

ORTHO News

Juin 2026

FORMATION

Ouverture de deux départements et de deux associations en BFC

19

ARTICLES SCIENTIFIQUES

Évaluation des fonctions visuo-attentionnelles (VA) dans les difficultés de lecture

34

REGARDS CROISÉS

Un nouvel outil d'apprentissage au département d'orthoptie de Nantes : l'Escape Game

41



Éditorial

La 5^{ème} édition de l'*Orthonews* clôture l'année universitaire 2025-2026. C'est sur le thème du dépistage en orthoptie que le bureau national vous propose une lecture attentive de cette nouvelle revue scientifique.

Depuis toujours, les orthoptistes occupent une place centrale dans le parcours visuel des patient·e·s. Aujourd'hui plus que jamais, cette position s'affirme comme essentielle dans les stratégies de dépistage et de prévention. En plaçant ce numéro de l'*Orthonews* sous le thème « Les orthoptistes au cœur du dépistage », nous souhaitons mettre en lumière l'expertise et la responsabilité croissante de notre profession dans un système de santé en constante évolution.

Le dépistage précoce des troubles visuels, que ce soit chez l'enfant, l'adulte ou le sujet âgé, représente un enjeu majeur de santé publique. Grâce à leurs compétences cliniques, leur capacité d'adaptation et leur proximité avec les patient·e·s, les orthoptistes jouent un rôle déterminant dans l'identification des pathologies visuelles et la coordination des prises en charge. Leur action contribue directement à la qualité des soins et à la réduction des inégalités d'accès à la santé visuelle.

À travers les articles réunis dans ce numéro, vous découvrirez la richesse des initiatives menées sur le terrain, les avancées de la recherche en dépistage visuel et les perspectives d'évolution des pratiques. Ces contributions, portées par des étudiant·e·s et des professionnel·le·s passionné·e·s, illustrent la dynamique collective qui anime notre filière et notre volonté de participer activement à la construction d'une santé visuelle accessible et innovante.

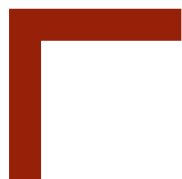
La FFEO tient à saluer l'engagement des orthoptistes, enseignant·e·s et étudiant·e·s qui s'investissent au quotidien pour faire rayonner notre discipline. C'est par la formation, la recherche et la collaboration interprofessionnelle que nous pourrions continuer à renforcer la place de l'orthoptie au sein du dépistage et, plus largement, du système de santé.

Merci aux membres du bureau qui ont participé à la concrétisation de cette édition, Chloé, Hugo, Sophia, Anne-Lyse, Gabriel, Loïs, Agathe, Clémence, Youna, Marine, Valentin, Rose, Emma, mais aussi aux personnes qui ont répondu présentes pour rédiger les articles suivants.

Ensemble, continuons à porter haut les valeurs de notre profession : compétence, prévention et solidarité. Que ce nouveau numéro de l'*Orthonews* soit l'occasion d'enrichir notre réflexion collective et de valoriser l'engagement et le rayonnement de l'orthoptie.

**Le bureau national de la
FFEO 2025-2026**

Mot de la Présidente



Chères lectrices,
chers lecteurs,

Chaque numéro de l'*Orthonews* est une belle aventure collective. Derrière chaque article, chaque ligne relue, chaque idée partagée, il y a des étudiant·e·s et des professionnel·le·s passionné·e·s qui croient profondément en ce qu'ils font. C'est cette énergie, cette envie de construire ensemble, qui fait battre le cœur de notre fédération et qui donne tout son sens à notre engagement.

L'investissement associatif étudiant, c'est bien plus qu'un simple "plus" dans un parcours : c'est une expérience humaine incroyable. C'est apprendre à se dépasser, à travailler en équipe, à faire entendre sa voix, mais aussi à écouter, à soutenir et à transmettre. Chaque projet mené, chaque événement organisé, chaque revue publiée est le fruit d'un engagement bénévole et sincère.

Je veux dire un grand **merci** à tout·e·s celles et ceux qui ont participé à ce numéro : les auteur·rice·s, les relecteur·rice·s, le comité rédactionnel, et bien sûr tous les étudiant·e·s qui s'impliquent chaque jour dans la vie de la FFEO. Grâce à vous, l'*Orthonews* continue de grandir et de faire rayonner l'orthoptie étudiante, avec sérieux, mais surtout avec passion.

Continuez à vous engager, à partager vos idées, à croire en la force du collectif. C'est ensemble que nous faisons avancer notre belle profession.

Avec toute ma reconnaissance et mon affection,

Chloé HOMBERG



FACE À LA MYOPIE, LE BON CHOIX C'EST LA LENTEUR.*

KrysTM

Les opticiens Krys,
professionnels
de la santé visuelle,
sont formés
à la freination
de la myopie.

Ils accompagnent
les familles
au quotidien
et proposent
l'équipement optique
le plus adapté.



**OPTICIEN
PRÉFÉRÉ
DES FAMILLES
2026**



**Krys élu opticien préféré
des familles en 2026.**

Krys.com *Lam, C.S.Y., Tang, W.C., Zhang, H.Y. et al., *Long-term myopia control effect and safety in children wearing DIMS spectacle lenses for 6 years.*, Sci Rep 13, 5475 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-32700-7>. Les lunettes et les lentilles correctrices sont des dispositifs médicaux qui constituent des produits de santé réglementés portant à ce titre le marquage CE. Consultez un professionnel de santé spécialisé.
*Label obtenu par Krys dans le cadre de la Grande Enquête des Marques, Médias et Enseignes préférés des Familles 2025 réalisée par l'organisme Marques et familles du 22/10 au 7/12/2025 auprès de 763 familles répondantes. Plus d'informations sur marquesetfamilles.fr.
Février 2026. KGS RCS VERSAILLES 421 390 188.

Sommaire

06 FFE0

- 06 Qu'est-ce que la FFE0 ?
- 07 Bureau national 2025 - 2026
- 08 Zoom sur le CDV et membres d'honneur
- 09 Réingé 2.0 : L'heure du Master a sonné
- 11 Zoom sur les instances en orthoptie

12 Événements

- 12 Retour sur la journée thématique : Préserver la santé visuelle, défendre celles et ceux qui la protègent
- 15 Retour sur le congrès national 2026
- 18 Retour sur le week-end inter-admin
- 19 Ouverture d'une formation en orthoptie à l'Université Bourgogne Europe
- 20 Présentation de la filière orthoptie Dijon et de son association ADEO
- 22 OBEO – Création du premier bureau de vie étudiante

23 Protocoles & Organisations

- 23 L'ASNAV
- 25 Projet DORE
- 27 DP20 : Le dépistage visuel précoce en milieu scolaire
- 28 Les différents protocoles et accès en orthoptie

30 Articles scientifiques

- 30 Dépistage des troubles visuels chez l'enfant à l'âge verbal : État des lieux
- 32 L'Orthoptiste Augmenté : L'IA au-delà du fantasme, quelle réalité pour le futur de l'orthoptie ?
- 34 Évaluation des fonctions visuo-attentionnelles (VA) dans les difficultés de lecture : Intérêt du dépistage précoce en orthoptie
- 37 Dépistage des troubles visuels post-AVC en pré-consultation

39 Regards croisés

- 39 L'accessibilité au dépistage visuel chez les personnes polyhandicapées
- 41 Un nouvel outil d'apprentissage au département d'orthoptie de Nantes : L'Escape Game

43 Fun page



www.ffeo.fr

FFEO - Fédération Française des Étudiant-e-s en Orthoptie
C/O FAGE - 79 rue Périer - 92120 Montrouge
contact@ffeo.org



Directrice de la publication : Chloé HOMBERG
Rédactrice en cheffe : Chloé HOMBERG

Régie publicitaire

Réseau Pro Santé
M. TABTAB Kamel, Directeur
14, Rue Communes, 75003 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05
Email : contact@reseauprosante.fr
Web : www.reseauprosante.fr

Maquette & Mise en page
We Atipik - www.weatipik.com

Crédit photos : 123RF, Adobe Stock, FFE0

ISSN : 2999-3016

Fabrication et impression en UE.

Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.



Qu'est-ce que la FFEO ?



La **FFEO, Fédération Française des Étudiant-e-s en Orthoptie**, association de loi 1901, a été fondée en février 2018, suite à la volonté d'étudiant-e-s de plusieurs associations de mutualiser leurs forces et leurs compétences, pour œuvrer à la représentation et à la défense des droits des étudiant-e-s orthoptistes.

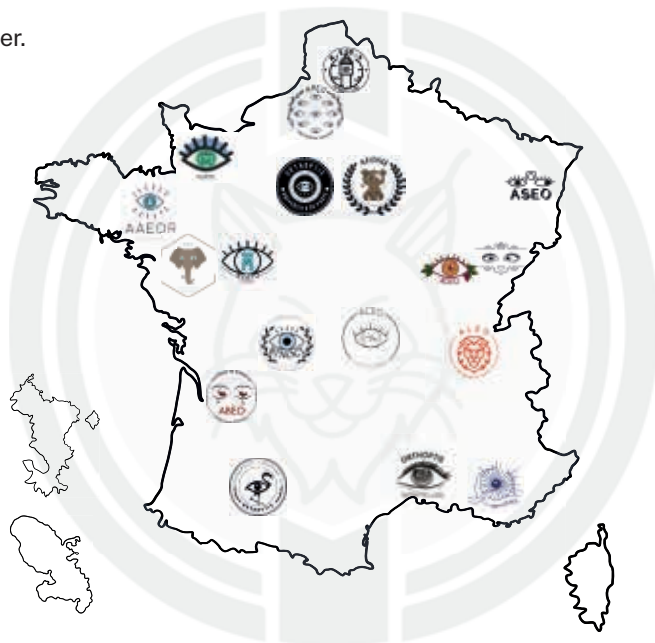
Ainsi, par sa création, la FFEO devient l'unique organe de représentation des étudiant-e-s des 18 départements d'orthoptie de France. Par ses 18 associations locales adhérentes, elle représente plus de 1400 étudiant-e-s sur tout le territoire, de la première à la troisième année d'étude.

Les missions de la FFEO

- ◆ Défense par et pour les étudiant-e-s : représenter et défendre les droits et intérêts des étudiant-e-s auprès des instances.
- ◆ Garantir la qualité de notre formation et sa mise en place.
- ◆ Démocratiser notre formation et future profession : participer à la promotion des compétences et de la profession d'orthoptiste.
- ◆ Être actrice dans la formation et dans l'évolution du métier.
- ◆ Développer le réseau.
- ◆ Défendre les droits des jeunes.

Les actions de la FFEO

- ◆ La FFEO organise un congrès scientifique annuel, accessible à tous les étudiant-e-s en orthoptie de France. Cet événement permet d'accentuer la formation et de développer la cohésion.
- ◆ La FFEO organise plusieurs temps de formation, permettant aux 18 associations locales adhérentes, de développer leurs compétences, du début à la fin de leur mandat.
- ◆ La FFEO souhaite proposer un projet humanitaire permettant aux étudiant-e-s orthoptistes volontaires d'effectuer des missions de dépistage visuel, comme cela fut le cas durant 2 ans.



Afin de mener à bien ses diverses missions, la **FFEO** est composée de **13 membres** formant le bureau national. Chacun occupe un poste avec des responsabilités et sujets spécifiques à leur pôles mais tous défendent un même but : **les droits et le bien-être des étudiant-e-s.**





Loïs PONTE FELGUEIRAS

CM en charge de
l'Enseignement
Supérieur et de la
Recherche



Anne-Lyse HERVY

VP en charge des
Affaires Sociales et
Défense des Droits



Gabriel VARGA

CM en charge des
Affaires Académiques



Marine CHARPENTIER

CM en charge de
l'Orientat  n et l'Insertion
Professionnelle



Chloé HOMBERG

Présidente



Sophia EL HA  MER

Trésorière



Hugo SEEL

Secrétaire
Général



Youna

KRAWAZYK-MATHELIN

CM en charge de
l'  v  nementiel



Emma BILLAUD

VP en charge des
partenariats



Rose MORICE

CM en charge des
partenariats



Clémence JOAO

VP en charge de la
Stratégie Numérique



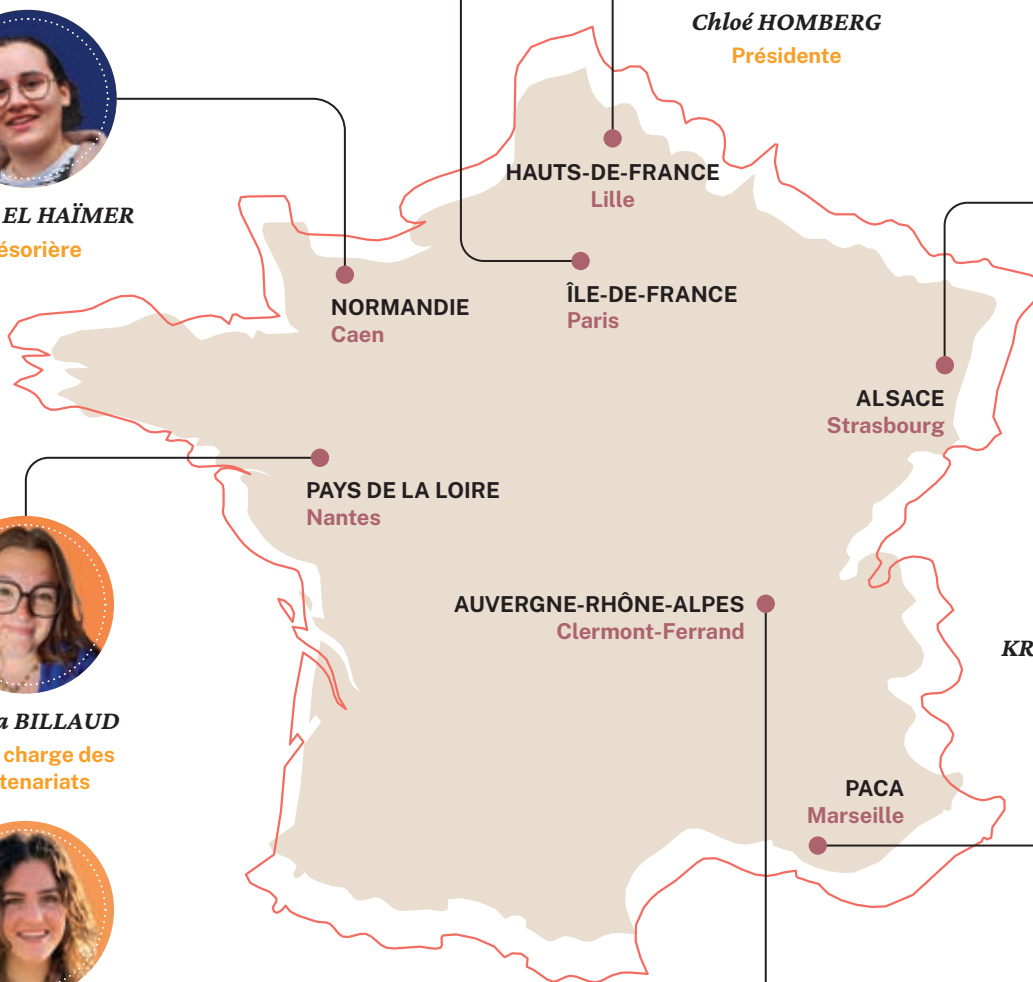
Agathe GREGOIRE

CM en charge de la PCS
et du Lien International



Valentin BOCHER

VP en charge du
Réseau



Zoom sur le CDV et membres d'honneur

Le Comité de veille assure un contrôle de l'environnement politique, institutionnel, social et professionnel en lien avec les missions de la fédération. Il anticipe les évolutions qui peuvent impacter les membres ou les actions de la fédération.

Le comité de veille est composé de 3 personnes qui, chaque mandat, épaulent le bureau national. Ils relisent attentivement les communications publiques et sont source de conseils tout au long de l'année.

Pour l'année 2025-2026, trois ancien·e·s membres de la fédération nous suivent.



Marianne POULIQUEN

CM développement de la stratégie électorale en 2020-2021
VP formation et élection en 2021-2022
Comité de veille 2025-2026



Barbara STANKIEWICZ

VP en charge des affaires académiques en 2023-2024
1^{ère} VP affaires académiques en 2024-2025
Comité de veille 2025-2026



Nathan GROSSI

Président en 2024-2025
Comité de veille 2025-2026

Au sein d'une fédération étudiante, les membres d'honneur sont des personnes ayant apporté une contribution remarquable au développement, au rayonnement ou aux valeurs de la structure. Ce titre, honorifique, vise à reconnaître leur engagement ou leur soutien, qu'il soit professionnel, institutionnel ou associatif. Bien qu'ils ne participent pas directement à la gouvernance de la fédération, leur nomination symbolise la continuité, la reconnaissance et la transmission des savoirs et des valeurs au sein du réseau étudiant.



William CHASTEL

Secrétaire Adjoint à la création de la FFEO (2018)
Président de la FFEO (2019)
Orthoptiste libéral avec un exercice de rééducation orthoptique et de téléophtalmologie



Yanis OULMAS

Vice-président en charge du Réseau (2018)
Vice-président en charge des Affaires Académiques (2019)
Actuellement orthoptiste salarié au sein d'un cabinet d'ophtalmologie à Saint-Ouen



Lucie VERNIQUET

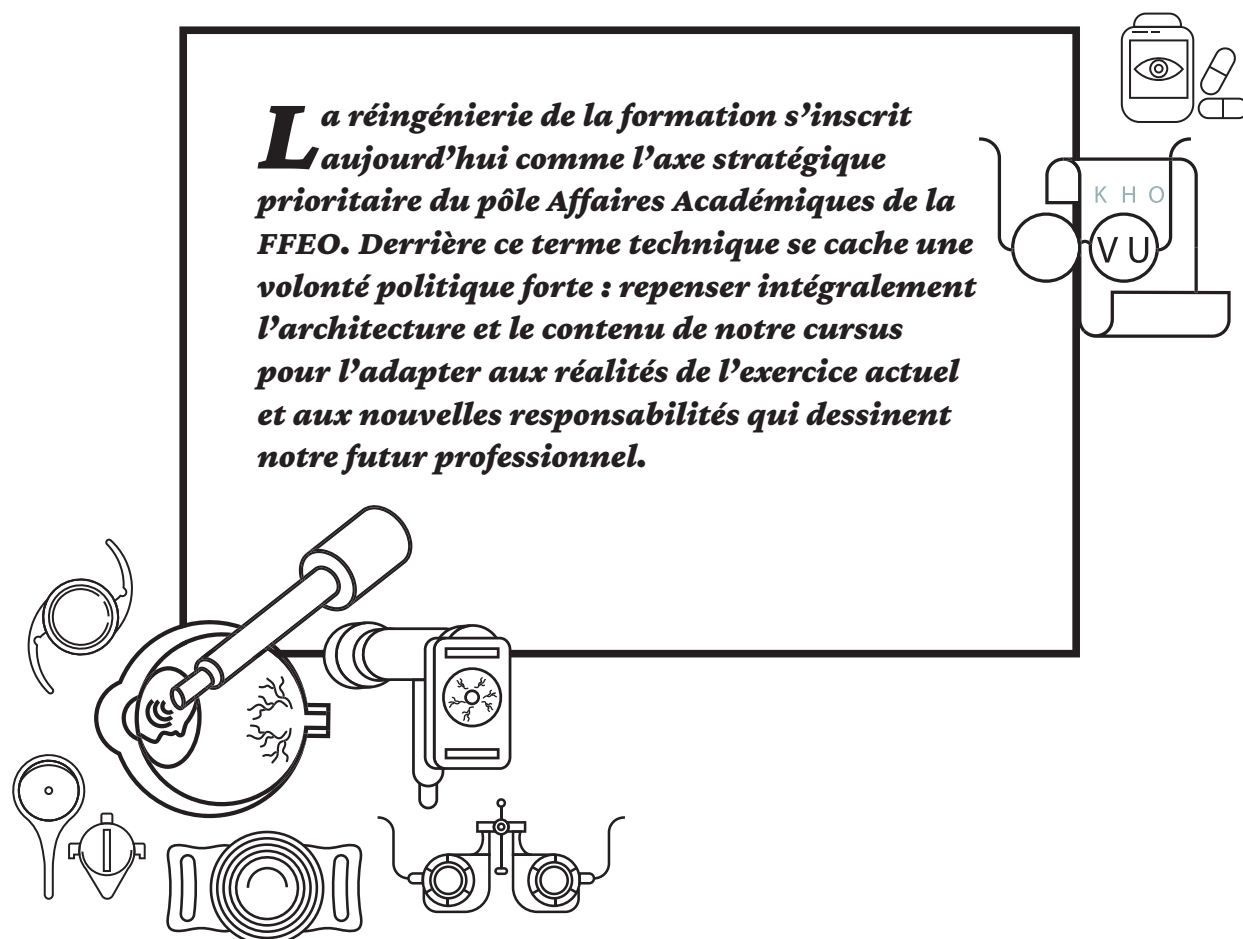
Vice-Présidente Générale en charge des affaires académiques (2020)
Présidente de la FFEO (2021)
Orthoptiste à l'Hôpital National de la Vision, Chargée d'enseignement pour l'UE28 à l'Université Sorbonne Université



Clémence JEANNETEAU

Vice-Présidente de l'insertion et orientation professionnelle (2022) + élue au conseil académique de Nantes-
Vice-Présidente générale et secrétaire au mandat suivant (2023)
Présidence (janvier 2024)
Comité de veille (2025)

Réingé 2.0 : L'heure du Master a sonné



La réingénierie de la formation s'inscrit aujourd'hui comme l'axe stratégique prioritaire du pôle Affaires Académiques de la FFEO. Derrière ce terme technique se cache une volonté politique forte : repenser intégralement l'architecture et le contenu de notre cursus pour l'adapter aux réalités de l'exercice actuel et aux nouvelles responsabilités qui dessinent notre futur professionnel.

Pourquoi une réingénierie ?

La formation actuelle repose sur un référentiel datant de 2014. Or, l'exercice professionnel a connu des mutations profondes, notamment avec le décret de 2022 qui a considérablement élargi le champ de compétences des orthoptistes (renouvellement optique, protocoles d'organisation, accès direct).

Il existe aujourd'hui un décalage critique entre la densité de ces nouvelles responsabilités et le cadre pédagogique en vigueur. La réingénierie est l'outil indispensable pour aligner la formation initiale sur l'expertise réelle déployée sur le terrain.

Une formation sous tension

Le rapport national de la FFEO paru en novembre 2025, basé sur l'analyse des 16 départements d'orthoptie de son réseau, met en évidence trois problématiques principales :

- ◆ **Les disparités territoriales** : Les modalités d'évaluation (M3C) varient d'un département à l'autre, compromettant l'égalité des chances devant un diplôme pourtant national.
- ◆ **La saturation pédagogique** : Tenter de condenser des compétences de plus en plus complexes en seulement trois ans sature les emplois du temps et impacte directement la santé mentale des étudiant·e·s.
- ◆ **L'hétérogénéité clinique** : L'accès aux terrains de stage et la qualité de l'encadrement divergent selon les régions, rendant l'acquisition des compétences cliniques parfois aléatoire.

Les 5 Piliers du modèle FFEO

Pour répondre à ces enjeux, la FFEO propose une vision claire. Voici les 5 axes que nous portons pour construire l'orthoptie de demain.

01 Le passage en Master en 5 ans
C'est le pilier central de ce projet : le grade de niveau Master, intégré dans un parcours universitaire en 5 ans. Cette évolution permettra aux orthoptistes de développer des travaux scientifiques, contribuant ainsi à la valorisation de la discipline tout en consolidant la légitimité et la reconnaissance de la profession.

02 L'harmonisation Nationale
Un diplôme national doit garantir les mêmes chances à tou-te-s. La FFEO exige une harmonisation des Modalités de Contrôle de Connaissances et de Compétences (M3C). Quel que soit le département, les critères de validation d'un semestre et les méthodes d'évaluation doivent être équitables et standardisés.

03 L'indemnisation des frais de formation
La FFEO prend position pour l'instauration d'une indemnisation des stages et le remboursement des frais kilométriques. L'objectif est de garantir des conditions de mobilité équitables pour l'ensemble des étudiant-e-s, afin que les contraintes financières ne constituent plus un frein à la qualité de la formation.

04 L'actualisation du Référentiel de Compétences
Le référentiel de 2014 ne reflète plus l'étendue actuelle des compétences et des responsabilités cliniques attribuées aux orthoptistes, et doit être actualisé. Cette mise à jour doit inclure un renforcement des enseignements en neuro-visuel, en basse vision et en contactologie. L'objectif est de garantir une parfaite adéquation entre la théorie académique et les exigences cliniques rencontrées quotidiennement en cabinet ou en milieu hospitalier.

05 La Structuration du Parcours de Stage
Le stage est un des socles de notre formation. Nous préconisons une meilleure structuration des terrains de stage, avec une garantie de diversité d'exercice (libéral, hôpital, centres de basse vision, etc.) dans le but de sécuriser le parcours clinique et de s'assurer que chaque stagiaire bénéficie d'un encadrement pédagogique de qualité.

Conclusion : Un horizon pour l'orthoptie

La réingénierie de notre formation n'est pas une simple réforme administrative, c'est un projet de santé publique pour la filière visuelle. En exigeant un cursus en 5 ans, une harmonisation nationale des examens, une juste indemnisation, un référentiel actualisé et un parcours de stage structuré, la FFEO dessine un avenir où l'expertise de l'orthoptiste est enfin reconnue à sa juste valeur. Ces piliers sont indissociables pour garantir une formation d'excellence et une équité réelle entre tous les étudiant-e-s.

Gabriel VARGA
CM en charge des Affaires Académiques

Zoom sur les instances en orthoptie

SNAO

Le Syndicat National Autonome des Orthoptistes



Organisation syndicale représentative de la profession, le SNAO défend et promeut la profession d'orthoptiste. Elle accompagne dans les conflits entre les adhérents et leurs employeurs, accompagne et forme les orthoptistes adhérents. Cette organisation entretient des relations avec les partenaires de santé français, étrangers et les ministères publics.

<https://www.orthoptiste.pro>



CNPO

Le Conseil National Professionnel des Orthoptistes



C'est une association loi 1901 missionnée par le ministère des Solidarités et de la Santé. Elle est l'interlocuteur avec l'Etat en orientant les priorités de développement professionnel et contribue à analyser et accompagner l'évolution du métier.

<https://cnp-orthoptistes.fr>



SFERO

Société Francophone d'Etude et de Recherche en Orthoptie



La SFERO est une association loi 1901 créée pour promouvoir la recherche scientifique dans notre profession. Elle rassemble les acteurs scientifiques, médicaux et technologiques autour de la fonction visuelle afin de stimuler l'innovation et de soutenir la recherche fondamentale, clinique et technologique. Elle contribue également à la diffusion des connaissances, à l'amélioration des pratiques cliniques et à la valorisation des soins en collaboration avec les institutions de santé.

<https://sferorthoptie.com>



SNOF

Le Syndicat National des Ophtalmologistes de France



Cette organisation regroupe les Ophtalmologistes de France, elle défend la profession dans toute sa diversité et œuvre pour l'avenir de l'Ophtalmologie française.

<https://snof.org/>



CNOE

Le Collège National des Orthoptistes Enseignants



Le CNOE regroupe les enseignants en orthoptie. Il a pour mission de garantir la qualité pédagogique de la formation, il étudie les programmes d'enseignement et ses modalités d'évaluation, publie des textes, articles, documents et études concernant l'enseignement et l'exercice de la profession d'orthoptiste.

<https://cnoefr.wordpress.com>



Événements

Retour sur la journée thématique : Préserver la santé visuelle, défendre celles et ceux qui la protègent

Le samedi 22 novembre 2025 se déroulait à l'AGECA, à Paris, notre 4^{ème} journée thématique sur le thème de préserver la santé visuelle, défendre celles et ceux qui la protègent.



Le but de cette journée était de mettre en lumière les diverses pratiques et conseils pour préserver la santé visuelle et comment défendre les orthoptistes, qui la protègent au quotidien.

Entre étudiant·e-s, professionnel·le-s de santé et membres d'associations, nous étions une cinquantaine de participant·e-s.

La journée a commencé par un petit-déjeuner, permettant aux participant·e-s de se rencontrer ou de se retrouver dans un moment convivial.

La première partie des interventions a été marquée par :

♦ **Anthony ONOFRE / Teddy CHOBLET, Orthoptistes**
Postures, pixels et progrès : la rééducation orthoptique réinventée



❖ Sandrine ROISIN, Orthoptiste
Déficience visuelle et travail

Matthieu DELAVAL, Orthoptiste
Asthénopie accommodative

❖ Annabel BROCHIER, Ergonome et
psychologue du travail
L'ergonomie visuelle au bureau

❖ Séverine GUYOMARD, Sophrologue
Initiation à la sophrologie

Ces interventions ont permis d'enrichir nos connaissances sur les enjeux de la filière visuelle et de mettre en lumière l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire, en abordant à la fois la rééducation orthoptique, la déficience visuelle au travail, l'ergonomie visuelle et le bien-être du/de la patient·e.

En deuxième partie de matinée, deux tables rondes ont permis des échanges riches, entre les intervenant·e·s mais également avec le public.

La première table ronde était sur le thème *Parler de santé mentale c'est déjà en prendre soin* avec :

❖ Agathe GREGOIRE, étudiante en 3^{ème} année d'Orthoptie à Clermont Ferrand et membre du bureau 2025-2026, chargée PCS (Prévention Citoyenneté et Solidarité) et lien international.

❖ Sybil ABRIAL, étudiante en 3^{ème} année d'Orthoptie à Lyon et membre du bureau 2024-2025, chargée PCS (Prévention Citoyenneté et Solidarité) et lien international.



- ◆ Maelys JEGU, Pharmacienne, Chargée de mission à la SPS, l'Institut pour la santé des soignants.

La deuxième table ronde était sur le thème *Orthoptie et réingénierie : construire la formation de demain avec :*

- ◆ Gabriel VARGA, étudiant en 3^{ème} année d'Orthoptie à Paris Sorbonne et membre du bureau 2025-2026, chargé des affaires académiques.
- ◆ Loïs PONTE FELGUEIRAS, orthoptiste, étudiante en Master de Neurosciences à Sorbonne Université et membre du bureau 2025-2026, chargée de l'enseignement supérieur et de la recherche.
- ◆ Bastien THOMAS, orthoptiste, membre du bureau 2022-2023, chargé des affaires académiques.
- ◆ Barbara STANKIEWICZ, orthoptiste, membre du bureau 2024-2025, chargée des affaires académiques.

Ces échanges ont permis d'aborder des thématiques essentielles liées à nos études, à nos cadres d'exercices respectifs et à la collaboration, toujours en évolution, entre les différent-e-s acteur-e-s de la filière visuelle. Elles ont également été l'occasion d'initier des débats et des échanges constructifs, nourris par la diversité des points de vue, tout en offrant aux étudiant-e-s un espace pour exprimer leurs idées et leurs attentes concernant la formation en orthoptie et leur futur exercice professionnel.

Cet événement a aussi été marqué par la présentation de notre mascotte, Lynxéo, qui suivra désormais la FFEO lors de tous ses événements.

À l'issue des interventions, les administrateur-e-s ont été convié-e-s à un conseil d'administration en présentiel. Organisé chaque mois avec les 16 associations adhérentes représentant les départements d'orthoptie, ce temps d'échange permet à la fois de recueillir les problématiques rencontrées sur le terrain et d'informer l'ensemble des associations des avancées au sein de la filière. Nous avons pu parler des actualités du réseau, des rendez-vous avec les instances, du rapport sur la réingénierie de la formation, et des créations des associations pour les départements de Besançon et de Dijon.

Le dispositif « personne de confiance » a été déployé tout au long de la journée afin d'assurer un cadre sécurisé et bienveillant lors de l'événement. Inscrit dans une démarche de prévention et d'accompagnement, il vise à sensibiliser les participant-e-s aux notions de consentement et de respect, tout en offrant des espaces d'écoute, d'échange ou de retrait en cas de mal-être, quelle qu'en soit l'origine. Les personnes mobilisées pour ce dispositif ont été formées par la FAGE, notamment à la prévention des violences sexistes et sexuelles (VSS) et discriminations, et à l'utilisation d'outils concrets pour intervenir et soutenir les personnes concernées.

L'organisation d'une journée rassemblant l'ensemble des acteur-e-s de la filière visuelle constituait un projet majeur pour la FFEO. Nous sommes heureux-ses d'avoir pu le concrétiser et remercions chaleureusement tou-te-s les participant-e-s et intervenant-e-s d'avoir contribué à ce moment de rencontre et de partage, au-delà des professions, autour de nos connaissances et de nos pratiques, lors de cet événement fédérateur.



Retour sur le congrès national 2026

Notre 9^e Congrès Gala s'est tenu au Roazhon Park à Rennes, autour du thème « Orthoptie de demain ».

Cent trente participants, animés par l'envie d'échanger et de réfléchir à l'avenir de notre profession, étaient présents.



Inti Ancelin

La journée du 31 janvier 2026 aura été intense, entre interventions et formations partenaires.

- ♦ Isabelle CHUUOR, Orthoptiste - La diversité du métier d'orthoptiste.
- ♦ Alexandre VALLON, Orthoptiste au CHU de Nantes, intervenant au département de Nantes - L'Intelligence Artificielle, êtes-vous prêt à devenir des soignants augmentés ?
- ♦ Cloé CLAVEL, Orthoptiste, enseignante et responsable pédagogique des 2^{ème} année du département de Caen, enseignante au département de Caen et formatrice de Supervision - Comment créer et faire évoluer son cabinet.
- ♦ Inés PHILIPPART, Opticienne-Optométriste et créatrice du podcast Chamoisine - Mieux collaborer pour mieux soigner.
- ♦ Karine HUET, Orthoptiste au CHU de Nantes, intervenante au département de Nantes - L'éducation thérapeutique du patient : un pilier de l'orthoptie de demain.
- ♦ Pierre FANTOU, Orthoptiste à Rennes - 180 saccades par minute.

Concernant les formations partenaires, nous avons eu la chance d'accueillir :

- ♦ Hygivision - Les Antilles & l'orthoptie Martinique Guadeloupe.
- ♦ MACSF - Orthoptistes : Entrée dans l'exercice libéral.
- ♦ Essilor - Les innovations en optique médicale chez Essilor Luxottica.



L'orthoptie de demain s'inscrit dans une pratique toujours plus innovante, intégrant les avancées technologiques, le numérique et l'évolution des outils de rééducation. Elle repose également sur une collaboration renforcée avec les autres professionnels de santé, afin d'assurer une prise en charge globale, adaptée aux besoins des patient·e·s et aux enjeux de santé publique à venir.

Un village partenaire était organisé pour permettre aux étudiant·e·s de les rencontrer et de découvrir ce qu'ils pourraient leur apporter durant leurs études et dans leur pratique future. Nous y avons retrouvé : Temeoo, Orthatlantic, Eyesoft, Vega, MACSF, Hygivision, Nidek, UNRIO, la FAGE et le SNAO.

Pendant cette journée s'est tenue l'assemblée générale de mi-mandat, ouverte à toutes et à tous. Elle a permis de présenter à nouveau les membres du bureau, d'aborder les élections Crous (Centre Régional et des Oeuvres Universitaires et Scolaires), le dispositif de Défense Des Droits mis en place par la FFEO, ainsi que de faire un résumé du rapport sur la santé mentale des étudiant·e·s en orthoptie et du rapport Parcoursup et des oraux d'admission.



Cette assemblée a également été l'occasion d'acter l'adhésion en tant que membre du collège B d'Amélie BART, voici son parcours :

- ◆ 19 ans, étudiante en orthoptie à l'Université Paris Cité depuis septembre 2024, s'est engagée dans la vie étudiante après avoir découvert les élections universitaires en février 2025. Elle a rejoint la liste BougeTaFac, une liste apaisante soutenue notamment par l'AGEP et la FFEQ.

Petit rappel : Un membre du collège B c'est quoi ?

Le Collège B rassemble les étudiant·e·s en orthoptie élu·e·s, c'est-à-dire celles et ceux qui siègent dans les conseils universitaires (Commission de la vie et de la Formation Universitaire (CFVU), Conseil Académique (CAc), etc.) ou du Crous.

Iels contribuent activement à la vie de la fédération et, tout comme les membres du Collège A, iels disposent d'un droit de vote lors des Conseils d'Administration et des Assemblées Générales de la FFEQ.

Et pour finir, Clémence JEANNETEAU a été élue membre d'honneur

Ce moment a permis de mettre en lumière ses 4 années d'engagement associatif au sein de notre réseau :

- ◆ 2021-2022 : Trésorière et tutrice à l'ENO (association des Etudiants Nantais en Orthoptie).
- ◆ 2022-2023 : Vice-présidente Orientation et Insertion Professionnelle à la FFEQ.

- ◆ 2022-2024 : élue pour InterAsso Nantes (fédération de territoire de Loire Atlantique et de Vendée) au Conseil Académique de Nantes.
- ◆ 2023-2024 : Vice-présidente générale et secrétaire de la FFEQ, puis prise de fonction à la présidence en janvier 2024.
- ◆ 2024-2025 : Membre du comité de veille de la FFEQ.

Au déjeuner, nous avons eu la chance d'avoir deux food trucks (La Crêperie Ambulante et Food Truck Roazhon), avec au menu des galettes bretonnes. La spécialité de la Bretagne a beaucoup plu à toutes et tous.

Cette journée s'est finie avec notre Gala annuel, au Restaurant Sipario avec buffet cocktail et DJ pour un temps de convivialité entre étudiant·e·s et diplômé·e·s.

Un immense merci à l'équipe organisatrice, aux intervenant·e·s, aux partenaires, ainsi qu'à l'ensemble des participant·e·s pour leur présence et leur engagement lors de ce 9^e Congrès-Gala national.

Youna Krawczyk-Mathelin
CM en charge de l'évènementiel

Retour sur le week-end inter-admin

Notre Week-end Inter-Administrateur·ice·s s'est déroulé à la Résidence Internationale à Paris. Une dizaine d'administrateur·ice·s, curieux·ses d'échanger et d'en apprendre davantage sur le rôle d'une association, étaient présent·e·s.

Les 28 et 29 mars 2026, la FFEO a organisé un week-end inter-administrateur·ice·s, réunissant ses membres autour de temps de formation, de découverte et de partage. Cet événement, rassemblant une dizaine de participant·e·s, avait pour objectif de renforcer les compétences, favoriser la cohésion et encourager les échanges entre les différentes associations.

Le samedi matin a été consacré à des sessions de formation, dont les thèmes étaient *l'Assemblée Générale de Passation* et *la préparation de la rentrée universitaire*. Ces temps, à la fois structurants et interactifs, ont permis aux participant·e·s d'approfondir leurs connaissances sur des sujets clés liés à leurs missions. Dans une atmosphère collaborative, chacun·e a pu poser ses questions, partager ses expériences et acquérir de nouveaux outils concrets.

La journée s'est poursuivie avec une activité à la Cité des Sciences. Ce moment plus informel a offert une pause bienvenue après les apprentissages du matin, tout en restant enrichissant. Les participant·e·s ont pu découvrir les expositions, échanger dans un cadre différent et renforcer leurs liens dans un environnement stimulant et ludique. Une journée de sensibilisation à l'autisme y était organisée.

Le dimanche matin a été dédié à un temps d'échange collectif. Ce moment de discussion a permis de faire le bilan des activités, de partager les ressentis et de réfléchir ensemble aux perspectives futures de la fédération. Les échanges, riches et constructifs, ont mis en lumière l'importance de ces rencontres pour la dynamique du réseau.

Ce week-end inter-administrateur·ices a ainsi pleinement rempli ses objectifs : former, rassembler et inspirer. Il témoigne de l'engagement de la FFEO à accompagner ses membres et à favoriser une collaboration toujours plus forte entre ses membres.

Youna KRAWAZYK MATHELIN
Chargée de l'événementiel



Ouverture d'une formation en orthoptie à l'Université Bourgogne Europe

La rentrée universitaire 2025-2026 a marqué une étape importante pour l'Université Bourgogne Europe (UBE) avec l'ouverture d'une formation en orthoptie au sein de l'UFR Sciences de Santé. Cette nouvelle filière, très attendue, vient renforcer l'offre de formation et de soins en Bourgogne-Franche-Comté, en réponse aux besoins croissants dans le domaine de la santé visuelle.

Une équipe de direction engagée au département de Dijon

Le lancement de cette formation repose sur l'investissement d'une équipe pédagogique et médicale expérimentée, animée par une volonté commune d'excellence :

- ◆ Pr Davy Laroche, directeur de la filière paramédicale de l'UBE, supervise le développement et l'intégration de cette nouvelle formation au sein de l'université.
- ◆ Aurélie Charles, responsable de la filière, assure la coordination pédagogique et l'accompagnement des étudiants.
- ◆ Pr Louis Arnould, responsable médical, apporte son expertise clinique et veille à la qualité scientifique du cursus.

Leur engagement collectif traduit la volonté de l'UBE de proposer une formation exigeante, rigoureuse et ancrée dans la réalité professionnelle, alliant savoir-faire technique et dimension humaine.

Un cursus structuré et professionnalisant

Financée par le Conseil régional, cette formation s'appuie sur une collaboration étroite entre les universités de Bourgogne et de Franche-Comté.

- ◆ **Effectifs** : 24 étudiants pour la première promotion, répartis de manière équilibrée entre les sites de Dijon (12) et de Besançon (12).
- ◆ **Diplôme** : Accessible via Parcoursup, le cursus conduit en trois ans au Certificat de Capacité d'Orthoptiste (grade de licence).
- ◆ **Structure pédagogique** : La formation combine enseignements fondamentaux (anatomie, physiologie, biologie, physique) et compétences professionnelles, avec des cours magistraux en partie mutualisés entre les deux universités.
- ◆ **Stages** : Les étudiants bénéficieront d'une immersion progressive dans les établissements de santé partenaires, dont le CHU de Dijon, les centres hospitaliers régionaux, les cabinets libéraux d'orthoptie et d'ophtalmologie, ainsi que le Centre de Rééducation et de Réadaptation de Basse Vision de Dijon.

Informations pratiques

Pour toute question administrative ou relative aux inscriptions : Gestionnaire de scolarité : Adélaïde WILLEM, courriel : orthoptie@ube-bourgogne.fr

En initiant cette nouvelle formation, l'Université Bourgogne Europe affirme son engagement au service du territoire et de la santé publique, contribuant activement à la formation de futurs professionnels de la vision au plus près des besoins régionaux.

L'équipe du département de Besançon

- ◆ Sébastien VACHERESSE, directeur du département des Sciences de la Rééducation, pilote la mise en place et l'intégration de cette nouvelle formation au sein de l'université.
- ◆ Pierre-Louis BASSAND assure la coordination pédagogique et accompagne les étudiants tout au long de leur parcours.

Pour toute question administrative ou relative aux inscriptions :

Gestionnaire de scolarité : Diane JUBERT

Courriel : scolarite-orthoptie@univ-fcomte.fr

Aurélie CHARLES et Pierre-Louis BASSAND

Présentation de la filière orthoptie Dijon et de son association ADEO



En septembre 2025, la région Bourgogne Franche-Comté a inauguré le lancement de ses deux premières filières d'orthoptie. À Dijon, ce sont 12 étudiants qui ont fait leur rentrée universitaire dans une région ayant la plus faible démographie d'orthoptistes en France. La création de cette filière est le fruit d'un partenariat entre les universités de Dijon et Besançon. Sur le site bourguignon, le centre hospitalier universitaire, les services hospitaliers régionaux et les praticiens en libéral ont décidé de s'impliquer pour garantir aux étudiants, une offre de stage variée et enrichissante.



De gauche à droite : Hélène Roussel, Lise Lorrain, Thomas Girard, Adèle Perrin.



Dans ce contexte, tous les étudiants ont souhaité créer une association se nommant ADEO pour « Association Dijonnaise des Étudiants en Orthoptie ». Chaque membre a une réelle volonté d'agir et de s'investir. D'une part, pour la filière, qui est nouvelle et qui a donc besoin de visibilité. Et d'une autre part, pour le métier d'orthoptiste, qui est encore peu connu malgré son importance dans la santé visuelle.

Le bureau de l'association se compose de quatre membres :

- ♦ **Présidente** : "Moi c'est Adèle, j'ai 20 ans et je sors d'une première année de médecine. Particulièrement soucieuse du bien-être d'autrui, j'ai à cœur d'exercer dans le secteur de la santé depuis mon plus jeune âge. Je suis fière d'avoir pu monter un premier bureau à l'Université de Bourgogne avec une équipe motivée afin de représenter la région à l'échelle nationale."
- ♦ **Vice-Présidente** : "Salut, je m'appelle Hélène et j'ai 24 ans. Avant d'arriver en Orthoptie, j'ai fait une licence de Sciences de la Vie et de la Terre à Dijon, puis un master MEEF et j'ai été professeure de SVT. Durant ces années universitaires je n'ai cessé de m'investir dans le monde associatif à plusieurs échelles : locale, régionale et nationale (dans une association de filière et dans les fédérations associées). En reprenant mes études dans une filière qui venait d'ouvrir, j'ai eu à cœur de m'investir dans la formation et la création d'une association nous a semblé tout naturel. L'adhésion et l'investissement au sein de la FFEO était une de nos priorités pour représenter les étudiants en

orthoptie, pour faire valoir notre voie sur des sujets importants et faire découvrir notre futur métier encore trop méconnu."

- ♦ **Trésorière** : "Coucou, je m'appelle Lise, j'ai 19 ans et je suis en première année d'orthoptie. J'ai précédemment effectué une année de PASS. De par mes expériences et mes connaissances, j'ai à cœur d'accompagner au mieux les patients mais aussi d'apporter du dynamisme dans cette néo-association. Plus on est de fous, plus on rit !"
- ♦ **Secrétaire** : "Je m'appelle Thomas Girard et j'ai 21 ans. À l'issue d'un BTS opticien-lunetier, j'ai décidé de continuer en orthoptie afin de développer mes compétences en santé visuelle. En effet, le dépistage et la rééducation visuelle m'intéressent fortement. J'ai souhaité m'investir dans l'association afin de promouvoir la filière visuelle."

L'association qui est en cours de labellisation a plusieurs projets pour l'avenir comme :

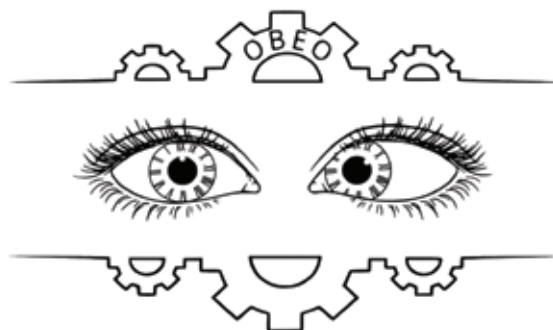
- ♦ Création de pulls à l'effigie de l'association.
- ♦ Trouver des partenaires afin de gagner en visibilité.
- ♦ Création des réseaux sociaux pour partager l'actualité de la filière.
- ♦ Organisation d'événements pour l'accueil des prochains étudiants de la filière.

Nous avons souhaité adhérer à la FFEO afin de représenter au mieux les étudiants et notre filière au niveau national.

Les membres de l'Association Dijonnaise des Étudiants en Orthoptie

OBEO – Création du premier bureau de vie étudiante

Au sein de la promotion de douze étudiants à Besançon, quatre d'entre eux se sont lancés dans la création du BDE OBEO : Organisation Bisontine des Etudiants en Orthoptie, pour s'investir activement dans la vie étudiante.



L'association a pour objectif de favoriser la cohésion sociale entre les étudiants, de soutenir leur apprentissage grâce à la mise en place de tutorat et de parrainage, mais aussi d'organiser divers événements et initiatives (soirée, vente de sweats de promotion, mise à disposition de matériel professionnel, etc.).

À l'avenir, ils souhaiteraient développer des collaborations avec des professionnels du secteur afin d'ouvrir les étudiants à toutes les facettes du métier : basse vision, prothèses oculaires, rééducation, dépistage ou encore neurovision. Elle pourra aussi, dans quelques années, accompagner les étudiants de 3^{ème} année dans leur orientation et leur insertion professionnelle, en facilitant les échanges avec des diplômés et en partageant des opportunités d'emplois.

Présentation des membres du BDE

Faustine Daouze, 21 ans, présidente de l'association, a débuté son parcours par une PASS avec l'ambition de devenir ophtalmologue. Elle s'est ensuite orientée vers une LAS 2 de droit, avant de découvrir l'orthoptie, un domaine qui l'a particulièrement intéressée. Aujourd'hui, elle s'épanouit dans cette voie qui correspond davantage à ses attentes et à ses centres d'intérêt.

Chloé BULBER, 20 ans, secrétaire de l'association, tout juste diplômée du BTS Opticien-Lunetier. Elle a fait le choix de poursuivre son parcours scolaire en se spécialisant dans le domaine de la santé visuelle. Elle s'est donc naturellement orientée vers l'orthoptie. Aujourd'hui, elle s'engage en s'investissant dans l'association.

Manon Clapeyron, 21 ans, trésorière, est une jeune diplômée d'un BTS Opticien-Lunetier. Animée par l'envie de donner davantage de sens à son métier, elle



Les membres de l'Organisation Bisontine des Etudiants en Orthoptie.

a choisi de s'orienter vers une approche de l'optique plus humaine que commerciale. Enthousiaste et dévouée, c'est avec plaisir qu'elle s'investit au sein de l'association.

Margaux Gauthier, 35 ans, chargée de partenariat, est opticienne en reconversion professionnelle. Après plusieurs années en cabinet d'ophtalmologie, c'est le travail auprès des orthoptistes qui lui a donné goût à la profession. C'est avec engouement et fierté qu'elle s'est lancée dans la formation.

Protocoles & organisations

L'ASNAV

L'AsnaV (Association pour l'Amélioration de la Vue) est une association, engagée dans la prévention de la santé visuelle. Elle poursuit une double mission :

- ◆ Informer le grand public sur l'importance de préserver une bonne vision tout au long de la vie.
- ◆ Former les professionnels de santé aux pratiques de dépistage et de suivi visuel.



Présidée par Guy Sasson, l'AsnaV fédère des acteurs majeurs de la santé visuelle et s'appuie sur un conseil scientifique composé des 3 « O ». Chaque année, elle forme les professionnels de santé et mène des actions de sensibilisation et de communication autour de thèmes de la vie quotidienne pour rappeler l'importance d'une vision de qualité.

Former les professionnels de santé pour améliorer le dépistage, en particulier, auprès des jeunes

Tous les deux ans, l'AsnaV publie son Baromètre de la Santé Visuelle des Français. L'édition 2025 révèle des chiffres préoccupants :

- ◆ 27 % des parents n'ont jamais fait réaliser de dépistage visuel à leurs enfants.
- ◆ 16 % des parents d'enfants de 0 à 12 ans n'ont pas consulté d'ophtalmologiste malgré un dépistage positif. Ce taux progresse de +8 points par rapport au précédent baromètre, traduisant un recul inquiétant du suivi médical.

Ces lacunes sont d'autant plus alarmantes que :

- ◆ L'amblyopie touche encore 6 % de la population, soit près de 4 millions de Français.
- ◆ Les troubles visuels atteignent des niveaux records, notamment en raison de la myopie, en hausse de 12 % en deux ans.

Depuis juin 2023, les orthoptistes peuvent réaliser des dépistages chez les enfants sans prescription médicale préalable. Pourtant, ces actes restent marginaux (Chiffres CNAMTS - Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés - 24) :

- ◆ Acte 7.7 (9-15 mois) : 7 638 dépistages pour 331 500 enfants (soit 2 %).
- ◆ Acte 8.4 (2,5-5 ans) : 12 383 dépistages pour 1 846 625 enfants (soit 0,6 %).

Les médecins généralistes, pédiatres, les acteurs de PMI (protection maternelle et infantile) et de santé scolaire contribuent également à la prévention des troubles visuels via les examens du carnet de santé (9 mois, 24 mois, 4^e, 6^e et 12^e année). Mais 80 % d'entre eux déclarent ne pas être en mesure de réaliser un dépistage de qualité, faute de formation adaptée. Les initiatives existantes restent locales et hétérogènes, accentuant les inégalités territoriales.

Pour homogénéiser les pratiques et améliorer la santé visuelle des enfants, l'AsnaV propose :

- ◆ Des formations simples et ciblées pour les professionnels concernés.
- ◆ Du matériel de dépistage breveté.

En 17 ans, près de 14 000 professionnels ont été formés, avec un impact concret : le dépistage scolaire est désormais de plus en plus cité par les parents comme motif de réorientation vers un spécialiste.



Informer et sensibiliser le grand public

En parallèle de ses actions de formation, l'AsnaV communique pour mieux sensibiliser et va régulièrement à la rencontre du grand public lors d'événements majeurs tels que la Course Lumière et Vision ou le salon de jeux vidéo à Paris, la Paris Games Week.

Ces rendez-vous sont l'occasion :

- ◆ De réaliser des tests de dépistage visuel et, si nécessaire, de réorienter vers des professionnels de santé visuelle.
- ◆ De partager des conseils pratiques pour préserver une bonne vision, notamment face aux usages intensifs des écrans.

Lors de la dernière édition de la Paris Games Week, plus de 300 tests de vue ont été effectués grâce à la participation et l'engagement des membres du bureau de la FFEO, que nous remercions chaleureusement.

Les résultats sont significatifs :

- ◆ Myopie : près d'un visiteur sur cinq (28 % des adultes, 13 % des moins de 10 ans, 6 % des 10-18 ans).
- ◆ Hypermétropie : 20 % des personnes testées.
- ◆ Astigmatisme : 14 % des personnes testées.
- ◆ Troubles de la vision binoculaire : près de 40 %, un indicateur souvent négligé mais essentiel. Voir « net » ne suffit pas : une bonne vision implique que les deux yeux travaillent ensemble, garantissant confort visuel pour les écrans et perception des distances lors des déplacements.



Au-delà des troubles détectés, le manque de suivi médical interpelle : 1 personne sur 5 n'a jamais consulté un professionnel de la vue.

- ◆ Chez les moins de 10 ans : 35 % n'ont jamais eu de consultation.
- ◆ Chez les 10-18 ans : 24 %.
- ◆ Chez les adultes : 10 %.

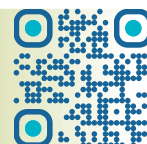
Ces résultats, bien qu'indicatifs, rappellent une évidence : le dépistage précoce et régulier est indispensable pour prévenir les troubles visuels et garantir une vision confortable tout au long de la vie.

Véronique MORIN

*Responsable pédagogique et scientifique
en santé visuelle à l'ASNAV*

Pour en savoir plus sur l'AsnaV

<https://cmavue.org/>



Projet DORE

L'arrivée en EHPAD est un changement important pour le résident. Ses repères sont bouleversés, ses interactions sociales habituelles sont changées. Mais c'est aussi l'occasion pour le résident de faire un bilan de santé notamment oculaire qui quelquefois a été négligé.

En effet, les nouveaux pensionnaires arrivant en EHPAD n'ont le plus souvent plus de suivi ophtalmologique depuis plusieurs années. On peut avancer différentes raisons notamment le déplacement plus difficile de ces personnes après leur arrivée en EHPAD, l'éloignement de leur ophtalmologiste habituel. Les trois quarts des médecins généralistes considèrent que l'institutionnalisation est un frein au suivi ophtalmologique (1)... Le contexte de la COVID a bien mis en évidence la fragilité de ces personnes et la nécessité d'effectuer des consultations à distance. Les troubles oculaires sont fréquents chez les résidents en EHPAD. Le déficit visuel est particulièrement marqué : plus d'une personne sur dix est malvoyante, plus d'une personne sur six a 1/10^{ème} ou moins d'acuité visuelle après 74 ans (2). Près de 40 % des sujets âgés de plus de 78 ans n'ont pas de lunettes adaptées à leur vue, a rapporté l'étude Inserm Aliénor (3). De plus, ces personnes ont un risque plus important de pathologies liées à l'âge : la Dégénéres-

cence Maculaire Liée à l'Âge, la cataracte. Comme pour les autres tranches d'âge il est important de dépister les rétinopathies diabétiques et le glaucome.

De plus, la proportion des personnes âgées est d'autant plus importante que la déficience visuelle est sévère : 61 % des personnes ayant une déficience profonde ou totale sont âgées de 75 ans ou plus (4) (Programme d'intervention sur les déficiences visuelles de la personne âgée). Certains de ces articles de la littérature démontrent notamment un déclin cognitif plus rapide en cas de troubles visuels altérant l'acuité visuelle (5). Rappelons qu'une mauvaise vision est pourvoyeuse de chutes et de dépendance (2).

Faisant ce constat, l'équipe du service d'ophtalmologie du CHU de Caen a décidé de mettre en place en janvier 2020 un protocole pour le dépistage des pathologies oculaires des résidents en EHPAD, avec comme acteur principal l'orthoptiste qui par délégation de tâche peut effectuer différents examens et les transmettre par voie numérique.

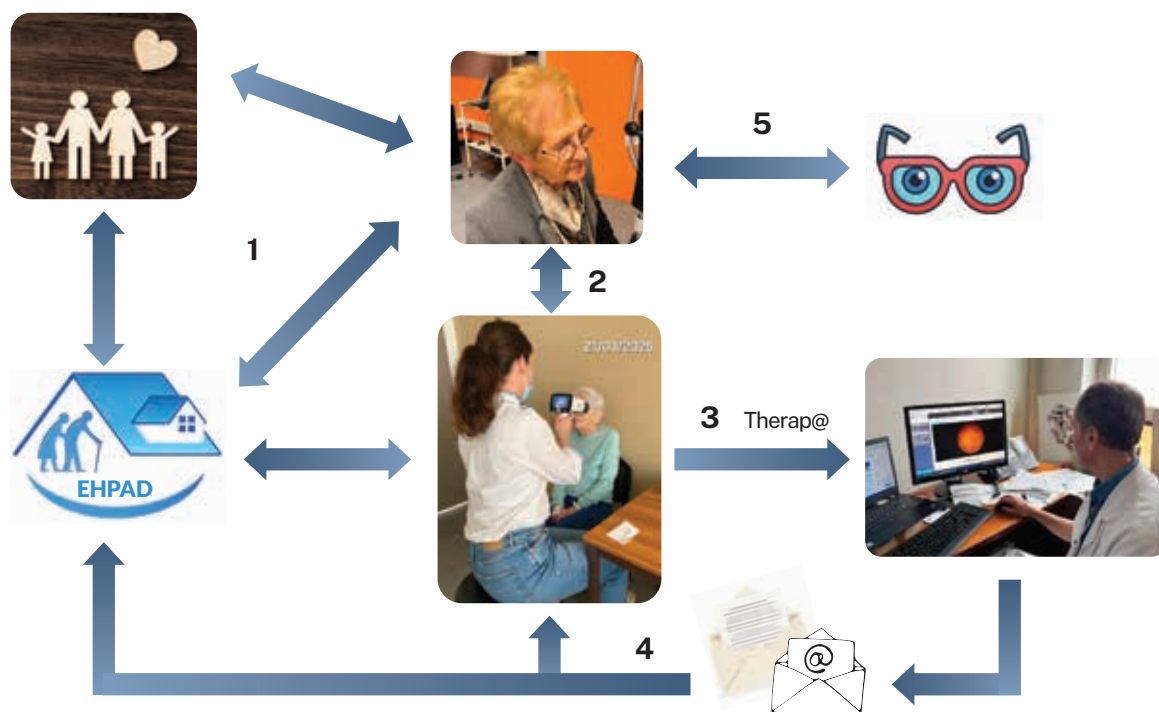


Figure 1.

- 1: Le médecin référent de l'EHPAD en concertation avec le résident et ses proches décide d'une consultation et contacte l'orthoptiste pour un examen de dépistage oculaire.
- 2: L'orthoptiste se rend en E.H.P.A.D. pour effectuer les examens et envoie les résultats sur une plateforme sécurisée (therap@).
- 3: Le médecin du CHU de Caen analyse les données et envoie au médecin référent et au résident un compte rendu et une ordonnance si besoin.
- 4: Le résident fait faire ses verres correcteurs par un opticien, sur place si nécessaire.

Mise en place

Le matériel utilisé est transporté dans une malle qui comprend un rétinographe portable Aurora®, d'Optomed, un tonomètre portable à air Tonocare®, de Keeler, un réfractomètre portable SW-800®, de Suowei Electronic Technologu Co. L'orthoptiste vient en plus avec une boîte de verres d'essai, une monture et une échelle d'acuité visuelle (Figure 2).

Modèle économique

Le matériel a été acheté grâce à une aide financière de l'Agence Régionale de la Santé. Ce matériel est mis gracieusement à la disposition des orthoptistes. L'achat d'une malle complète est de 21 000 euros.

L'orthoptiste code un AMY 8,5, complété par une indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) de 2,5€ et d'une prime de 7,46€ dans le cadre du protocole. Par séance il est prévu une indemnité horokilométrique (IK) de 0,24€ par kilomètre.

Résultats des études

Ce projet de prise en charge des pathologies oculaires chez les résidents en EHPAD a eu lieu dans 18 Ehpads différents avec le concours de six orthoptistes pour plus de 300 consultations. Il s'avère que l'âge moyen des personnes examinées est autour de 85 ans. Plus du quart des consultants bénéficie de nouveaux verres correcteurs. Quinze pour cent des résidents sont vus secondairement par un ophtalmologiste pour un examen plus approfondi.

Limites

La principale limite est le nombre d'orthoptistes participants. La disponibilité du matériel n'est pas une contrainte car les malles peuvent être transportées à l'EHPAD en taxi. Pour l'instant ce projet n'est possible que dans le cadre d'un protocole. Le projet a été déposé pour une reconnaissance nationale avec autorisation de télétransmettre comme pour les autres professions paramédicales et valorisation financière de ce travail.



Figure 2. Malle utilisée pour les examens avec un rétinographe portable Aurora®, d'Optomed, un tonomètre portable à air Tonocare®, de Keeler, un réfractomètre portable SW-800®, de Suowei Electronic Technologu Co.

Il est important de bien cibler les patients, la contrainte est qu'il faut qu'il soit coopérant. Il faut souligner l'importance du travail en équipe et la nécessité que l'EHPAD favorise la consultation de l'orthoptiste (patients amenés à l'heure, aide administrative...).

Conclusion

Ce projet de consultations de dépistage de pathologies oculaires par une orthoptiste, délocalisées en EHPAD représente un enjeu majeur de santé publique. La demande est importante en France et notamment dans la région Normandie. Répondre à cette demande est tout à fait possible en faisant appel aux orthoptistes locaux. Il est important pour sa diffusion que ce projet puisse bénéficier d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Professeur QUINTYN

*Ophtalmologiste, Chef du service d'ophtalmologie au CHU de Caen
quintyn-jc@chu-caen.fr*

Bibliographie

- (1). Réalité du suivi ophtalmologique des patients en EHPAD par les médecins généralistes en midi pyrénées (Thèse de Fanton Camille, 2018).
- (2). Acuité visuelle et pathologie oculaire chez le sujet âgé résidant en maison de retraite : étude orléanaise sur 219 personnes Journal Français d'ophtalmologie 1999 ;22 (4):431-437.
- (3). Merle B et al. Invest Ophthalmol Vis Sci 2011 ; 2. Cougnard-Grégoire A et al. PLoS One 2016; 3. Delcourt C et al. Arch Ophthalmol. 2012 ; 4. Delcourt C et al. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011 ; 5. Cougnard-Grégoire A et al. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2013; 6. Cougnard-Grégoire A et al. PLoS One 2014. 7. Delcourt C et al. Invest Ophthalmol Vis Sci 2014.
- (4). Les déficiences visuelles de la personne âgée ; Projet des réseaux gérontologiques du sud Lorraine (http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Etude_deficiences_visuelles_septembre_09.pdf).
- (5). Klein R, Klein BE, Linton KL, De Mets DL. The Beaver Dam Eye Study: visual acuity. Ophthalmology. août 1991;98(8):13105.

DP2O : Le dépistage visuel précoce en milieu scolaire

Mis en place depuis l'année scolaire 2021-2022, le dépistage des troubles visuels, du langage et de la communications illustre une coopération institutionnelle tripartite entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (et les Caisses Primaires d'Assurance Maladie locales), l'Education Nationale et l'association DP2O (Dépistage Prévention Orthophonie et Orthoptie, portée par la Fédération Nationale des Orthophonistes et le Syndicat National Autonome des Orthoptistes) dans le repérage précoce en milieu scolaire. Depuis son lancement, cette expérimentation a permis à plus de 18 000 enfants de bénéficier d'un dépistage visuel directement dans leur école, sur 46 caisses CPAM, grâce à la mobilisation d'environ 340 orthoptistes libéraux.



Le repérage précoce des troubles visuels constitue un enjeu majeur de santé publique, en particulier chez l'enfant d'âge préscolaire.

Actuellement, la visite médicale réalisée par les médecins de l'éducation nationale intervient autour de la sixième année, ce qui est tardif pour le dépistage de pathologies telles que l'amblyopie ou le strabisme et leur remédiation.

De plus, seuls 30 à 40 % des enfants orientés à l'issue de cette visite accèdent aux soins, justifiant la mise en place d'une action de dépistage précoce directement en milieu scolaire.

L'objectif principal du dispositif avec l'association DP2O est de favoriser le repérage précoce de l'amblyopie, du strabisme et de la réfraction.

Il vise à permettre avec autorisation parentale, un dépistage systématique dès la première année de maternelle en classe par les orthoptistes, à sensibiliser les familles au développement visuel de l'enfant, au repérage des signes d'alerte et à la prévention liée aux écrans.

Les CPAM locales assurent le suivi des enfants dépistés et la CNAM évalue l'action en vue d'une généralisation du dispositif à l'horizon 2026-2027.

Les territoires d'intervention sont définis par la CNAM, les CPAM locales et les PMI, en ciblant principalement les zones d'éducation prioritaire et les territoires ruraux sans dispositifs de dépistage.

L'association DP2O recrute et forme des orthoptistes libéraux, impliqués ensuite dans la coordination locale, les actions de sensibilisation des parents et les interventions en milieu scolaire.

Les CPAM assurent la gestion des autorisations parentales pour les enfants de petite section maternelle. Les orthoptistes libéraux conventionnés réalisent le dépistage en temps scolaire, le matin, selon un protocole d'environ dix minutes par enfant comprenant la mesure de l'acuité visuelle, la recherche de troubles réfractifs, le dépistage du strabisme et l'exploration de la mobilisation du regard. Et le remplissage du courrier de résultat pour les familles.

Le matériel est fourni par les CPAM et les résultats sont également transmis aux caisses via la plateforme numérique DEPISCO, qui permet le suivi des enfants et l'accompagnement des familles vers les soins si nécessaire et la réception des autorisations parentales.

Les résultats des différentes vagues montrent une forte adhésion des familles, avec des taux de retour des autorisations supérieurs à 90 %, et une proportion significative d'enfants présentant des troubles visuels. Les taux de confirmation diagnostique, compris entre 76 % et 80 %, soulignent la pertinence du dépistage réalisé par les orthoptistes.

À moyen terme, l'objectif est la généralisation du dispositif sur l'ensemble du territoire français, avec une cible nationale de 40 000 enfants dépistés.

L'intégration du dispositif DP2O dans la convention nationale des orthoptistes marque une avancée majeure en permettant des interventions conventionnées en milieu scolaire et en renforçant le rôle de l'orthoptiste dans la prévention visuelle.

Léa BOUGA

Vice-présidente chargée de l'exercice libéral, de la formation et des partenariats au SNAO

Les différents protocoles et accès en orthoptie

L'orthoptiste est habilité à pratiquer ses actes en application d'une prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur. C'est le principe de base, confirmé en 2016 par décret (Décret N° 2016-1670 du 5 décembre 2016 relatif à la définition des actes d'orthoptie).

Il existe toutefois d'autres possibilités réglementées :

- ◆ Accès direct :
 - Dépistage de l'amblyopie sous conditions.
 - Renouvellement optique sous conditions.
 - Primo prescription (lunettes / lentilles) sous conditions.
- ◆ Protocole organisationnel au sein de cabinet d'ophtalmologie ou ETS (établissement de soins).
- ◆ Protocole de coopération.

Accès direct

Les patients peuvent consulter un orthoptiste sans besoin de prescription préalable pour réaliser soit un dépistage visuel chez un enfant en bas âge, soit une primo-prescription optique dans des conditions particulières, soit un renouvellement optique dans les mêmes conditions que les opticiens.

Dépistage visuel chez l'enfant en bas âge

- ◆ Entre 9 et 15 mois, AMY 7,7;
- ◆ Entre 30 mois et 5 ans, AMY 8,4.

En cas d'anomalie : orientation vers un médecin ophtalmologiste, pas de rééducation sans avis ophtalmologique.

La primo prescription optique

Concerne les verres correcteurs et les lentilles souples monofocales :

- ◆ Cotation AMY 8,7, en accès direct ;
- ◆ Patients de 16 à 42 ans ;
- ◆ Réfraction comprise entre -3 et +3 dioptries pour la sphère et au maximum 1 dioptrie d'astigmatisme ;

- ◆ Patients sans pathologie, traitement ou pathologie générale nécessitant un suivi ophtalmologique régulier (liste définie par arrêté) ;
- ◆ En cas de doute sur une situation ou une pathologie non prévue par l'arrêté, l'orthoptiste oriente le patient vers le médecin ophtalmologiste ;
- ◆ Absence de constatation d'une baisse d'acuité visuelle unilatérale non connue, inférieure à 9/10 et non corrigible.

Renouvellement optique

- ◆ Chez un patient en possession d'une ordonnance valide et sans pathologie (liste définie par l'arrêté) :
 - Pour les lunettes, datant de moins de 5 ans pour les patients de 16 à 42 ans, de moins de 3 ans pour les patients de plus de 42 ans ;
 - Pour les lentilles, datant de moins de 3 ans.

Protocoles organisationnels

- ◆ Liste des actes autorisés dans le décret N°2016-1670 du 5 décembre 2016.
- ◆ L'orthoptiste doit exercer dans le cadre d'un cabinet d'ophtalmologie (avec présence réelle de l'ophtalmologiste) ou au sein d'un établissement de santé comportant des ophtalmologistes.
- ◆ Les protocoles doivent être établis, datés et signés par le ou les médecins ophtalmologistes et mentionner le ou les noms des orthoptistes.



Protocoles de coopération

Dépistage rétinopathie diabétique

- ◇ Sur prescription médicale.
- ◇ Patient de 16 à 70 ans.
- ◇ Interprétation par l'ophtalmologiste.

Protocole de coopération de renouvellement optique : RNO et RNM

- ◇ Caractéristiques communes RNO et RNM :
 - Patient de 6 à 50 ans sans pathologie ni baisse d'acuité visuelle importante.
 - Le patient doit avoir consulté un ophtalmologiste depuis moins de 5 ans.
 - Consentement du patient sur le fait qu'il ne verra pas d'ophtalmologiste.
 - Pas de primo-prescription optique.
 - Pas d'acte ophtalmologique ou orthoptique cotable en sus.
 - Réalisation d'une prise du tonus oculaire et d'une rétinographie.
 - Dossier validé et ordonnance signée par l'ophtalmologiste et adressée au patient dans les 8 jours.
 - L'orthoptiste peut être salarié ou libéral.
 - Continuité des soins à assurer par l'ophtalmologiste lecteur.

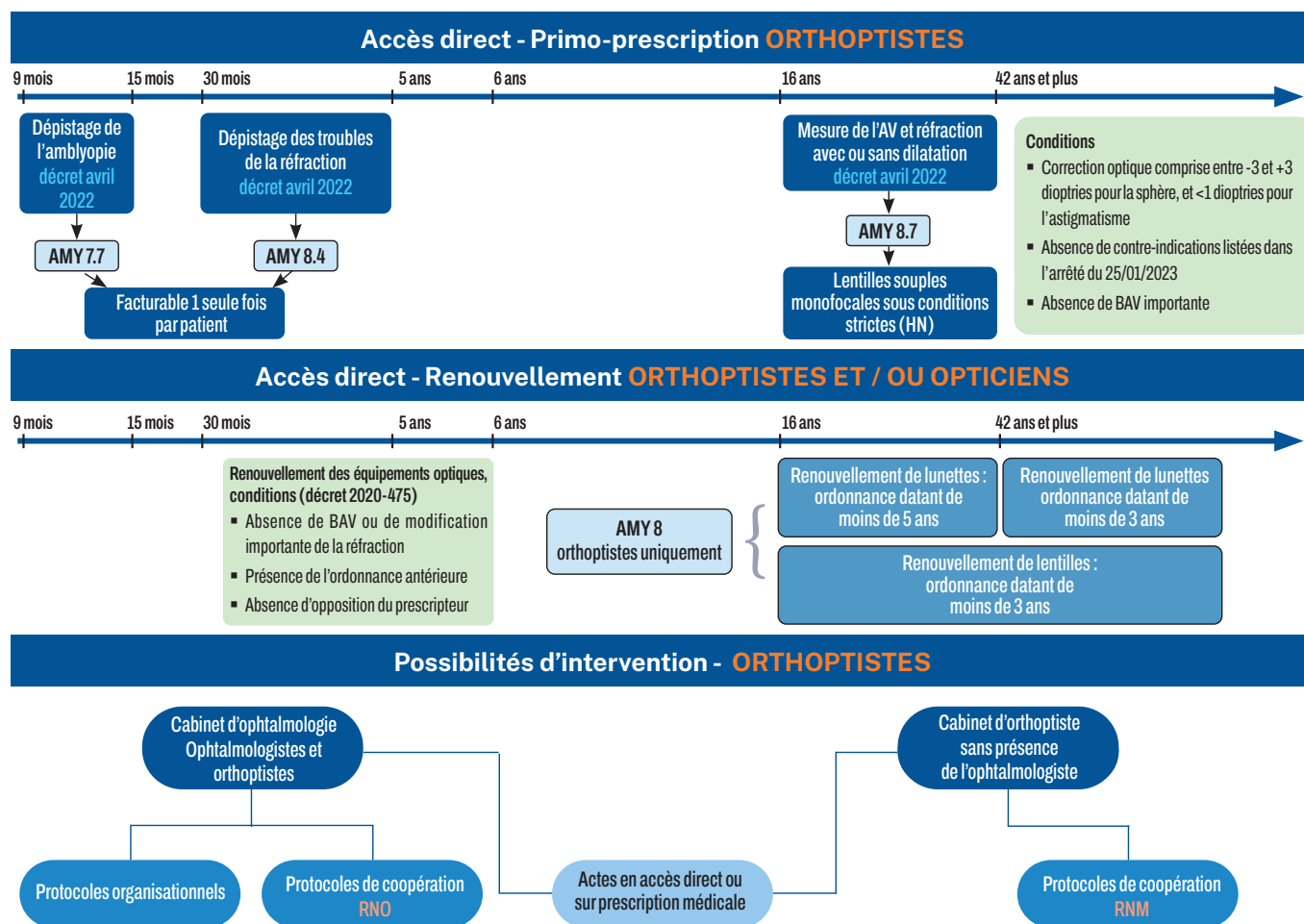
◇ Particularités RNO :

- Au sein d'un cabinet d'ophtalmologie.
- Le patient doit être connu du cabinet d'ophtalmologie.
- Unité de lieu orthoptiste et ophtalmologiste.
- Pas de règle de répartition des honoraires entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste.
- Le RNO est passé dans le cadre commun depuis août 2018 et ne nécessite plus d'autorisation par l'ARS.

◇ Particularités RNM :

- Au sein d'un cabinet d'orthoptie.
- Le patient peut être connu ou non du cabinet d'ophtalmologie.
- Le cabinet d'ophtalmologie et le cabinet d'orthoptie doivent être distants et différents.
- La rémunération de l'orthoptiste doit être au minimum à 60 % du tarif du RNM.
- Nécessite une déclaration auprès de l'ARS et son autorisation.

Schéma récapitulatif



D^r Vincent DEDES

Président du SNOF (Syndicat National des Ophtalmologistes de France)

Articles scientifiques

Dépistage des troubles visuels chez l'enfant à l'âge verbal *État des lieux*

À la naissance, le système visuel de l'enfant est immature et va se développer au cours des premières années de vie. Cette maturation anatomique, motrice et sensorielle est essentielle à l'acquisition d'une vision normale (1). Des affections non détectées durant cette phase de plasticité cérébrale peuvent entraver le bon développement, conduisant - entre autres - à une amblyopie, définie comme une asymétrie de la fonction visuelle (comprenant par ailleurs : l'acuité visuelle, la vision des couleurs, la vision des contrastes, la vision stéréoscopique, la précision des mouvements oculomoteurs, le champ visuel...). Il est donc logique de préciser que le dépistage visuel précoce est un enjeu de santé publique, dont l'orthoptiste est le principal acteur.

Contexte épidémiologique et développemental : pourquoi dépister ?

La justification d'un dépistage visuel organisé chez l'enfant repose sur deux piliers : la prévalence significative des troubles visuels dans la population pédiatrique et la fenêtre de plasticité cérébrale optimale durant la petite enfance. Cette période (optimale entre 6 mois et 2 ans et s'étalant jusqu'à environ 10 ans), rend l'intervention précoce non seulement possible, mais aussi particulièrement efficace pour corriger les trajectoires développementales et prévenir des déficits permanents.

Les rapports épidémiologiques portent à environ 15 % le taux d'affection visuelle dans une population juvé-

nile (chiffre porté à 20 % chez les < 6 ans). Parmi ces troubles, les erreurs réfractives constituent la plus grande fraction (2).

En outre, dans la population générale, la prévalence de l'amblyopie est estimée à 4 %, avec pour étiologie : le strabisme (~40 %), les amétropies et anisométries (60 %), et les pathologies oculaires autres (1 %). Enfin, en l'absence d'action spécifique, on estime qu'une situation amblyopigène va conduire à une amblyopie avérée dans 30 à 40 % des cas.

Le dépistage en France : des recommandations ciblées

En France, l'Académie de Médecine définit le dépistage comme une action de santé menée auprès d'une population supposée saine afin de diagnostiquer une pathologie avant l'apparition de signes de morbidité (3). Pour qu'un programme de dépistage soit pertinent, la Haute Autorité de Santé (HAS) a établi cinq piliers essentiels :

1. Une population ciblée
2. Une pathologie détectable précocement
3. Des examens simples et fiables
4. Des traitements efficaces
5. Une balance bénéfice/risque favorable

En 2021, de nouvelles recommandations ont été proposées par l'Association Francophone de Strabologie et d'Ophtalmologie Pédiatrique (AFSOP), validées par la HAS (4). Ces recommandations ont un double objectif : mieux cibler les populations à risque nécessitant une surveillance précoce et rapprochée, et proposer un dépistage généralisé unique à un âge clé pour l'ensemble des autres enfants.

En ce sens, 4 grandes populations sont définies :

- ◆ **Population de 1^{ère} catégorie** : Enfants présentant des facteurs de risque majeurs de pathologies oculaires graves (à fort risque de retentissement organique), pour lesquelles un examen ophtalmologique avec fond d'œil est demandé au cours du premier mois de vie.
- ◆ **Population de 2^{ème} catégorie** : Enfants à risque de développer une amblyopie fonctionnelle en lien avec des antécédents personnels et pour lesquels un examen spécifique (avec cycloplégie) doit avoir lieu entre 12 et 15 mois.
- ◆ **Population de 3^{ème} catégorie** : Tout enfant présentant un signe fonctionnel, anatomique, ou sensoriel.

- ◆ **Population de 4^{ème} catégorie** : Enfants n'étant pas classés dans les 3 catégories précédentes (90-95 %) et pour lesquels un dépistage généralisé et systématique (à l'âge de 3-4 ans) constitue la pierre angulaire de la prévention de l'amblyopie. Cette intervention unique, réalisée à un âge clé, vise à identifier les enfants asymptomatiques nécessitant une prise en charge spécialisée. Par ailleurs, cet âge est motivé par l'adhésion des enfants et la capacité de réalisation des examens (> 90 % des examens subjectifs à 3 ans) (5).

Les recommandations de dépistage de la population de 4^{ème} catégorie font par ailleurs écho à la deuxième tranche d'âge d'accès direct à l'orthoptie (30 mois - 5 ans) prévue dans le décret 2022-691.

Le dépistage à l'âge verbal

Le dépistage visuel repose sur deux principes : d'une part le dépistage direct de l'amblyopie, et d'autre part l'identification des facteurs amblyopigènes.

Recherche directe de l'amblyopie

Cette recherche se fait par la mesure de l'acuité visuelle en condition monoculaire. Un adressage pour une consultation ophtalmologique dans le mois est justifié si l'un des critères suivants est rempli :

- ◆ Acuité visuelle inférieure à 5/10° (considérée comme la norme pour cet âge).
- ◆ Différence d'acuité entre les deux yeux supérieure à une ligne sur l'échelle de test.

Le but principal est avant tout la recherche de l'iso-acuité. Concernant l'échelle utilisée, la HOTV ou celle de LEA semblent être les plus efficaces en termes de précision (6).

Recherche des facteurs amblyopigènes

Parallèlement, le dépistage vise à identifier les deux principales causes d'amblyopie :

1. **Le strabisme** : Il est recherché à l'aide du test de l'examen sous écran (ESE), l'examen aux reflets étant trop imprécis. L'ajout d'un test de vision stéréoscopique n'a aucune valeur ajoutée (7). En revanche, l'ajout du test du biprisme de Gracis peut s'avérer utile dans

certaines situations ; son utilisation nécessite en revanche une maîtrise de la part de l'utilisateur. Toutes les anomalies à l'ESE (et biprisme) constituent un signe amblyopigène (avec une tolérance pour les exophories < 6° en vision de près).

2. **Les amétropies** : Elles seront appréciées à l'aide d'un photostreener ; dont les plages pathologiques sont (pour l'âge de 3-4 ans) : une sphère < -3D ou > +2.50D, un astigmatisme > 1.5D, et une anisométrie > 1D.

Toute identification d'une situation amblyopigène doit motiver un adressage ophtalmologique dans les trois mois.

Conclusion

Le dépistage des troubles visuels chez l'enfant a récemment connu un tournant majeur, à la fois scientifique de par l'actualisation des recommandations en matière de dépistage visuel et législatif grâce au décret régissant l'accès direct à l'orthoptie.

L'orthoptiste assoit donc ici son rôle majeur d'acteur central du dépistage visuel, répondant parfaitement à l'enjeu de santé publique et offrant la technicité nécessaire à un bon dépistage visuel.

MCF Maxence RATEAUX, OC – PhD

*Service d'ophtalmologie, Hôpital Universitaire Necker-Enfants malades (AP-HP), Paris
Centre Borelli, Université Paris Cité – ENS Paris-Saclay – INSERM – CNRS*

Références

- (1). Bui Quoc E, Milleret C. Origins of strabismus and loss of binocular vision. Front Integr Neurosci [Internet]. 25 sept 2014 [cité 7 mars 2023];8. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnint.2014.00071/abstract>
- (2). Donnelly UM, Stewart NM, Hollinger M. Prevalence and Outcomes of Childhood Visual Disorders. Ophthalmic Epidemiology. janv 2005;12(4):243-50.
- (3). Dépistage : objectif et conditions [Internet]. Guide et documents d'information. 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions
- (4). Lequeux L, Thouvenin D, Couret C, Audren F, Costet C, Dureau P, et al. Le dépistage visuel chez l'enfant : les recommandations de l'Association Francophone de Strabologie et d'Ophtalmologie Pédiatrique (AFSOP). Journal Français d'Ophtalmologie. févr 2021;44(2):244-51.
- (5). Jonas DE, Amick HR, Wallace IF, Feltner C, Vander Schaaf EB, Brown CL, et al. Vision Screening in Children Aged 6 Months to 5 Years: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 5 sept 2017;318(9):845.
- (6). Stoll N, Speeg-Schatz C, Sauer A. Dépistage visuel de l'enfant : revue de la littérature. Journal Français d'Ophtalmologie. déc 2019;42(10):1116-23.
- (7). Köhler L, Stigmar G. Vision screening of four-year-old children. Acta Paediatr Scand. janv 1973;62(1):17-27.

L'Orthoptiste Augmenté : L'IA au-delà du fantasme, quelle réalité pour le futur de l'orthoptie ?

L'Intelligence Artificielle (IA) sature l'espace médiatique. Aucun secteur n'y échappe, et la santé ne fait pas exception. En quelques années, ce qui relevait de la recherche fondamentale s'est imposé dans nos outils du quotidien et est en passe de devenir notre allié pour la prise en charge de nos patients. Face aux algorithmes capables de segmenter une rétine au pixel près ou de mener une réfraction de bout en bout, une question légitime peut alors être posée : allons-nous être remplacés par des machines ? La réponse est non. Cependant nos pratiques sont bel et bien en train de basculer dans l'ère du soignant « augmenté » : l'alliance de la puissance de calcul algorithmique et du jugement clinique humain.

Avant d'aller plus loin, une précision s'impose : tout algorithme n'est pas de l'IA. Un algorithme est une suite d'instructions logiques ; il automatise, séquence, calcule. L'IA, elle, apprend à partir de données, s'adapte et produit des résultats que ses concepteurs n'ont pas explicitement programmés. Cette distinction conditionne les exigences réglementaires, les niveaux de validation clinique requis, et la confiance que l'on peut légitimement accorder à un outil.

Les cas d'usage : un panorama déjà concret

Le domaine où les plus grands progrès ont été réalisés est sans conteste celui du dépistage et du triage des images du fond d'œil. Dès 2010, l'algorithme iGradingM, développé à l'Université d'Aberdeen, était déployé à grande échelle dans le programme national écossais de dépistage de la rétinopathie diabétique, avec une sensibilité de 97,8 % pour la rétinopathie référible.

Si de nombreuses solutions existent sur le marché mondial comme certaines approuvées par la FDA, IDx DR, EyeNuk's EyeArt et AEYE Health, en France, la solution de référence déployable en pratique clinique reste OphtAI. Un dispositif médical marqué CE de classe IIa, dont l'algorithme est issu des travaux du LATIM (Laboratoire de Traitement de l'Information Médicale) de Brest.

Elle analyse les rétinographies en quelques secondes pour isoler les suspicions de pathologies (rétinopathie diabétique, DMLA, glaucome) et concentre le temps médical sur le pathologique.

Son déploiement dans les zones à faible densité médicale, en délégation de tâches, illustre concrètement comment l'IA peut étendre la portée de notre profession sans la remplacer.

La réfraction, elle, voit converger deux dynamiques distinctes. D'un côté, des solutions d'IA à proprement parler : l'Eye Refract de Visionix et SiView, solution française qui s'intègre dans une chaîne de réfraction existante en s'appuyant sur une approche symbolique reproduisant le raisonnement d'un expert, avec des algorithmes qui s'optimisent au fil des examens. Ces systèmes pouvant être utilisés à distance en télémedecine.

De l'autre, des solutions d'automatisation avancées, le Chronos de Topcon ou le Kiosk Glasspop de Nidek, qui fluidifient considérablement l'examen et facilitent la délégation de tâches sans revendiquer l'IA au sens strict. Ces deux dynamiques, robotisation et IA, convergent dans la station EyeLib de Mikajaki, qui les combine pour réaliser une centaine de mesures oculaires en moins de six minutes et automatiser une vingtaine de diagnostics.

D'autres champs de notre pratique, comme la rééducation orthoptique avec les casques de réalité virtuelle, voient émerger des outils algorithmiques prometteurs sans que l'IA y soit encore présente. La prochaine vague viendra probablement de là.

Le cadre réglementaire et ses limites

Tout dispositif intégrant de l'IA à visée diagnostique ou thérapeutique doit répondre à des exigences précises : marquage CE en tant que dispositif médical (DM), attestant de la conformité aux exigences essentielles de sécurité et de performance ; et en France, hébergement des données sur infrastructure certifiée HDS (Hébergeur de Données de Santé).

Ces certifications ne sont pas de simples formalités administratives : elles conditionnent la légitimité clinique et juridique de l'outil. Un algorithme, aussi performant soit-il, ne peut légalement être utilisé dans un cadre de soin s'il ne répond pas à ces standards.

À ces exigences vient s'ajouter l'AI Act européen (Règlement UE 2024/1689), premier texte au monde à réguler

l'IA par niveau de risque. Il classe les IA médicales en « Haut Risque » (Art. 6) et exige qu'elles soient conçues de manière à permettre une surveillance humaine effective (Art. 14). Concrètement, l'IA ne dispose d'aucune autonomie décisionnelle consacrée par ce texte : elle opère sous la supervision du professionnel de santé, qui demeure responsable de l'acte clinique.

Notre rôle de validation n'est pas une option, c'est une exigence réglementaire, c'est la garantie humaine.

Sur le terrain, le déploiement reste cependant freiné par le mur de l'interopérabilité avec les systèmes d'information au sein des structures de santé et par l'absence de valorisation de ces actes dans nos nomenclatures (NGAP/CCAM).

Les risques à ne pas occulter

Les grands modèles de langage (LLM) grand public, ChatGPT, Claude, Gemini, Mistral... ont ouvert de nouvelles perspectives pour les professionnels de santé : rédaction de comptes rendus, synthèse d'information, aide à la formulation. Mais ces outils ne sont pas des dispositifs médicaux certifiés. Leur fonctionnement est opaque et non explicable et au-delà de gêner de potentielles hallucinations, ils n'ont pas été entraînés sur des corpus cliniques validés et ne disposent d'aucune certification HDS. Toute donnée transmise à ces plateformes, même un prénom associé à une date de naissance ou à un motif de consultation, constitue une donnée personnelle de santé au sens du RGPD et engage la responsabilité juridique du professionnel. L'absence de solution spécialisée et conforme dans notre domaine ne justifie pas un usage détourné : elle doit au contraire nous inciter à la vigilance.

L'empreinte environnementale est l'autre angle mort : l'entraînement d'un grand modèle peut générer plusieurs centaines de tonnes de CO₂, et les data centers représentent déjà 1 à 2 % de la consommation électrique mondiale. Chaque requête à un LLM consomme dix fois plus d'énergie qu'une simple recherche web. Les bénéfices cliniques, meilleur dépistage, réduction des erreurs, accès aux soins, doivent être mis en balance en tenant compte de cette réalité.

La sobriété numérique est une posture professionnelle à part entière.

Enfin, le danger le plus sournois reste le biais d'automatisation : face à une machine qui formule une conclusion avec l'aplomb d'un expert, la fatigue aidant, la tentation de lui accorder une confiance excessive est réelle.

Notre valeur ajoutée résidera dans l'esprit critique, le refus de la boîte noire, et l'empathie, ce monopole humain qu'aucun algorithme ne peut simuler.

*Ne laissez pas les algorithmes façonner votre profession,
emparez-vous d'eux pour la construire.*

Alexandre VALLON

Orthoptiste au CHU de Nantes, intervenant au département de Nantes

Bibliographie sélective

- (1). Fleming, A. D., et al. (2010). Automated grading for diabetic retinopathy: a large-scale audit using arbitration by clinical experts. *Br J Ophthalmol*, 94(12), 1606-1610.
- (2). Abramoff, M. D., et al. (2018). Pivotal trial of an autonomous AI-based diagnostic system for detection of diabetic retinopathy. *npj Digital Medicine*, 1(1), 39.
- (3). Parlement européen et Conseil de l'UE. (2024). Règlement (UE) 2024/1689 — AI Act. Journal officiel de l'Union européenne.
- (4). Goddard, K., et al. (2012). Automation bias: a systematic review. *JAMIA*, 19(1), 121-127.

Évaluation des fonctions visuo-attentionnelles (VA) dans les difficultés de lecture : Intérêt du dépistage précoce en orthoptie

Les difficultés de lecture constituent un motif de consultation de plus en plus fréquent en pratique orthoptique. Après exclusion d'une atteinte sensorimotrice, l'exploration fonctionnelle permet d'apporter un éclairage essentiel sur les mécanismes cognitifs impliqués dans ces troubles.

La dyslexie est classiquement décrite selon deux composantes principales : une composante phonologique, relative au traitement des sons du langage, et une composante visuelle et VA, impliquée dans le traitement des informations écrites. Si la première a largement été étudiée, l'implication des processus VA fait l'objet d'un intérêt croissant.

Rôle des processus VA dans la lecture

La lecture repose sur la capacité à traiter rapidement et simultanément plusieurs lettres. Elle nécessite non seulement l'identification précise des lettres constituant un mot, mais également l'intégration d'informations visuelles périphériques permettant d'anticiper les mots suivants et de guider les mouvements oculaires.

Cet espace fonctionnel de traitement de l'information utile est désigné sous le terme d'empan perceptif. Il désigne la région du champ visuel autour du point de fixation à l'intérieur de laquelle l'information utile est extraite.

Cet empan présente une organisation asymétrique : chez le lecteur adulte, il s'étend en moyenne de 3 à 4 caractères à gauche du point de fixation et jusqu'à

15 caractères à droite dans les langues à lecture de gauche à droite (McConkie et al., 1975). Cette asymétrie illustre l'adaptation du système visuo-attentionnel aux contraintes spécifiques de l'activité de lecture.

Au-delà de ses caractéristiques spatiales, l'empan perceptif s'accompagne d'une dimension fonctionnelle, définie par la fenêtre ou empan VA, correspondant à la quantité d'informations visuelles précises pouvant être traitées simultanément. L'empan VA permet ainsi le traitement parallèle de plusieurs lettres, condition essentielle à une identification précise et rapide des mots. Une réduction de cet empan est susceptible de limiter l'accès à une reconnaissance globale des mots, conduisant ainsi à une lecture plus lente, plus séquentielle et plus coûteuse sur le plan cognitif.

Outils d'évaluation en pratique orthoptique

En orthoptie nous disposons de plusieurs tests nous permettant d'évaluer ces processus :

Capacités oculolexiques : DEM test

Le DEM test permet d'évaluer la vitesse de dénomination et les capacités oculomotrices impliquées dans la lecture. Des travaux récents ont montré qu'une augmentation des temps, tant en condition verticale qu'horizontale (le ratio n'a pas été calculé dans cet article), est corrélée aux performances en lecture, suggérant un lien entre efficacité oculolexique et acquisition de la lecture (Vernet et al., 2026).

Capacités visuo-spatiales : PVSE

Le test de Perception Visuo-Spatiale Élémentaire (PVSE) explore des compétences fondamentales telles que la perception des tailles, des longueurs, des orientations et des positions relatives... Ces capacités sont indispensables à la discrimination fine des lettres.

Une étude rapporte des performances significativement plus faibles chez les enfants présentant des troubles des apprentissages (Pisella et al., 2021).



Empan / fenêtre VA

L'évaluation de la fenêtre / empan VA constitue un enjeu central.

Evadys nous permet d'évaluer l'empan VA. Ce test repose sur l'identification de lettres présentées brièvement. Bien que ces tests soient corrélés aux performances en lecture (Bosse et al., 2007), ils présentent plusieurs limites :

- ◆ Les résultats peuvent être influencés par une difficulté d'accès rapide au nom des lettres (problème de dénomination).
- ◆ La durée du test (~20 min) et sa charge cognitive.

Afin de s'affranchir de ce biais, des études récentes montrent que les enfants dyslexiques présentent une réduction de leur fenêtre VA, lors de tâches simples de recherche visuelle ne nécessitant pas réponse verbale (Vialatte et al., 2023).

Un nouveau test a donc été développé sur ce principe : Detecdys. C'est un test de recherche visuelle utilisant des symboles. Il s'inscrit dans cette perspective en proposant une évaluation de la fenêtre VA indépendante des connaissances alphanumériques avec un test rapide (~5min) et ludique.

Les performances à ce test sont significativement corrélées aux capacités de lecture, renforçant l'hypothèse d'un déficit VA spécifique (Vialatte et al., 2025).

Comme cette tâche ne nécessite pas de connaissances langagières, elle peut ouvrir la voie à un dépistage précoce des compétences VA nécessaires à la lecture.

Dépistage précoce

Plusieurs recherches se sont intéressées aux capacités VA avant l'entrée dans l'apprentissage de la lecture.

Une étude italienne en 2012 a montré que plus de la moitié des enfants avec des difficultés de lecture en primaire présentaient déjà des déficits VA en grande section de maternelle. Ces résultats suggèrent que ces difficultés précèdent l'apprentissage formel de la lecture (Franceschini et al., 2012).

Par ailleurs, une étude récente portant sur le DEM test a mis en évidence des corrélations significatives entre les performances mesurées en grande section au Dem Test (temps vertical, temps horizontal et nombre d'erreurs) et les compétences en lecture évaluées un

an plus tard. Le ratio du DEM, en revanche, ne semble pas prédictif (Vernet et al., 2022). On ne pourrait pas faire la distinction si la difficulté de lecture vient d'un problème d'automatisation ou oculomoteur.

Dans cette dynamique, le test Detecdys (qui ne nécessite aucune compétence de lecture) a été normé dès l'âge de 3 ans (petite section). Des résultats, bientôt publiés, indiquent une corrélation entre les performances obtenues en maternelle (petite, moyenne et grande sections) et les capacités de lecture évaluées en CE2.

Ces données soutiennent l'hypothèse selon laquelle certaines difficultés VA constituent des facteurs de risque précoces des troubles de la lecture.

Implications cliniques et perspectives

L'identification précoce des déficits VA ouvre des perspectives importantes en termes de prise en charge. Elle permettrait de repérer les enfants ne disposant pas des prérequis VA nécessaires à l'apprentissage de la lecture, et de proposer des interventions ciblées avant l'apparition de difficultés scolaires marquées.

Ces interventions peuvent inclure des exercices spécifiques visant à travailler précocement les compétences

VA, à travers des jeux pédagogiques à l'école ou des séances de remédiation chez l'orthoptiste lorsque les difficultés sont majeures. Des aménagements scolaires peuvent également être envisagés afin de favoriser des conditions d'apprentissage optimales.

Cela peut permettre d'éviter d'accumuler du retard par rapport à leur camarade et ainsi éviter le décrochage scolaire.

Conclusion

Les données actuelles confirment le rôle majeur des processus VA dans l'acquisition de la lecture. Leur évaluation, apparaît indispensable dans le bilan des troubles de la lecture.

Dans ce contexte, l'orthoptiste occupe une place centrale en tant que spécialiste de la fonction visuelle. Son rôle dans le dépistage précoce, l'évaluation et la prise en charge des troubles VA est déterminant pour prévenir et limiter l'impact des difficultés de lecture sur les apprentissages scolaires.

Audrey VIALATTE
Orthoptiste PhD

Bibliographie

- (1). Bosse, M. L., Tainturier, M. J., & Valdois, S. (2007). Developmental dyslexia: the visual attention span deficit hypothesis. *Cognition*, 104(2), 198–230. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2006.05.009>
- (2). Franceschini, S., Gori, S., Ruffino, M., Pedrolli, K., & Facoetti, A. (2012). A causal link between visual spatial attention and reading acquisition. *Current biology : CB*, 22(9), 814–819. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2012.03.013>
- (3). McConkie, G.W., Rayner, K. The span of the effective stimulus during a fixation in reading. *Perception & Psychophysics* 17, 578–586 (1975). <https://doi.org/10.3758/BF03203972>
- (4). Pisella, L., Vialatte, A., Martel, M., Prost-Lefebvre, M., Caton, M. C., Stalder, M., Yssad, R., Roy, A. C., Vuillerot, C., & Gonzalez-Monge, S. (2021). Elementary visuospatial perception deficit in children with neurodevelopmental disorders. *Developmental medicine and child neurology*, 63(4), 457–464. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14743>
- (5). Vernet, M., Bellocchi, S., Leibnitz, L., Chaix, Y., & Ducrot, S. (2022). Predicting future poor readers from pre-reading visual skills: A longitudinal study. *Applied neuropsychology. Child*, 11(3), 480–494. <https://doi.org/10.1080/21622965.2021.1895790>
- (6). Vernet, M., Jover, M., Bellocchi, S., Chaix, Y., & Ducrot, S. (2026). The Developmental Eye Movement Test as a Screening Tool for Reading Difficulties: Insights From a Large-Scale Study in French Schoolchildren. *Perceptual and motor skills*, 315125261419901. <https://doi.org/10.1177/00315125261419901>
- (7). Vialatte, A., Chabanat, E., Witko, A., & Pisella, L. (2023). Toward the characterization of a visual form of developmental dyslexia: Reduced visuo-attentional capacity for processing multiple stimuli made of separable features. *Cognitive neuropsychology*, 40(3-4), 186–213. <https://doi.org/10.1080/02643294.2023.2266179>
- (8). Vialatte, A., Chabanat, E., Witko, A., & Pisella, L. (2025). Validation of a screening test based on symbols visual search to detect visuo-attentional reading difficulties. *Research in developmental disabilities*, 156, 104897. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2024.104897>

Dépistage des troubles visuels post-AVC en pré-consultation

En 2022, en France, on dénombrait un peu plus de 120 000 nouveaux accidents vasculaires cérébraux (AVC) dont un peu plus de 30 000 ont conduit au décès du patient (1). On note sur les deux dernières décennies une nette augmentation des AVC chez les moins de 65 ans, qui représentaient en 2022 plus du quart des nouveaux AVC. C'est la première cause de handicap acquis de l'adulte en France, la seconde cause de démence et la troisième cause de mortalité (2). Tout cela en fait un problème de santé publique majeur.

Les troubles visuels touchent jusqu'à 75 % des patients en post-AVC et impactent significativement leur autonomie, leurs déplacements et leur qualité de vie. Parmi eux on retrouve des troubles du champ visuel (~20-30 %), des troubles oculomoteurs (~20-30 %), des troubles visuo-attentionnels (~15 %) ou encore des baisses d'acuité visuelle (5-10 %) (3). L'orthoptiste en pré-consultation joue un rôle crucial dans le repérage de ces déficits, permettant une orientation et une prise en charge adaptées.

Anamnèse adaptée au patient post-AVC

Le recueil des informations médicales doit être méthodique : type et localisation de l'AVC, date de survenue et séquelles associées (hémiplégie, aphasie, troubles cognitifs). Questionnez le patient sur ses plaintes visuelles - vision floue, diplopie, difficultés de lecture, perte de champ visuel, troubles de reconnaissance -

et évaluez le retentissement fonctionnel - difficulté de déplacement ou de reconnaissance, sauts de ligne à la lecture... Ces éléments orientent l'examen clinique.

Si le patient présente une aphasie, privilégiez les questions fermées (oui/non) et n'hésitez pas à impliquer les proches pour compléter l'anamnèse.

Examen clinique systématique

Observation générale

Dès la salle d'attente et l'entrée du patient dans la salle d'examen vous pouvez observer son comportement et sa posture. Présente-t-il une faiblesse d'un hémicorps ? Se déplace-t-il seul, à l'aide d'un fauteuil roulant ou d'un déambulateur ? Si oui, semble-t-il négliger un hémichamp ? Évaluez également sa collaboration et sa compréhension des consignes. Semble-t-il comprendre ce que vous lui dites ? Présente-t-il un ralentissement cognitif ? Tout cela va permettre d'adapter votre examen.

Mesure de l'acuité visuelle

La mesure de l'acuité visuelle est cruciale lors de l'examen de votre patient post-AVC. Elle ne représente bien sûr qu'une approximation de la fonction visuelle mais doit rester un examen de première intention à réaliser à tout prix. Elle peut s'avérer difficile, notamment en cas d'aphasie. Vous pourrez alors recourir à un examen par appariement, avec les chiffres ou les dessins, ou encore aux "E" dont le principe simple permet souvent d'obtenir une mesure assez facilement. Privilégiez alors des optotypes isolés qui faciliteront la passation de l'examen. Ils doivent également être

envisagés lorsque l'acuité visuelle plafonne en ligne. Le phénomène d'interaction ou de crowding visuel - défini comme la dégradation de la reconnaissance d'un optotype cible par la présence de stimuli environnants - peut être majoré chez les patients présentant des troubles neurovisuels (4). Cela doit vous conduire à conclure à la présence ou à l'absence d'une baisse d'acuité visuelle, quelle qu'en soit la cause (réfractive, oculaire ou neurovisuelle).

Examen réfractif

Un trouble réfractif non corrigé peut majorer les troubles liés à l'AVC. Réalisez une réfractométrie et une kératométrie les plus précises possible, puis affinez subjectivement en restant prudent car les troubles cognitifs ou du langage associés peuvent rendre l'exercice périlleux. Il faut parfois faire plus confiance à son expérience et aux mesures objectives qu'aux réponses du patient. Analysez bien la cohérence entre la kératométrie et la réfractométrie pour vous aider sur le réglage de l'astigmatisme. Cela doit vous conduire à proposer la correction optique la plus adaptée à la situation de votre patient.

Examen oculomoteur

L'examen de la motricité oculaire devra aller à l'essentiel. Vous vérifierez brièvement que le patient est capable d'orienter le regard dans toutes les directions en notant toute limitation oculomotrice évidente, d'autant plus si le patient ou ses proches vous ont signalé une diplopie. Vous pourrez ensuite réaliser un examen sous écran. Enfin, vérifiez si votre patient est capable de converger en testant le réflexe de convergence et en évaluant son punctum proximum de convergence. Cela doit vous conduire à conclure à la présence ou à l'absence d'un trouble oculomoteur qui devra par la suite être examiné plus en détails par un consœur ou un confrère lors d'un bilan orthoptique complet.

Examen des pupilles

L'examen des pupilles se réalise avant dilatation du patient. Tout d'abord en photopique, existe-t-il une anisocorie évidente ? Puis en scotopique ce qui vous permettra de conclure, en cas d'anisocorie, au côté atteint. Vous pourrez ensuite vérifier la réaction des pupilles à l'éclairement unilatéral et détecter la présence d'un éventuel déficit pupillaire afférent relatif. Cela doit vous permettre de conclure à la présence ou à l'absence d'une dysfonction de la motricité pupillaire à mettre en parallèle avec l'examen oculomoteur et la mesure de l'acuité visuelle.

Champ visuel par confrontation et extinction visuelle

Placez-vous face au patient à environ 50-60 cm. Testez systématiquement les quatre quadrants avec vos mains en bougeant les doigts alternativement à droite et à gauche (plus grossier) ou à l'aide d'une mire de fixation (plus précis). Recherchez en priorité une hémianopsie latérale homonyme ou une quadrantanopsie latérale homonyme. Réalisez simultanément un test d'extinction visuelle en bougeant simultanément vos deux mains à droite et à gauche. Un patient avec extinction négligera le stimulus controlatéral à la lésion lors de stimulation double, alors qu'il le perçoit en stimulation simple.

Cela doit vous permettre de conclure à la présence d'un déficit du champ visuel mais pas toujours à leur absence. Il faudra donc systématiquement prévoir un examen du champ visuel par la suite. Cela vous permet également de dépister les manifestations visuelles d'une négligence spatiale unilatérale. Cependant, l'absence du phénomène d'extinction visuelle n'exclut pas la présence d'une négligence.

Dépistage des troubles neurovisuels

Les examens présentés ci-dessus et l'interrogatoire vous auront parfois permis de suspecter la présence de troubles neurovisuels. Dans le contexte de la pré-consultation, la contrainte de temps ne permet pas de réaliser un examen exhaustif mais certains points sont vérifiables facilement et rapidement. C'est par exemple le cas de l'agnosie visuelle, présentez au patient des objets de la vie quotidienne (stylo, montre, briquet, smartphone...) en lui demandant de les nommer. Notez que vous avez normalement fait lire un texte à votre patient lors de la mesure d'acuité visuelle, cela vous permet de dépister la présence d'une alexie. Vous pouvez également dépister : l'apraxie constructive en faisant recopier une figure géométrique à votre patient ; la simultagnosie en présentant une scène visuelle et/ou une figure de Navon ; une agraphie en faisant recopier une courte phrase. Tous ces tests sont rassemblés dans le carnet de dépistage neurovisuel créé par le Pr Vighetto et son équipe, que vous pouvez retrouver en suivant ce lien : [Carnet de Dépistage Neurovisuel](#).



Cela doit vous permettre de conclure à la présence de troubles neurovisuels, pas nécessairement à leur absence qui nécessitera un bilan approfondi auprès d'un consœur ou d'un confrère. Attention à ne pas surinterpréter les résultats et à les mettre en relation avec le contexte clinique (aphasie, ralentissement cognitif, fatigue, troubles visuels...).

Le dépistage des troubles visuels post-AVC en pré-consultation repose sur une approche systématique et adaptée. Ce repérage doit être automatique lorsque vous recevez en pré-consultation un patient victime d'AVC. Il ne constitue pas un diagnostic définitif mais permet d'orienter efficacement vers un bilan orthoptique complet. Toutefois cet examen est essentiel, chaque patient qui passe chez l'ophtalmologue en post-AVC doit bénéficier de ces examens réalisés par l'orthoptiste, un professionnel particulièrement compétent pour détecter les troubles visuels post-AVC.

Pierre FANTOU

Orthoptiste au Pôle MPR Saint-Hélier - Rennes

Chargé d'enseignement au département d'orthoptie - Université Rennes 1

pierre@fantou.eu

Bibliographie

- (1). Gabet, A. et al. Epidemiology of stroke in France. Arch. Cardiovasc. Dis. 117, 682–692 (2024).
- (2). De Pourville, G. Coût de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. Arch. Cardiovasc. Dis. Suppl. 8, 161–168 (2016).
- (3). Helboe, K. S., Eddelien, H. S. & Kruuse, C. Visual symptoms in acute stroke – A systematic review of observational studies. Clin. Neurol. Neurosurg. 229, 107749 (2023).
- (4). Yong, K. X. X. et al. Prominent effects and neural correlates of visual crowding in a neurodegenerative disease population. Brain 137, 3284–3299 (2014).

Regards croisés

L'accessibilité au dépistage visuel chez les personnes polyhandicapées

Le Polyhandicap : Définition et enjeux

Le polyhandicap désigne une situation de handicap complexe liée à un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du développement, associant des atteintes sévères motrices, cognitives, perceptives et relationnelles, et entraînant une forte dépendance. Les troubles visuels et neurovisuels,

souvent sous-estimés, occupent une place centrale, influençant le développement, les interactions et la communication. Leur dépistage précoce constitue ainsi un enjeu majeur pour améliorer la qualité de vie et leur prise en charge globale.

Constat clinique : Matériel et méthode

Une étude descriptive a été menée dans 7 structures médico-sociales accueillant des enfants et adolescents polyhandicapés en Normandie.

Un questionnaire anonyme a été diffusé en ligne auprès des professionnels de ces structures médi-

co-sociales. L'outil comprenait 17 questions réparties en thématiques : données générales, organisation et fréquence de suivi visuel, obstacles rencontrés, besoins exprimés.

Constat clinique : Résultats

42 réponses ont été recueillies, principalement auprès d'infirmiers. La majorité des enfants sont accueillis en structure depuis plus de 5 ans.

Le suivi visuel apparaît irrégulier voire inexistant : pour près de la moitié, la dernière consultation remonte à plus de 5 ans ou n'a jamais été réalisée.

Depuis l'entrée dans le centre, 59,5 % des personnes n'ont jamais bénéficié d'un bilan visuel, tandis que 35,7 % ont déjà réalisé un examen visuel. Par ailleurs, les trois quarts des personnes ne possèdent aucune aide ou correction optique.

Les principaux freins au suivi sont le manque de disponibilité des spécialistes (47 %), le refus de soins de la part de l'ophtalmologiste (26,2 %), des examens jugés peu adaptés (23,8 %) ou l'absence de prescription (9,5 %). Les 8 % restant disent ne pas savoir.

Des difficultés organisationnelles et d'accès aux soins sont fréquemment rapportées : 45,2 % des répondants déclarent que la personne concernée a déjà rencontré un refus de soins et près d'une personne sur deux fait face à des obstacles pour consulter.

Les problèmes majeurs identifiés sont le manque de spécialistes (76,2 %), le refus de soins liés au handicap (42,9 %), les difficultés de déplacement (19 %) et le manque de temps médical (9,5 %).

Enfin, la majorité des aidants considère que les besoins visuels sont insuffisamment pris en compte : 54,8 % déclarent être insatisfaits de la prise en charge visuelle et 14,3 % seulement partiellement satisfait de leurs besoins visuels.

Le manque de suivi visuel est perçu comme ayant un impact sur la qualité de vie, fortement pour 16,7 %, modérément pour 45,2 % des répondants.

Constat clinique : Discussion

Suite au traitement des données, je constate que la prise en charge visuelle des personnes polyhandicapées reste insuffisante dans la majorité des cas. Très peu de patients bénéficient d'un suivi visuel régulier, ce qui laisse supposer une sous-identification des troubles visuels dans cette population. Une minorité

de personnes considère que le dépistage visuel est satisfaisant ou systématique au sein de leur établissement. Les résultats nous dessinent le même constat : les besoins visuels ne sont pas assez pris en compte dans cette population.

Dépistage visuel : Un levier essentiel de prise en charge

Bien que fondamental pour le système de santé en France, l'accès aux soins pour les personnes polyhandicapées reste un enjeu complexe.

Le dépistage visuel précoce est primordial. Une vision non fonctionnelle empêche les capacités posturales et la station debout. Chez les enfants déficients visuels, cela se traduit par une calibration anormale des systèmes vestibulaire et proprioceptif

et donc une posture instable. Le dépistage permet donc d'identifier précocement les troubles visuels, d'adapter la prise en charge et de mettre en place des stratégies de compensation sensorielle. Cela favorise d'une part les progrès moteurs, mais également l'accès à la communication alternative et aux apprentissages.

- https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/08.tneuro_visuels.pdf
- https://crmh.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=11

Conclusion

L'accessibilité au dépistage visuel chez les personnes polyhandicapées constitue un enjeu majeur de santé publique et un levier primordial pour améliorer leur qualité de vie.

L'orthoptiste joue un rôle dans la prévention, le dépistage et l'accompagnement visuel de cette population encore trop souvent écartée des soins.

Nina DEAL

*Étudiante en 3^{ème} année d'orthoptie
Caen*

Un petit mot de la directrice de mémoire

Ce travail de fin d'étude met en évidence les besoins importants en santé visuelle, insuffisamment couverts dans le champ du polyhandicap ; mais aussi le besoin de formation de la part des professionnels du domaine. Actuellement au cœur de la Stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement et du déploiement de la CAA (Communication Alternative Améliorée), le développement des compétences devient une priorité pour conforter la place de l'orthoptiste dans l'accompagnement, plus généralement, des situations de handicaps complexes.

Le travail de Nina a également permis d'évaluer la faisabilité d'un protocole de dépistage visuel au sein d'une structure médico-sociale. Le manque d'outils et d'environnement adaptés aux personnes polyhandicapées dans le cadre de ces consultations constitue un obstacle majeur, ainsi que le manque de connaissance des quelques outils existants malgré tout pour évaluer la vision fonctionnelle des personnes en situation de polyhandicap.

Les données récentes relatives à la santé visuelle dans le champ du polyhandicap restent très limitées en France, d'où la contribution précieuse de ce travail, que je vous invite à lire.

Alice Wattel, Orthoptiste, CNRHR La Pépinière

Un nouvel outil d'apprentissage au département d'orthoptie de Nantes : L'Escape Game

En première année d'orthoptie, la formation repose sur de nombreux enseignements théoriques que le tutorat d'orthoptie de Nantes permet de mieux appréhender grâce à un accompagnement régulier et des séances de révision dédiées. Toutefois, le tutorat n'intervient pas encore directement sur la préparation aux situations pratiques rencontrées en stage. Dans ce contexte, le tutorat nantais propose depuis cette année une approche pédagogique complémentaire et inédite à la préparation des stages : l'Escape Game. L'objectif est de concrétiser les notions abordées en cours et de renforcer la confiance des étudiants face aux situations rencontrées en milieu professionnel grâce à un apprentissage ludique.

Étant responsable du tutorat d'orthoptie de Nantes et une passionnée d'Escape Game, j'ai pris plaisir à créer ce jeu pour les étudiants en première année d'orthoptie avec la participation des tuteurs du tutorat et du Responsable pédagogique de Nantes, M. David LASSALLE.

Le principe de cet Escape Game

Le principe est simple : résoudre des énigmes pour découvrir la réponse de l'enquête en un minimum de temps. Ici, il faut identifier qui, parmi les tuteurs nantais, a cassé les lunettes de David. En effet, la victime du scénario n'est autre que M. David LASSALLE, responsable pédagogique du département d'orthoptie de Nantes et orthoptiste.

Sur ordinateur, le joueur/l'étudiant résout des énigmes et relève des défis faciles en lien avec la pratique en

stage. Chaque challenge réussi apporte des indices sur l'identité du coupable. Ainsi, à la fin du jeu, l'étudiant aura revu les notions importantes pour réaliser son stage en milieu hospitalier (examens sous écran, la réfraction subjective, l'examen du Champ Visuel...) tout en résolvant une enquête.

Ce format numérique dure environ 30 minutes (20 minutes pour les plus rapides), ce qui permet d'y jouer facilement et à tout moment.

Sa conception

Le scénario et les énigmes ont commencé à être élaborés dès le mois de septembre. Par la suite, j'ai présenté mon projet aux tuteurs et au directeur pédagogique de notre département, qui l'ont immédiatement soutenu. J'ai consacré 3 mois pour concevoir cet Escape Game sur le logiciel Genially, outil permettant de créer des contenus interactifs. En parallèle, les tuteurs ont imaginé leur avatar respectif, et des photos des différentes salles du CHU de Nantes ont été réalisées avec l'autorisation de l'équipe pédagogique pour apporter une immersion totale.



Liste des tuteurs suspects avec leur avatar

Scénario de l'Escape Game du tutorat de l'école d'orthoptie de Nantes

L'orthoptiste M. David LASSALLE a retrouvé ses lunettes cassées dans le CHU de Nantes, le coupable est probablement un étudiant. Il fait appel à vos services pour interroger les étudiants et retrouver le coupable. Le joueur doit alors explorer l'hôpital où neuf portes mènent à différentes énigmes. Chaque porte a son importance, il faudra toutes les ouvrir pour finaliser l'enquête. Derrière chaque entrée se trouve un ou deux tuteur(s) qui vous proposent un défi ou une énigme sur un thème précis :

◆ La salle « Réfraction » demande de réaliser une réfraction subjective complète (débrouillage de sphère, détermination de l'axe et du cylindre, équilibre bioculaire, vision de près), tout en répondant à des questions pour vérifier sa compréhension de l'examen. Une fois la réfraction réussie, l'étudiant aura accès à un indice crucial pour déterminer l'identité du coupable. Enfin, avant de passer derrière une autre porte, l'étudiant aura accès à une fiche résumant les étapes de la réfraction subjective.



Extrait de l'Escape Game : Salle de réfraction

◆ Derrière une autre porte, le joueur pourra par exemple enquêter dans les vestiaires. Dans ce lieu, on souhaite découvrir le code du casier du coupable grâce notamment à la règle de Swaine, à l'acuité visuelle théorique d'un enfant de 2 ans ou bien encore grâce aux couches de la cornée. Toutes ces notions permettent de trouver le code du casier pour ainsi regarder à l'intérieur si le coupable a laissé des indices... De même, on retrouve à la fin une fiche qui résume les points abordés dans cette salle.



Extrait de l'Escape Game : Salle Vestiaire

Durant l'Escape Game, plusieurs fiches récapitulatives sont disponibles à la fin des épreuves, celles-ci ont été inspirées des cours des orthoptistes de Nantes ou encore par les fiches de la FFEO. Une fois les neuf salles explorées et tous les indices récoltés, le joueur pourra enfin démasquer le coupable... mais je vous laisse le découvrir par vous-même !

Saurez-vous démasquer le coupable ?

Il suffit de recopier ce lien : <https://view.genially.com/6910f7ed2077ae5c901dd471>

Munissez-vous d'un chronomètre et d'une feuille pour noter les indices et lancez-vous ! Il est recommandé de faire le jeu sur ordinateur car certaines énigmes peuvent être plus difficiles à résoudre avec un petit écran.



Le mot de la fin

Les premiers retours du jeu confirment que ce format « Escape Game » plait et que ce jeu permet de comprendre et d'approfondir certains points abordés en stage.

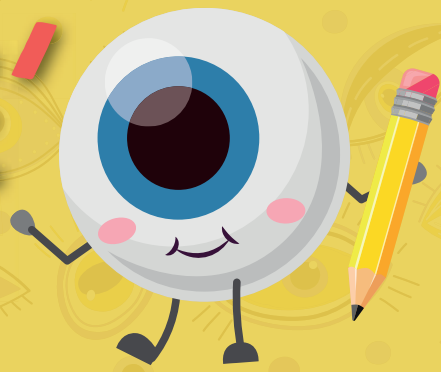
À l'avenir, j'aimerais réaliser mon mémoire de fin d'étude sur ce sujet, ainsi j'apporterai plusieurs améliorations en ajoutant par exemple de nouvelles notions (vision stéréoscopique, biométrie...) et des énigmes à différents niveaux pour permettre à l'étudiant de progresser à son rythme.

Je souhaiterais finir en remerciant particulièrement le département d'orthoptie du CHU de Nantes, l'orthoptiste M. David LASSALLE, les tuteurs, ainsi que ma famille, pour leur soutien dans ce projet.

Lalie GOUEDARD

Étudiante en 2^{ème} année d'orthoptie de Nantes

'FUN PAGE'



Qui suis je

Une femme de 28 ans se présente au urgences pour une baisse d'acuité visuelle unilatérale brutale associé a une douleur sur son œil gauche depuis 48h.

Indice 1 : Présence d'une douleur orbitaire, exacerbée lors de la mobilisation des globes oculaires.

Indice 2 : L'acuité visuelle est effondrée à 1/10. Non améliorée au trou sténopéique.

Indice 3 : Altération chromatique majeur relevé au test de 15 Hue désaturé uniquement.

Indice 4 : Mise en évidence d'un Déficit Pupillaire Afférent relatif à l'œil gauche lors du test de l'éclairage pupillaire alterné.

Proposition de réponse

- A. Une Kératite Herpétique
- B. Une Névrite Optique Rétro-Bulbaire
- C. Un Décollement de Rétine
- D. Un Glaucome Aigu

QCM sur le dépistage

1 Quel est l'objectif du dépistage visuel

- A. Diagnostiquer précisément toutes les pathologies oculaires
- B. Remplacer la consultation ophtalmologique complète
- C. Mesurer uniquement la réfraction
- D. Détecter précocement les troubles du développement visuel

2 Concernant le dépistage visuel de l'enfant réalisé par l'orthoptiste, quelles propositions sont vraies ?

- A. Il peut se faire en accès direct selon l'âge
- B. Il nécessite toujours une prescription médicale
- C. Il remplace l'examen ophtalmologique complet
- D. Il permet de repérer des troubles du développement visuel

3 Depuis quand l'orthoptiste peut-il réaliser un dépistage visuel de l'enfant en accès direct (sans prescription médicale) ?

- A. 26 Avril 2022
- B. 7 Juin 2023
- C. 10 Mai 2022
- D. 4 Septembre 2023

4 À quelle(s) tranche(s) d'âge l'orthoptiste peut réaliser un examen de dépistage en l'absence de prescription médicale ?

- A. 9-15 mois
- B. Après 10 ans
- C. Avant 6 mois
- D. 30 mois-5 ans

5 Concernant les moyens de dépistage

- A. Le test de Ishihara sert à dépister une amblyopie
- B. Le test de Hirschberg permet d'évaluer l'alignement oculaire
- C. Le test de Lang permet de dépister une anomalie de la vision stéréoscopique
- D. L'acuité visuelle ne peut pas être testée avant 6 ans

6 À propos de l'amblyopie

- A. Elle est souvent liée à un strabisme
- B. Elle peut être due à une anisométrie
- C. Elle doit être dépistée précocement
- D. Elle est irréversible après 3 ans

7 Quels examens doivent au minimum figurer lors d'un dépistage visuel pour un bébé de 12 mois

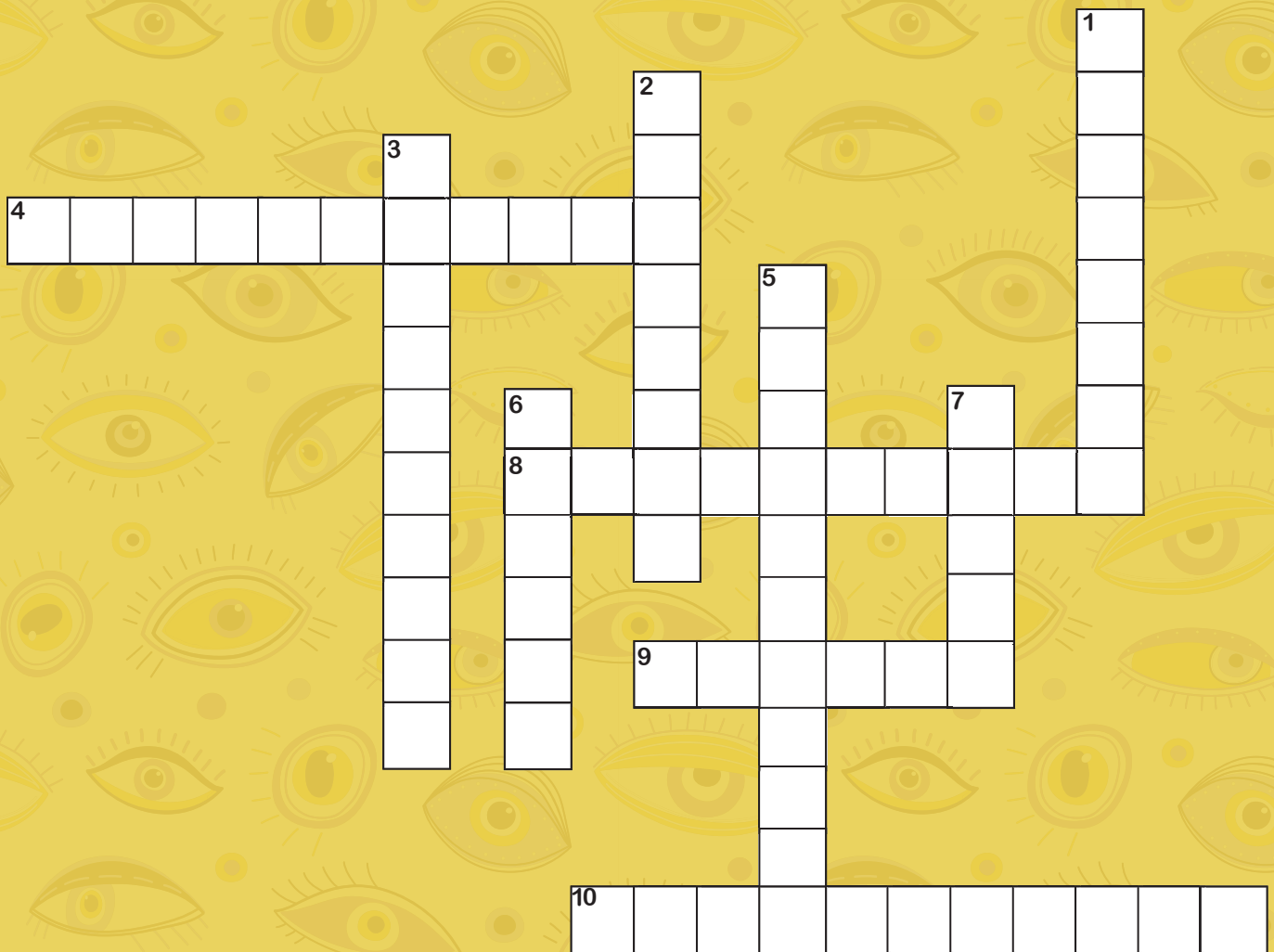
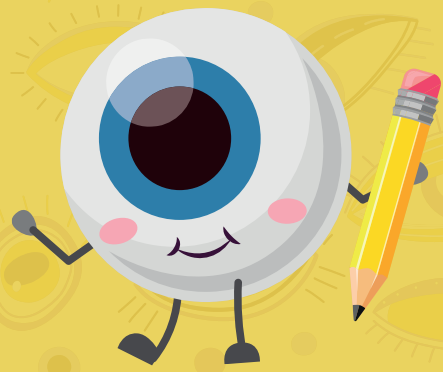
- A. Vision Stéréoscopique
- B. Mesure au photoscreener
- C. Motilité
- D. Réaction à l'occlusion

8 Quels examens doivent au minimum figurer lors d'un dépistage visuel pour un enfant âgé de 4 ans

- A. Mesure de l'acuité visuelle
- B. Champ visuel
- C. Mesure de la vision Stéréoscopique
- D. Mesure au photoscreener
- E. Rétinophotographie

Mots croisés

Le casse-tête de l'orthoptiste



Horizontal

- 4. Croisement des fibres du nerf optique
- 8. Asymétrie perceptible de la taille des pupilles
- 9. Deuxième degré de la vision binoculaire
- 10. Caractéristique de l'hémianopsie en cas d'atteinte chiasmatique

Vertical

- 1. Avec le corps ciliaire et l'iris, je forme l'uvée
- 2. Adhérence entre la face postérieure de l'iris et la capsule antérieure du cristallin
- 3. Endroit où chemine l'information visuelle après le chiasma optique
- 5. Élément mis en valeur via l'autofluorescence
- 6. Phase qui donne le sens du nystagmus dans un nystagmus à ressort
- 7. Caractérisé(e) par une limitation de l'élévation en adduction



Médecins - Soignants - Personnels de Santé

1^{er} Réseau Social
de la santé



Retrouvez en ligne des
milliers d'offres d'emploi



Une rubrique Actualité
qui rayonne sur
les réseaux sociaux

1^{ère} Régie Média
indépendante
de la santé



250 000 exemplaires de
revues professionnelles
diffusés auprès des
acteurs de la santé



Rendez-vous sur

www.reseauprosante.fr



Inscription gratuite

☎ 01 53 09 90 05

✉ contact@reseauprosante.fr

Solutions

Qui suis je :

Réponse **B** Une Névrite Optique Rétro-Bulbaire.

QCM sur le dépistage

1 Réponse **D**

2 Réponses **A, D**

3 Réponse **B**

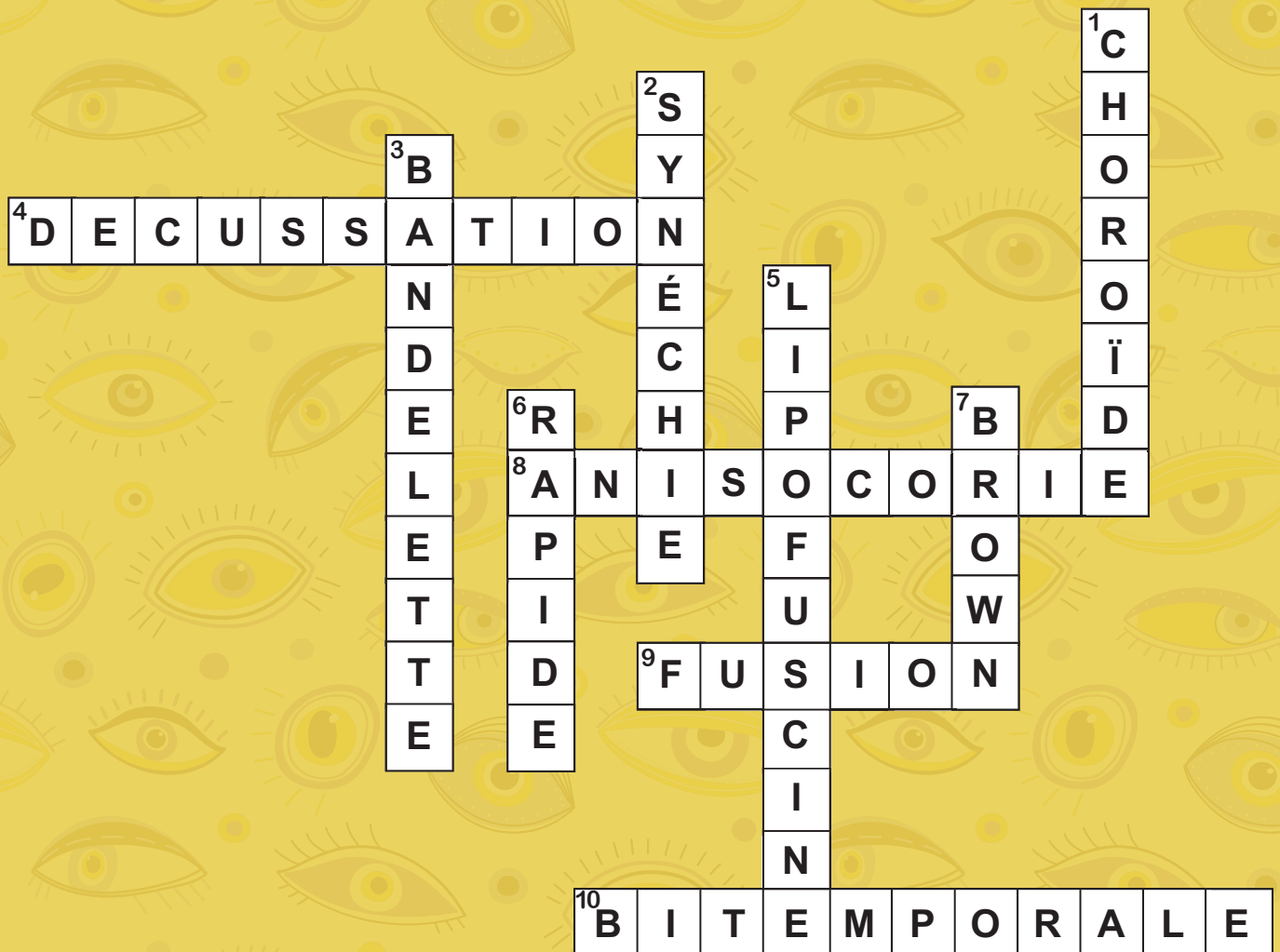
4 Réponses **A, D**

5 Réponses **B, C**

6 Réponses **A, B, C**

7 Réponses **A, B, D**

8 Réponses **A, C, D**



TRUSETAL
medical

Découvrez nos caches
oculaires et demandez
gratuitement notre
catalogue sur
ortopad.fr

ORTOPAD
www.ortopad.fr

Chez klarity



Avantages Orthoptistes :

- Grille de salaire Transparente
- Semaine de 4 jours - Temps Plein / Temps Partiel
- Mutuelle Digitalisée + CE (réducs marques, voyages, concert)
- Primes : dimanche, formation, cooptation, déplacement, etc.
- Politique Maternité (Prime Naissance, Emploi du temps allégé, etc.)

Possibilité d'évolution :

- Orthoptiste Référent : Un goût pour la formation & le tutorat ?
- Directeur de Centre : Une envie de développer des appétences managériales ?

Mobilité Nationale :

- Ouvert à tous nos salariés
- Contrat multi-site possible si souhaité

Réseau de centre ophtalmologique en France



- Près de 15 centres
- +160 salariés
- +100k€ Investis en Formation
- +4,6/5 notation patient

Rejoignez-nous !

Site internet : <https://groupeklarity.fr/>

Scannez ce QR code pour un premier contact simple et direct via WhatsApp avec notre Directrice du Médical



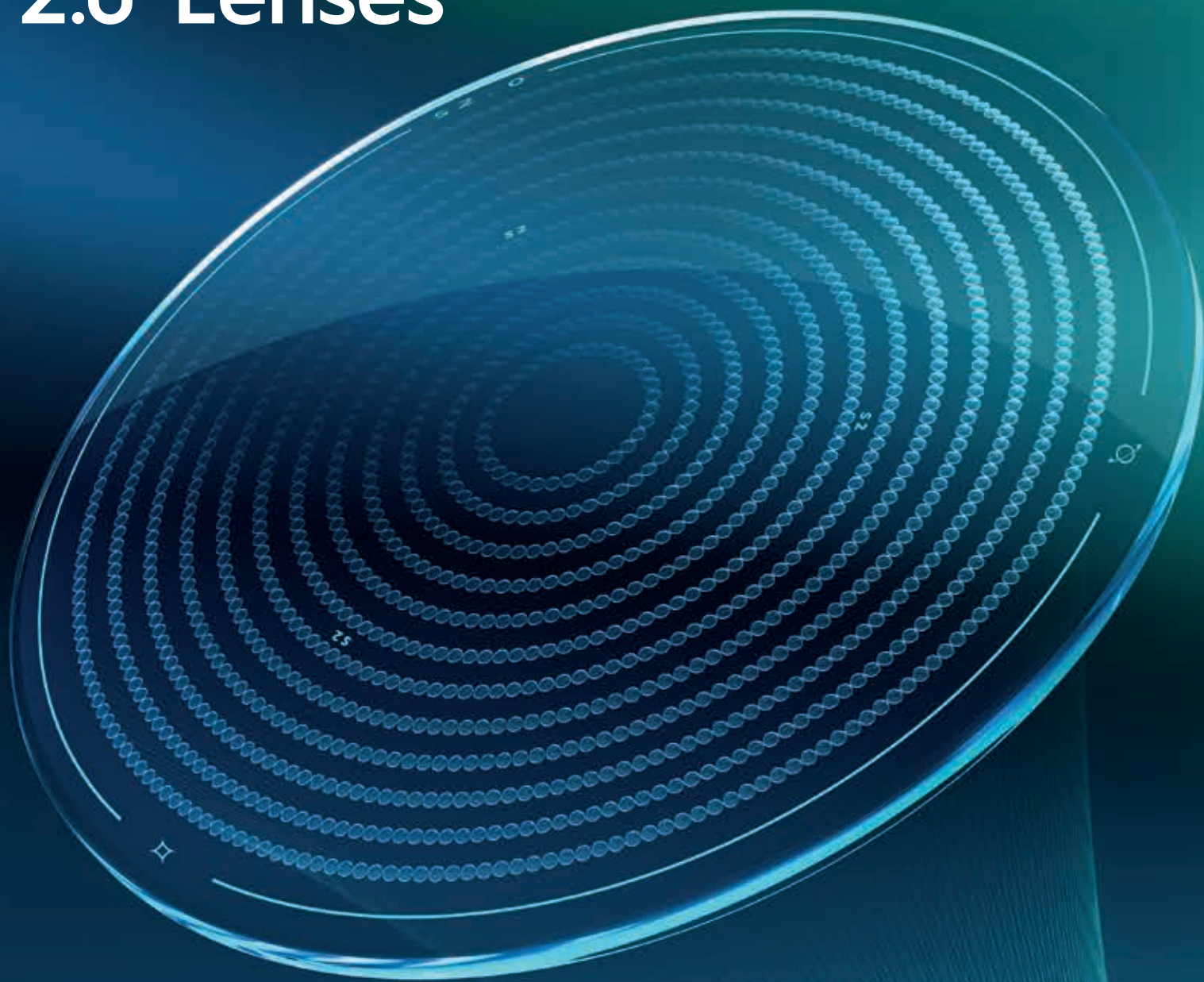
Stellest®

2.0 Lenses

Essilor®

N°1 mondial

des verres de lunettes*



Plus de puissance,[†] plus d'efficacité^{‡1}

Grâce à la technologie H.A.L.T. MAX

Volume de signal lumineux 2 fois plus profond
pour ralentir la progression de la myopie[†],
permettant d'améliorer significativement les résultats.^{‡1}

H.A.L.T. : Highly Aspherical Lenslet Target.

* Euromonitor International, Étude du secteur de l'optique-lunetterie, édition 2026 ; Entreprise Essilor International, Valeur marchande mondiale PVO (Prix de Vente Observé). † Plus de puissance fait référence au volume de signal lumineux non focalisé en avant de la rétine – volume de signal 2 fois plus profond que la première génération de verres Essilor® Stellest®. En revanche, cela n'implique pas une puissance ou une efficacité doublée des verres et micro-lentilles. ‡ Basé sur les résultats à 12 mois d'un essai clinique prospectif, randomisé, en double insu, contrôlé et croisé (en « cross-over ») mené à Singapour auprès de 50 enfants. 1. Raveendran RN, et al. Effect of increased power and asphericity of highly aspherical lenslets on myopia control efficacy: a contralateral crossover study. Transl Vis Sci Technol. 2025;14(11):9. Ces dispositifs médicaux sont des produits de santé réglementés, livrés dans une pochette marquée CE conformément à la réglementation. Ils doivent être montés dans des montures optiques par des opticiens qualifiés. Consultez votre ophtalmologiste ou votre opticien pour plus d'information. Cet outil est dédié au marché France où les verres Essilor® Stellest® sont commercialement disponibles. © Essilor International – SAS au capital de 277 845 100 € – 147 rue de Paris 94 220 Charenton-le-Pont – RCS Créteil 439 769 654. Essilor® et Stellest® sont des marques déposées d'Essilor International. Mars 2026.



essilor

une vision
d'avance