
Équipement optique des enfants

Équiper des enfants de systèmes optiques, surtout s'ils sont très jeunes, est pour l'opticien un service très différent de celui qu'il rend à des adultes. Une collaboration étroite est indispensable avec l'ophtalmologiste, et éventuellement avec le pédiatre. En effet, il est absolument nécessaire que l'opticien ait une connaissance précise des problèmes visuels de l'enfant et des solutions proposées pour les résoudre, afin d'y répondre le mieux possible.

L'équipement optique des enfants doit être étudié sous trois aspects :

- l'aspect optique, qui dépend du défaut visuel ;
- l'aspect morphologique, qui est fonction de l'âge et concerne la forme et les proportions du visage ainsi que les variations de courbures de la cornée ;
- l'aspect comportemental, qui concerne l'acceptation, l'adaptation et l'utilisation des équipements.

Aspect optique

Il est évident que chaque type d'anomalie de la vision entraîne des solutions optiques différentes qu'il faudra moduler en fonction de l'âge. Il faut rappeler que les yeux sont pratiquement adultes vers 6 ou 7 ans, au moins dans leur structure et leur organisation.

Hypermétropie

L'amétropie la plus commune que les opticiens ont à corriger au cours de la première tranche de vie de l'enfant est l'hypermétropie. Presque tous les nouveau-nés sont hypermétropes, cette amétropie ayant tendance à diminuer rapidement en fonction du processus normal d'emmétropisation. Mais lorsque l'hypermétropie est trop importante et surtout si elle est asymétrique, elle entraîne un excès de convergence avec strabisme associé à une amblyopie fonctionnelle. C'est le plus souvent ce strabisme qui alerte les parents ou le pédiatre. La correction se fait par des lunettes montées de verres convexes. L'emploi de matières plastiques ayant divers indices de réfraction, incassables et maintenant pratiquement inrayables, facilite beaucoup l'usage des lunettes. L'opticien doit cependant prendre une précaution : lorsqu'il s'agit de fortes puissances (et ce sont les plus fréquentes), il faut commander aux fabricants des verres bruts de faibles diamètres pour éviter des lentilles trop épaisses, une fois qu'elles sont taillées. Les diamètres de verres que l'on emploie pour les adultes sont à proscrire pour les enfants.

Strabisme

Le traitement du strabisme varie selon les spécialistes. L'opticien doit suivre leurs indications et souvent, par exemple, compléter la correction par des occlusions. Elles peuvent être totales, monoculaires, plus ou moins temporaires, tantôt sur l'œil strabique, tantôt sur l'autre œil. On peut pratiquer des occlusions partielles, dites en secteur ou plus souvent en segments. Elles se présentent sous des formes variées d'éléments opaques que l'on colle sur les verres de lunettes. On est amené à changer leurs dimensions et leurs dispositions au cours du traitement. D'autres méthodes préconisent l'emploi de prismes. Jusqu'à des puissances de 10 dioptries prismatiques environ, on peut incorporer le prisme dans la fabrication du verre. Au-delà, il faut employer des prismes de Fresnel sous la forme de films adhésifs dits *press-on*. Comme pour les segments, on doit changer leur puissance quand le strabisme se réduit. Les prismes autocollants ont l'avantage de ne pas nécessiter le changement du verre correcteur quand on modifie la valeur du prisme. Les verres bifocaux représentent une autre stratégie de rééducation du strabisme. On emploie un type de verres larges segments pour la vision rapprochée et l'on prend la précaution de les placer assez hauts dans le champ, pour que l'enfant ne soit pas tenté de regarder en vision rapprochée dans la partie supérieure du verre. Les verres bifocaux sont obligatoires lorsque l'enfant est sous collyre cycloplégique afin de bloquer son accommodation.

Passé un âge critique de 5-6 ans, l'enfant strabique dont le défaut a résisté aux divers traitements a peu de chance de retrouver une vision binoculaire. Il continuera donc de loucher, à moins qu'il ne soit opéré de sa déviation oculaire. Cette intervention aura surtout un but esthétique car l'œil redressé restera amblyope avec inhibition de la vision centrale. L'erreur souvent commise par les opticiens est de négliger le centrage des verres (et leur puissance) sous prétexte que ces enfants, opérés ou non, n'ont pas de vision binoculaire. C'est oublier que l'œil amblyope conserve une vision périphérique, fort utile dans le champ monoculaire latéral pour situer les objets dans la partie de l'environnement qui ne peut être vue que par cet œil. L'enfant bien organisé dans son strabisme n'est pas un borgne, comme cela est dit quelques fois. Il n'a effectivement qu'une vision monoculaire pour une partie centrale du champ visuel, mais il dispose d'une vision « bi-oculaire » et non binoculaire pour le champ latéral, surtout temporal. Pour cette zone de l'espace, il possède une correspondance rétinienne, quoique anormale. Pour cette raison, le centrage des verres devra être soigneusement réglé, d'autant que l'hypermétropie restante est importante et que, de ce fait, les verres sont forts et créent de gros effets prismatiques perturbant la perception spatiale s'ils ne sont pas maîtrisés. Déjà, l'intervention chirurgicale sur le strabisme, en modifiant le schéma corporel, entraîne un changement de la localisation égocentrique. Il ne faut pas que l'opticien en rajoute en faisant un mauvais centrage des verres. Une autre erreur à éviter est de fournir des lunettes trop grandes : les yeux sont alors décentrés à l'intérieur, donnant une impression de strabisme, ce qui n'est

pas apprécié des parents lorsqu'une chirurgie habile a placé les yeux en orthotropie.

Astigmatisme

L'astigmatisme congénital est fréquent chez les prématurés. Il disparaît souvent au cours des premiers mois. Plus rares sont les strabismes provoqués par de forts astigmatismes structurés. Décelés précocement, ils se réduisent généralement bien. Les corrections optiques des astigmatismes n'entraînent pas de difficultés particulières, si ce n'est les phénomènes d'anamorphose (voir ci-dessous). Lorsque ces corrections sont tardives, au début de l'âge scolaire par exemple, parfois plus tard encore, on est surpris de la faible amélioration de l'acuité dans l'immédiat ; en fait, malgré un défaut optique important, certains astigmates ont une vision assez bonne : en effet, le cerveau a appris à utiliser au mieux l'image rétinienne déformée, en conformité avec les objets regardés, car dès la naissance, le cerveau est programmé pour voir les objets « comme ils sont », quelle que soit la forme de l'image projetée sur la rétine. Rappelons ce que disait Yves Le Grand : « l'œil est le seul instrument d'optique dont l'image sur écran n'est pas destinée à être regardée ». C'est l'occasion de détruire une légende due à une erreur que l'on retrouve dans beaucoup d'ouvrages : le sujet ayant un fort astigmatisme non corrigé regardant un cercle ne voit pas celui-ci ovalisé. Il le voit parfaitement rond mais avec des rayons de netteté inégale. De même, ce n'était pas un fort astigmatisme qui faisait que le peintre Le Gréco dessinait des visages très allongés. Ce n'est que lorsqu'on lui fait porter ses premières lunettes que l'astigmate voit le cercle déformé par l'anamorphose provoquée par les verres cylindriques. En revanche, les rayons sont tous nets. Avec le temps, sa vision deviendra conforme à la réalité.

Myopie

Contrairement aux deux amétropies précédentes, les myopies congénitales ou très précoces, souvent de l'ordre de 6 à 8 dioptries, sont une bonne indication de correction par verres de contact. Ces myopies, très rares chez les enfants nés à terme, sont fréquentes chez les prématurés. L'amétropie se réduit souvent spontanément au cours de la première année si elle ne dépasse pas 2 à 3 dioptries. Plus tard apparaissent les myopies de l'enfance ou de l'adolescence, considérées comme des amétropies d'adaptation ou de développement. Elles ne posent guère de problème optique d'équipement, que ce soit en lunettes ou en verres de contact. Chez les jeunes myopes, les corrections par des verres bifocaux ou progressifs sont peu employées en France. Elles ont pour but d'éviter ou de ralentir la progression de la myopie et de résoudre des difficultés de la vision binoculaire, en cas d'ésophorie par exemple (particulièrement en vision rapprochée). Ces verres ont pour effet de jouer sur la relation accommodation-convergence en soulageant les efforts accommodatifs dus à une exagération de la vision rapprochée. L'expérience montre que les enfants

équipés de verres bifocaux ont une bien meilleure posture quand ils lisent ou écrivent. Par ailleurs, les myopies corrigées précocement par des lentilles de contact rigides ou semi-rigides présentent peu (ou moins) d'évolution. En revanche, s'il est corrigé avec des lunettes, un enfant dont la myopie est de plus d'une dioptrie vers 7 ou 8 ans risque de devenir myope de 3 dioptries à 12 ans et de 5 dioptries à environ 20 ans. Il est certain que la réduction assez rapide de myopie que l'on peut observer avec les lentilles rigides est obtenue par un effet d'orthokératologie qui aplatis la cornée (0,5 dioptrie environ).

Cataracte

Les cataractes congénitales doivent être opérées très rapidement pour que l'ensemble du système visuel suive un processus normal de développement, et que l'on évite ainsi des amblyopies par « défaut d'usage », qu'on appelait autrefois *ex anopsia*. La correction de l'aphakie résultante exige des verres convexes d'environ 12 dioptries, et des montures rigides et stables. Il faut prescrire des verres à double foyer afin de permettre une vision rapprochée. La pose d'implants est fort peu pratiquée sur des yeux immatures.

Nystagmus

Les nystagmus congénitaux sont toujours accompagnés d'une mauvaise acuité visuelle. Il importe de corriger d'abord l'amétropie avec précision. Dans certains cas, on obtient une réduction des saccades avec des prismes jumelés (base interne pour un œil, base externe pour l'autre) qui bloquent les mouvements des yeux. On a parfois préconisé des verres bleus assez foncés qui donnent de bons résultats surtout lorsque le nystagmus est accompagné d'albinisme ou d'achromatopsie. L'albinisme, comme l'aniridie, sont soulagés par des lentilles de contact absorbant la lumière ou reconstituant le sphincter de l'iris. L'association d'un nystagmus et d'un strabisme n'est pas exceptionnelle : on peut d'abord tenter de mettre un fort prisme devant l'œil dévié, mais bien souvent la chirurgie est nécessaire.

Aniséiconie

Les aniséiconies qu'Yves Le Grand appelait « essentielles » ne sont pas liées à une anisométrie. C'est une anomalie provoquée par la différence de taille apparente (quelque fois de forme) des deux images rétiniennes. Au-delà de 5 %, la vision binoculaire est quasiment impossible. Ces aniséiconies non décelées peuvent être cause d'amblyopies subtiles et de strabismes qui paraissent irréversibles malgré des rééducations bien suivies. La solution optique consiste à grossir la plus petite image en jouant sur l'épaisseur des verres et sur la distance du verre à l'œil pour rendre les deux images de taille équivalente (verres dits iséiconiques).

Amblyopie lésionnelle

Les amblyopies lésionnelles ou amauroses provoquées par des atteintes organiques entraînent des pertes d'acuité variables selon les causes, et sont à la limite de la cécité. Il faut corriger l'amétropie éventuelle, entreprendre une rééducation fonctionnelle et commencer dès que possible les équipements de basse vision pour que l'enfant ne prenne pas trop de retard scolaire. On peut habituer l'enfant à utiliser des systèmes télescopiques dès qu'il est capable d'en prendre soin, car ces appareils sont fragiles et coûteux. Certaines amblyopies d'origine rétinienne sont soulagées par le port de verres teintés de couleur brun-orange arrêtant totalement les rayons bleus et ultraviolets.

Autres anomalies

Quoique non optiques au sens propre du mot, certaines anomalies congénitales ou accidentelles font appel aux techniques des opticiens. Par exemple, le ptosis oblige à réaliser un petit appareil orthopédique, l'antiptosis. Tantôt articulé, tantôt fixe, cet appareillage maintient élevée la paupière supérieure. On utilise ce procédé avant une intervention chirurgicale ou parfois lorsque celle-ci a échoué. Placé discrètement derrière les montures, sur le bord supérieur, l'antiptosis a une triple fonction : permettre à l'œil de voir, éviter les postures vicieuses de la tête quand le ptosis est binoculaire, et empêcher l'enfant d'avoir des complexes d'ordre esthétique. Il existe aussi des lentilles de contact spéciales conçues pour soutenir la paupière.

Aspect morphologique

On sait que les équipements optiques doivent tenir compte de la croissance de l'enfant. Par rapport à la taille de l'homme, l'importance de la tête diminue de la naissance jusqu'à la fin de la croissance. Chez le nourrisson, la tête représente le 5^e de la longueur totale du corps, alors que chez l'adulte elle n'en représente que le 8^e ou le 10^e. De plus, les os de la tête ne se développent pas tous avec la même rapidité : la boîte crânienne grandit plus vite que le reste de la face. Ainsi l'écart inter-pupillaire, mesure essentielle pour le centrage des verres, n'est multiplié que par 1,5 lors de la croissance, alors que la taille est multipliée par 3,5. Les proportions du visage changent pendant les quinze premières années de la vie. Chez le nourrisson, l'étage supérieur est le plus important, l'étage médian (nasal) réduit, le nez très peu saillant et court. Les joues sont rondes et le front souvent proéminent.

De ce fait, les lunettes destinées à de jeunes enfants ne sont pas des lunettes d'adultes en réduction. Leurs proportions doivent tenir compte des particularités morphologiques : un pont assez bas correspondant à la position du nez, les yeux centrés au milieu de l'axe du verre, alors que chez l'adulte les yeux sont dans le tiers supérieur. Notons que l'évolution du visage de l'enfant varie d'un

sujet à l'autre, certains conservant plus longtemps que d'autres les caractéristiques du premier âge. Cela peut poser des problèmes quand le jeune enfant commence à manifester sa personnalité et ses désirs en voulant absolument des lunettes « comme papa ou maman », alors que sa morphologie faciale est en devenir.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier que l'enfant vit dans un monde d'adultes. Sa petite taille l'oblige à regarder souvent plus haut que ses yeux. Du fait du faible saillant nasal, les lunettes des enfants ont déjà tendance à se présenter trop basses. Il faut donc que la forme des verres dégage davantage le champ supérieur, sinon l'enfant regardera au-dessus de ses lunettes.

Enfin, la peau des enfants est plus fragile que celle des adultes. Le choix des formes, l'ajustage des montures et la nature des contacts seront aménagés en conséquence, c'est-à-dire en douceur. Pour les zones en contact avec la peau, l'emploi de matières élastomères siliconées donne de bons résultats. Les lunettes d'enfants doivent à la fois être souples et robustes. Actuellement, elles sont toutes équipées de charnières articulées à ressorts, ce qui évite bien des cassures. Si à partir de 5-6 ans, on a le choix entre les montures plastiques ou métalliques, les montures en plastiques sont préférables chez les nourrissons. Elles se déforment moins et ne risquent pas de provoquer des blessures.

Pour les équipements en verre de contact, il faut tenir compte de l'évolution de la morphologie de l'œil et de la cornée. À la naissance, le globe oculaire fait un peu plus de 17 mm de longueur. Pendant les 20 premiers mois, la croissance est rapide puis elle ralentit. Après 6 ans elle n'évolue guère, sauf en cas de forte myopie, la longueur du globe se stabilisant autour de 24 à 25 mm. À la naissance, la cornée est normalement sphérique, avec un diamètre moyen de 9 à 9,5 mm, pour un rayon de courbure de 6 à 6,8 mm. Elle s'aplatit au cours de la première année et, après l'âge d'un an, s'approche des valeurs kératométriques de l'adulte, soit un diamètre moyen de 11 mm et un rayon de courbure se situant selon les individus entre 7 et 8,5 mm, ce qui représente une variabilité relativement importante. Mais il ne faut pas déduire des conclusions sur l'amétropie du sujet à partir des diverses cambrures de la cornée. D'une manière générale, la puissance du cristallin et la longueur de l'œil compensent les variations de courbure de la cornée pour tendre vers l'emmétropie. Incidemment, les parents trouvent souvent que leurs enfants de 4 ou 5 ans, surtout les filles, ont de grands yeux (en disant cela ils sous-entendent de beaux yeux). Ceci s'explique par le fait que les globes sont presque de taille adulte alors que le reste de la tête et du corps est encore loin de ses dimensions définitives. Ces données sur l'évolution des structures antérieures de l'œil dans les premières années de la vie montrent que les équipements en verres de contact sont techniquement possibles très tôt. La décision concernant ce type de correction dépend de considérations plus générales, comme la nature de l'amétropie, les rééducations éventuelles, l'entourage de l'enfant. En effet, le port de verres de contact demande une surveillance régulière de l'hygiène de l'ensemble œil-lentille. Ajoutons que les équipements de contact ne sont pas remboursés

par la Sécurité sociale, exception faite des problèmes visuels sévères pour lesquels les lentilles sont les seules corrections efficaces. En revanche, les mutuelles font en général un remboursement forfaitaire non négligeable. Rappelons enfin que les lunettes d'enfants sont huit fois mieux remboursées que celles d'adulte.

Adaptabilité de l'enfant

Lorsqu'il doit équiper un jeune enfant de sa première paire de lunettes, l'opticien rencontre un problème majeur qui est de préparer l'enfant et ses parents à cet événement. Certes, les parents sont bien obligés de supporter cette obligation, mais ils sont inquiets des réactions éventuelles de leur enfant. Pour ce dernier, il n'y a pas de préparation psychologique possible, si ce n'est le fait que parents, frère ou sœur soient déjà porteurs de lunettes.

L'équipement se déroule en deux temps : essai des montures (si l'enfant est très jeune, on ne laisse guère aux parents que le choix de la couleur) puis une deuxième étape où l'on vient chercher les lunettes. L'expérience montre que la crainte de difficultés est excessive et que le plus souvent, les choses se passent assez bien. Lorsque l'opticien touche la tête de l'enfant et présente la correction devant ses yeux, il ne doit pas s'attendre à un comportement de curiosité, mais à une réaction de rejet plus ou moins bruyante. Si l'approche est trop difficile, on confie aux parents le soin de placer les lunettes sur le nez de l'enfant.

Généralement, une fois les premiers moments difficiles passés, le calme revient. On prend le temps d'ajuster les montures, on fait les retouches nécessaires, puis l'enfant commence à regarder à travers les verres correcteurs. C'est souvent alors un instant d'émotion, pour l'opticien bien sûr, mais vraisemblablement pour l'enfant également. On ne peut évidemment pas savoir ce qui se passe dans la tête de ce nourrisson qui n'avait du monde qu'une vision très floue, et auquel on procure, tout à coup, des images rétiniennes de bonne qualité, théoriquement utilisables efficacement. Pour avoir assisté souvent à cet événement, on a vraiment l'impression que tout se passe comme si l'enfant « découvrait » avec intérêt le visage de ses parents. En réalité, on sait qu'il faudra un certain temps pour que l'enfant « apprenne à voir ses parents » à travers un transmetteur d'images auquel il va s'adapter en traduisant différemment les informations issues de ses yeux. L'expérience montre que le nourrisson va rapidement accepter ses lunettes et s'y adapter, ce qui se traduira par un comportement de plus en plus extraverti. En changeant sa vue, on a manifestement changé sa manière de vivre.

Très différent sera le comportement de l'enfant malvoyant, que l'on équipe à 3 ou 4 ans, soit du fait d'un dépistage tardif, soit à la suite d'une intervention chirurgicale destinée à lui donner une vision meilleure, cataracte dans la

plupart des cas, ou parfois ectopie du cristallin ou greffe de la cornée. Contrairement au nourrisson, cet enfant aura commencé à vivre dans « sa bulle », à organiser sa malvoyance, avec un développement autocentré, donc très introverti. Ses gestes et son attitude sont proches de ceux des aveugles, et il a déjà appris à n'accorder qu'une importance secondaire aux informations d'origines visuelles. Lorsque l'opticien lui mettra des lunettes, il n'y aura probablement pas de phénomène de rejet immédiat, d'autant que l'enfant est habitué à ce qu'on s'occupe de ses yeux. La pose de lunettes est souvent moins perturbante que ce qu'il a subi auparavant. En revanche, l'enfant semble indifférent aux nouvelles sensations qu'on lui procure, parce que les perceptions ne sont pas pour lui immédiatement significatives. Parfois, il arrive que l'enfant ferme les yeux et refuse de regarder ! Ce comportement surprend les parents qui s'attendent à des manifestations spectaculaires puisque l'on permet enfin à leur enfant de « bien voir ». En réalité, il leur faudra de la patience pour faire accepter les lunettes, puis pour que le comportement habituel s'efface progressivement et que l'enfant passe enfin dans le monde des voyants. Le déroulement de ces étapes peut être accompagné par un soutien psychothérapeutique.

Les ectopies sont des subluxations congénitales du cristallin à caractère héréditaire. L'opticien peut être amené à procéder à des équipements curieux, plus rarement maintenant puisque l'on hésite moins à opérer ces pathologies. Comme le cristallin ne tient que par une partie des fibres de la capsule, il est déplacé. Dans la pupille, une partie des rayons lumineux passe dans le cristallin alors que l'autre atteint directement la rétine. Deux corrections sont possibles : l'une myopique et astigmatique utilisant les voies cristalliniennes, l'autre fortement convexe correspondant à la vision aphaque (c'est-à-dire dépourvue de cristallin). L'auteur a suivi très longtemps une famille dont un enfant présentait cette pathologie, et qui refusait toute intervention parce qu'une première tentative avait donné un mauvais résultat. Un garçon possédait deux paires de lunettes, l'une avec des verres de -6 dioptries, l'autre avec des verres de $+12$ dioptries. Il alternait le port de ses lunettes selon ses occupations, en fonction de l'éclairage qui, dilatant ses pupilles, facilitait le passage des rayons lumineux hors du cristallin et donnait une bien meilleure acuité.

Un autre comportement enfantin, qui se rencontre également chez l'adulte, est le refus d'accepter de nouvelles lunettes. L'auteur a observé des enfants aphaques de 7 ou 8 ans, corrigés depuis longtemps, parfaitement installés dans leur vision, mais dont il fallait changer les lunettes car elles étaient usées, rayées ou trop petites. Leur ancien équipement faisait tellement partie d'eux-mêmes qu'ils ressentaient son abandon comme une sorte d'amputation. Un jour qu'il venait chercher avec sa mère de nouvelles lunettes, un jeune enfant équipé depuis pratiquement la naissance, fit une fugue hors du magasin. Plus tard, il confessa que le fait d'avoir voulu lui retirer ses lunettes à cette époque était comme lui « arracher les yeux ».

D'une manière générale, il faut reconnaître que des liens très solides, nés d'une complicité très particulière, s'établissent entre l'enfant et l'opticien. Pendant de nombreuses années, l'opticien va s'occuper des lunettes de l'enfant : changements, réglages, réparations, contrôles, autant d'occasions de se rencontrer et d'établir des contacts qui font que l'opticien devient un intime. Ceci montre l'importance des rapports psychologiques entre l'opticien et l'enfant dans le succès de l'équipement optique. Une fois que le principe de porter des lunettes est accepté, l'enfant doit s'adapter à son équipement. Autant l'adaptation à la vision donnée par une correction optique peut prendre du temps chez l'adulte et parfois se solder par un échec, autant on ne rencontre guère de problèmes chez les jeunes enfants ou les adolescents. Il suffit de voir comment les enfants s'habituent immédiatement au port de verres à double foyer ; pourtant les bifocaux qui leur sont fournis sont beaucoup moins confortables que ceux des presbytes. Ils peuvent en effet occasionner des sauts d'images entre les deux visions, le segment de près peut être monté haut dans le champ visuel, de fortes additions peuvent limiter la profondeur de mise au point. Tout cela devrait les gêner, mais il n'en est rien : ils courent et descendent les escaliers sans difficulté.

Les phénomènes d'anamorphoses ont été évoqués à propos des forts astigmatas corrigés tardivement vers l'âge scolaire. Ces phénomènes mettent en évidence la plasticité perceptive du système visuel. N'est-il pas surprenant que ces sujets, ayant depuis peu leur correction, ne les portent pas en permanence et ne les utilisent que lorsqu'une vision précise est nécessaire ? Ces sujets passent aisément d'une image rétinienne ovalisée à une image qui ne l'est pas, tout en conservant une vision normale plus ou moins nette des objets, mais identique quant à la perception des formes. Ils ont deux programmes d'interprétation visuelle qu'ils utilisent automatiquement. Ils conserveront cette capacité à l'âge adulte tant que l'astigmatisme congénital restera mixte, c'est-à-dire tel que le cercle de moindre diffusion sera proche de la rétine. Si l'astigmatisme devient myopique (position des deux focales derrière la rétine), la correction par lunettes ou lentilles sera portée en permanence ou presque.

L'aisance avec laquelle les enfants amblyopes apprennent à se servir des systèmes grossissants, fortes loupes ou appareils télescopiques, est étonnante. Grâce à cette facilité d'adaptation et à l'habileté à tirer le meilleur parti d'instruments contraignants, un grand nombre de ces enfants arrive à suivre un rythme scolaire à peu près normal. Pour en être persuadé, il suffit de comparer la vitesse de lecture d'un enfant et celle d'une personne âgée équipés tous deux du même système grossissant.

Il existe des cas où l'enfant refuse absolument de porter ses lunettes. L'insistance des parents, les menaces, voire les punitions n'y peuvent rien. L'auteur a plusieurs fois observé ce comportement. À chaque fois, la cause était la même : la correction ne convenait absolument pas et l'enfant ne voyait pas mieux avec ses lunettes, parfois plus mal ; à l'âge de 5 ou 6 ans, on ne sait pas

exprimer cela, sinon par un rejet systématique. Curieusement, quelques années plus tard, ces enfants arriveront à porter des corrections totalement inadaptées, par discipline peut-être, mais aussi par jeu : on voit ainsi des enfants échanger leurs lunettes avec un camarade de classe.

Les enfants ayant un retard mental posent des problèmes d'acceptation et d'adaptation des équipements correctifs. Les enfants trisomiques ont souvent des défauts visuels qui exigent le port de corrections. L'opticien doit alors faire preuve d'une extrême patience, et ne peut se passer de l'aide des parents ou de l'éducateur spécialisé. Si certains de ces enfants ont, à l'âge de 10 ou 12 ans, un âge mental de 5 ans, leur acuité est plus mauvaise que celle d'un enfant de cet âge. Certains de ces enfants arrivent cependant à apprendre à lire. Leur mauvaise vision exige une aide optique précise dont ils n'ont malheureusement pas conscience de la nécessité, d'où la difficulté de la leur faire accepter. Les moments passés avec ces enfants sont parfois difficiles, mais les aider à mieux voir permet une amélioration de leur développement.

Désormais, l'usage des lunettes et des lentilles est devenu banal. Dans les écoles, le pourcentage de corrections optiques augmente avec le niveau scolaire, de la maternelle à l'université. Reste une question qui est souvent posée à l'école : l'enfant doit-il garder ses lunettes pendant la récréation ? Les statistiques sont à ce sujet rassurantes : les enfants porteurs de lunettes ont moins d'accidents oculaires que les autres car elles constituent une protection efficace de l'œil. Seules les arcades sourcilières peuvent être éventuellement blessées par les montures. Pour les activités sportives qui entraînent des contacts parfois violents, la meilleure solution reste les lentilles de contact, qui sont actuellement largement utilisées, si ce n'est pour les sports nautiques pour lesquels on conseille des lunettes de natation qui évitent la perte des lentilles.

En conclusion, l'opticien chargé d'équiper les enfants de systèmes optiques doit, en plus d'une technicité éprouvée, faire preuve d'une psychologie particulièrement adaptée au comportement du sujet. Les arguments habituels de l'opticien destinés à faire accepter à un adulte la correction nécessaire ne lui sont d'aucune utilité face à un enfant. En revanche, son attitude envers les parents est importante et les informations qu'il leur apporte peuvent avoir un rôle décisif quant au succès de l'équipement.

Claude Darras
Opticien, Paris