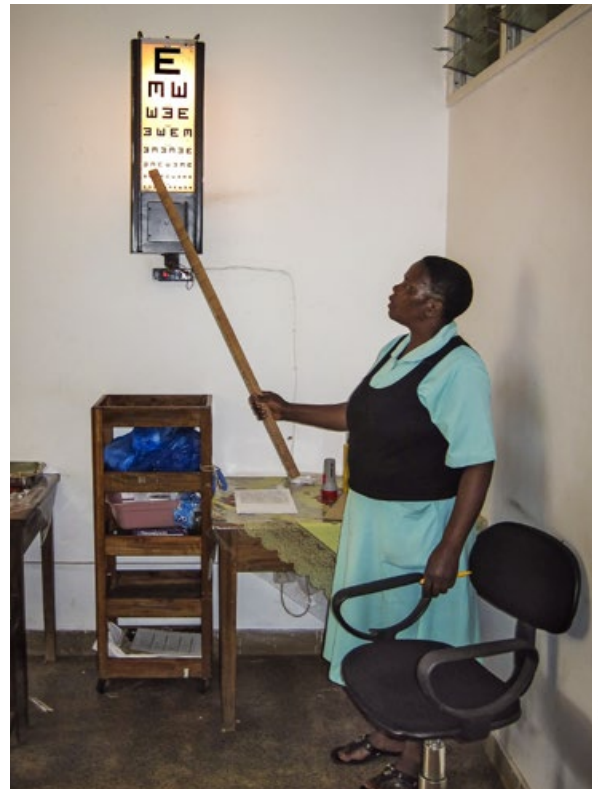
- Échelle de Monoyer à lettres multiples (pour les personnes lettrées) ou échelle de Snellen avec des E ou C directionnels (pour les personnes non lettrées, voir photo ci-contre)
- Cache-œil simple, carton ou tissu
- Trou sténopéique
- Dossier ou fiche du patient.

Préparation

- S'assurer que l'échelle de mesure est bien éclairée (lumière naturelle ou artificielle).
- Expliquer la procédure au patient.
- Dire au patient que la mesure de l'AV n'est pas un examen qu'il doit réussir. Il ne doit pas tenter de deviner une lettre s'il ne la voit pas.
- Positionner le patient, assis ou debout, à 5 mètres de l'échelle de Monoyer ou à 6 mètres de l'échelle de Snellen à E directionnels.

Évaluation et notation de l'acuité visuelle

- Tester un œil après l'autre, sans verres correcteurs ; on commence généralement par l'œil droit.
- Demander au patient de couvrir son œil gauche avec le cache-œil.
- Demander au patient de commencer par lire les lettres de la ligne située en haut de l'échelle, de gauche à droite. Si le patient, adulte ou enfant, ne sait pas lire, utiliser une échelle avec des E ou C directionnels et demander au patient de montrer dans quelle direction « pointe » le E ou « s'ouvre » le C. Il y a une chance sur quatre que le patient devine correctement cette direction ; par conséquent il faut que le patient indique correctement



L'acuité visuelle doit être mesurée à une distance standard, à l'aide d'une échelle de mesure standard. TANZANIE

l'orientation de la plupart des lettres de la même taille, soit par exemple trois sur quatre.

- Noter l'AV de l'œil testé. L'AV est exprimée sous forme de fraction, par exemple 3/10°.
- Si le patient ne peut pas lire la plus grosse lettre (sur la ligne la plus haute) à une distance de 5 mètres (ou 6 mètres pour l'échelle de Snellen), vous pouvez alors placer votre main à des distances variables (5 mètres, 4 mètres, etc.) et noter si le patient peut en compter les doigts. L'AV est alors traduite sous la forme « compte les doigts » (CLD) à la distance maximale à laquelle le patient est capable de le faire (entre 1 et 5 mètres), soit par exemple : **AV = CLD 5 m** ou **AV = CLD 1 m**.
- Si le patient ne peut pas compter les doigts à une distance de 1 mètre, alors faire des mouvements de la main et vérifier si le patient les voit. L'AV est alors traduite sous la forme « mouvements de la main », soit : **AV = MDM**.
- Si le patient ne perçoit pas les mouvements de la main, diriger le faisceau d'une lampe de poche vers son œil et lui demander s'il perçoit la lumière. S'il peut percevoir la lumière, noter : **AV = PL +** (perception lumineuse) ; s'il ne perçoit pas la lumière, noter : **AV = PL -** (pas de perception lumineuse).
- Après avoir mesuré et noté l'AV de l'œil droit (AV OD), répéter cette manœuvre pour l'œil gauche.
- Si le patient porte des lunettes pour voir de loin, évaluer maintenant l'AV de chaque œil lorsque le patient porte ses lunettes.
- Si l'AV d'un œil est inférieure à 10/10° (ou 6/6 avec l'échelle de Snellen à 6 mètres), on peut mesurer l'AV avec le trou sténopéique (voir encadré ci-contre).
- Reporter les résultats de l'AV de chaque œil sur la fiche du patient. Par exemple :

AV OD = 3/10° sans correction
AV OD = 10/10° avec correction
AV OG = MDM sans correction
AV OG = MDM avec correction

Test du trou sténopéique

Un trou sténopéique diminue le besoin de focaliser les rayons pénétrant dans l'œil ; les personnes présentant une amétropie, telle que la myopie par exemple, voient généralement mieux avec un trou sténopéique que sans celui-ci.

Étapes

- Placez le patient à 5 ou 6 mètres (si vous utilisez l'échelle Monoyer ou Snellen, respectivement).
- Demandez au patient de couvrir un œil avec le cache-œil.
- Placez le trou sténopéique devant l'œil que vous allez tester, afin que le patient puisse regarder l'échelle de mesure à travers le trou sténopéique.
- Testez un œil après l'autre, suivant la même méthode que celle utilisée pour mesurer l'AV.

Si le patient peut lire plus de lettres avec le trou sténopéique que sans le trou, il présente probablement une amétropie (par ex. myopie). Tout patient, adulte ou enfant, dont l'acuité visuelle s'améliore avec un trou sténopéique, doit faire l'objet d'un examen complet de la réfraction ; ceci permettra de déterminer si le patient a besoin de verres correcteurs, et de quelle puissance.