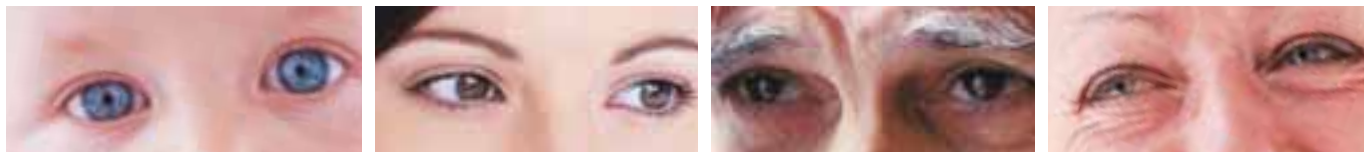




CREDIT PHOTOS : TERRALUNA



Bien en vue

"BIGLEUX" CÉLÈBRES ET COQUETS !

Il est presque certain que Napoléon Bonaparte était myope (il se collait le nez aux cartes d'état major) mais il a toujours refusé d'apparaître représenté avec ce qu'on appelait à l'époque des "binocles". Il avait du mal à accepter ce qu'il considérait comme un handicap esthétique. De même, certains de ses contemporains nient farouchement la cécité partielle (œil droit) de l'amiral Nelson, mort au cours de la bataille de Trafalgar, puis sa perte progressive de vision avec l'œil gauche. Le symbole de la résistance britannique contre Napoléon ne pouvait être qu'en bonne santé !

La liste des écrivains du XIX^{ème} siècle dont la vue est altérée est assez longue. Victor Hugo souffre de conjonctivites à répétition. En 1866, alors qu'il est victime d'une violente ophtalmie, la rumeur se répand qu'il est devenu aveugle. Il écrit à un ami : "(...) J'ai lu dans les journaux anglais des détails authentiques sur ma cécité : ce qui m'a rassuré, c'est que je les ai lus !". Lamartine se plaint d'ophtalmies fréquentes, George Sand se débat avec ses conjonctivites sévères et des migraines ophtalmiques qui l'empêchent d'écrire. Flaubert, affligé d'une forte myopie, y voit un atout d'écrivain : "Je sais voir et voir comme voient les myopes, jusque dans les pores des choses, parce qu'ils se fourrent le nez dessus" (Correspondance).

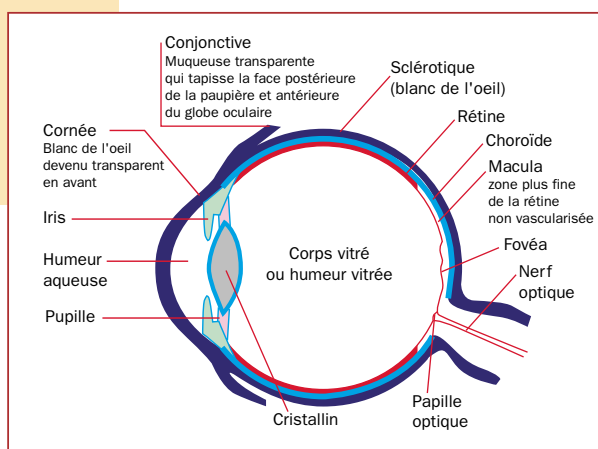
Plus étonnant, certains maîtres de la peinture ont de sérieux problèmes de vision comme Van Gogh, Degas ou Renoir. L'utilisation massive par Van Gogh de la couleur jaune, la présence de halos colorés autour des lumières, les atmosphères excessivement dorées des tableaux des deux dernières années de sa vie ont interrogé sur l'éventualité d'un glaucome, mais rien n'a pu être prouvé. La vue de Degas baisse dès l'âge de 30 ans. Gêné par la luminosité et le soleil, il peint plutôt des scènes d'intérieur. Puis il perd la vision des couleurs, ce qui engendre des toiles aux couleurs violentes, bref, il adapte sa peinture à ses problèmes visuels. Renoir, très myope, refusera toute sa vie de porter des lunettes !

(Ces informations sont extraites de l'ouvrage « Ces troubles ophtalmologiques qui ont changé l'histoire de France » – docteur Bruno Haliona – éditions MDS)



CREDIT PHOTOS : TERRALUNA

SCHEMA DE L'OEIL



L'œil peut être comparé à un appareil photo dont l'objectif serait la cornée, absorbant la lumière, le zoom serait le cristallin qui fait la "mise au point", le diaphragme la pupille de taille "réglable" et la rétine la pellicule sur laquelle vient s'impressionner l'image. Le cerveau, lui, développe la photo. Sans lui, l'image ne peut pas être décryptée !

Chirurgie réfractive¹ des yeux :

L'engouement pour la chirurgie correctrice des défauts visuels ne cesse de grandir. Deux cent mille Français se font opérer chaque année. Chacun connaît quelqu'un qui "a fait opérer sa myopie" ou qui projette de le faire. Les progrès rapides permettent de traiter la plupart des défauts de la vision ou amétropies². Les techniques, sur lesquelles on commence à avoir un certain recul, ont fait leurs preuves mais ne sont pas sans risque, et présentent des contre-indications formelles. Si les résultats sont dans l'ensemble assez bons à court et moyen terme, la correction parfaite de la vue reste encore une utopie.

Aujourd'hui on peut opérer une myopie, une hypermétropie ou un astigmatisme avec des résultats d'autant plus satisfaisants que le défaut de vision est moyennement important. Il faut attendre que la vision soit stabilisée, entre 20 et 25 ans. On ne pratique donc jamais la chirurgie réfractive sur un enfant. Les opérations sont réalisées en chirurgie ambulatoire (c'est à dire sans hospitalisation), sous anesthésie locale et immobilisation de l'œil. On n'opère jamais les deux yeux simultanément. Comme toute chirurgie, celle des yeux présente des risques de complications, notamment infectieuses. Les résultats ne sont pas parfaits dans 100 % des cas. Ils dépendent beaucoup de la cicatrisation, variable d'une personne à l'autre, il ne faut jamais oublier que l'on intervient sur un tissu vivant ! Ni que l'œil myope reste... un œil myope, avec ses fragilités, même après une chirurgie réussie.

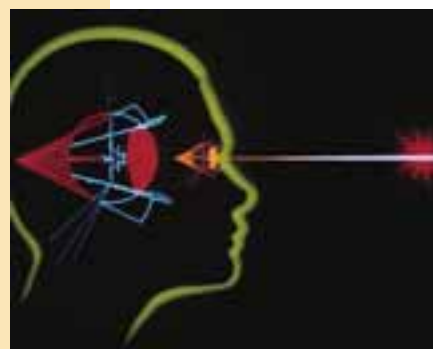
TECHNIQUE LA PLUS ANCIENNE : LA KÉRATOTOMIE RADIAIRE

Cette chirurgie, surtout pratiquée dans les années 80-90, corrige les myopies faibles à moyenne (jusqu'à - 6 dioptries³). En effectuant de petites incisions sur la cornée, on l'aplatit et la vision redevient nette. Non douloureuse, permettant une récupération rapide, cette technique a cependant l'inconvénient de fragiliser la partie antérieure du globe oculaire et donne des résultats

variables. La kératotomie radiaire demande une grande expérience chirurgicale. Elle est donc progressivement abandonnée au profit du laser, plus simple à utiliser, avec des résultats mieux maîtrisés.

LA PLUS PRATIQUÉE AUJOURD'HUI : LA CHIRURGIE AU LASER EXCIMER (photokératectomie réfractive ou PKR)

Cette chirurgie de la myopie et de l'hypermétropie faibles à moyennes, jusqu'à 5 ou 6 dioptries³ (et de l'astigmatisme), est pratiquée depuis 1990. Le laser, rayon lumineux, sculpte la cornée par pulsions successives, après l'avoir mesurée. Dans le cas de l'œil myope, il réduit l'épaisseur de la zone centrale de la cornée. En somme, il l'aplatit. Au contraire, il cherche à bomber en son centre la cornée de l'œil hypermétrope. Le travail du laser dure entre 25 secondes et 1 minute. Le réveil est... douloureux pendant 2 à 3 jours. En une semaine, l'œil se cicatrise. La stabilisation est plus lente, sur environ 6 semaines. Avec plus de 10 ans de recul, on constate que 95 % des yeux myopes jusqu'à - 3,50 dioptries retrouvent une vision normale. Les statistiques baissent à 85 % de - 4 à - 6 dioptries. Il arrive aussi que les bons résultats initiaux régressent sur le long terme : jusqu'à 28 % de régression à 5 ans sur les myopies entre - 3 et - 6 dioptries. Un voile cicatriciel (le "haze") peut se former et gêner la vision pendant plusieurs mois. Lorsque la dilatation de la pupille est importante, la nuit, la personne peut subir un effet de halo très gênant pour la conduite automobile.



faut voir !



LE LASIK S'ATTAQUE AUX DÉFAUTS DE VISION IMPORTANTS

En 1995 apparaît le lasik, utilisé jusqu'à des défauts visuels de 10 dioptries en plus ou en moins. Cette technique chirurgicale se décompose en 3 temps. D'abord le chirurgien coupe un petit capot dans l'épaisseur de la cornée à l'aide d'une lame ou microkératome. Ensuite il le soulève et rectifie la courbure de la cornée avec le laser excimer. Enfin, il referme le capot. Le lasik est moins douloureux que le laser excimer seul. La récupération de l'acuité visuelle est aussi plus rapide, elle se produit dès le lendemain de l'opération. Enfin, le lasik supprime les risques de haze. En revanche, le risque réside dans une découpe irrégulière, voire totale, du capot.

IMPLANTS, ANNEAUX, LES INNOVATIONS...

Pour les myopies faibles à moyennes, l'implantation d'anneaux en plastique dans la cornée permet de la tendre et de l'aplatir. L'avantage c'est que ces anneaux peuvent être retirés. Cette technique, peu pratiquée, est controversée.

Les très fortes myopies ont aussi leur technique. Entre - 10 et -15 dioptries, et à condition que l'œil soit parfaitement sain, on peut envisager d'implanter, devant l'iris, une lentille correctrice intraoculaire. Il s'agit d'une chirurgie de pointe et il existe un risque de rejet. Les greffes de cornée sont pratiquées lorsque cette membrane s'opacifie. Cette opération est bien maîtrisée, les rejets (10 à 15 %) sont 9 fois sur 10 réversibles.

ON PEUT PORTER DES LENTILLES APRÈS CERTAINES CHIRURGIES DES YEUX. LA SUITE DE CERTAINES OPÉRATIONS IMPOSE MÊME TEMPORAIREMENT LE PORT DE VERRES DE CONTACT. CEPENDANT L'ADAPTATION APRÈS CHIRURGIE SE RÉVÈLE SOUVENT PLUS DÉLICATE.

CREDIT PHOTOS : TERRALUNA

1 • qui touche à la "réfraction oculaire" : subie par un rayon lumineux qui pénètre dans les milieux "réfringents" de l'œil et impressionne la rétine / "réfringent" : qui produit la réfraction, fait dévier les rayons lumineux, la cornée est un milieu réfringent. (petit Robert).

2 • amétropie : mot générique désignant les 3 principaux défauts de vision liés à la morphologie de la cornée soit la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme.

3 • dioptrie : mesure de la puissance d'une correction visuelle, en négatif pour les myopies, en positif pour les hypermétropies (attention : ce n'est pas la mesure de la performance de la vision, un œil myope de - 5 dioptries a une performance visuelle... nulle sans correction soit 0/10^{ème} ! En portant des verres correcteurs ou des lentilles, sa performance visuelle peut atteindre 10/10^{ème}.)

les contre-indications

- HERPÈS - GLAUCOME - KÉRATOCÔNE
- PROBLÈME RÉTINIEN - VISION D'UN SEUL ŒIL
- VUE NON STABILISÉE - ÊTRE ÂGÉ
- DE MOINS DE 20 ANS - ÊTRE ENCEINTE
- MALADIES GÉNÉRALES, NOTAMMENT
- INFLAMMATOIRES RHUMATISMALES

APRÈS 50 ANS, ABLATION DU CRISTALLIN

Si l'œil à forte myopie ne présente pas de risque de décollement de la rétine, après 50 ans, on peut lui enlever son cristallin dès les premiers signes de cataracte. L'inconvénient c'est qu'il est alors privé de pouvoir d'accommodation.⁴ (voir p.10)

LE COÛT

Ces opérations sont coûteuses. Il faut compter entre 750 et 2 200 euros par œil. Elles ne sont pas prises en charge (non plus que les collyres nécessaires) par l'Assurance maladie qui les considère comme des interventions esthétiques. L'arrêt de travail doit être pris sur les congés.

A QUI S'ADRESSER ?

Il n'existe pas de diplôme spécifique en chirurgie réfractive. Essayez de rencontrer plusieurs patients opérés par le praticien avant de vous décider.



Avoir le mauvais œil

Rares sont les personnes qui ont la chance d'y voir parfaitement et, passé le cap des 45 ans, elles ne sont plus que 2 %, à cause de la presbytie (lire ci-dessous). Les anomalies de la vision sont de mieux en mieux et de plus en plus précocement détectées.

LA MYOPIE...

désigne le défaut de vision de ceux qui voient bien de près et mal de loin. Elle se mesure en dioptries³ (voir p. 9) négatives et se corrige avec des verres concaves. L'œil est trop long ou la cornée trop bombée, l'image visuelle se forme en avant de la rétine et est donc floue. La myopie bénigne débute entre 7 et 14 ans et évolue pour se stabiliser autour de la vingtième année. La myopie dite maligne commence dans la toute petite enfance et peut évoluer toute la vie sans se stabiliser.

L'HYPERMÉTROPIE...

est l'inverse de la myopie, la cornée est trop plate et/ou l'œil trop court, l'image se forme en arrière de la rétine. La personne voit mal de près, l'œil est obligé d'accommoder⁴ sans cesse et, de loin, il doit compenser. Non corrigée, l'hypermétropie cause fatigue visuelle et maux de tête. Elle se mesure en dioptries³ positives et se corrige avec des verres convexes. Tous les enfants sont naturellement hypermétropes. Ce défaut régresse pendant la croissance pour disparaître ou se stabiliser à l'adolescence.

L'ASTIGMATISME...

est un défaut de la surface de la cornée qui, irrégulière, engendre une distorsion de l'image : une partie de celle-ci est nette sur un plan, l'autre est déformée sur le plan perpendiculaire au premier. L'astigmatisme peut être associé à l'œil myope comme à l'œil hypermétrope et être corrigé par le port de lunettes ou de lentilles. Il est mesuré en dioptries, correspondant à la puissance du cylindre qui compensera le défaut visuel, et en degré de positionnement de celui-ci de 0° à 179°.

LA PRESBYTIE...

atteint inévitablement l'œil entre 40 et 50 ans : les bras deviennent trop courts pour lire ! Elle est due au vieillissement du cristallin qui, perdant son élasticité, accommode⁴ moins facilement. Les yeux myopes peuvent parfois compenser leur presbytie mais, à partir de 45 ans, 98 % de la population est concernée. On corrige ce défaut avec des verres convexes : des demi-lunes pour les personnes qui n'ont pas d'autres défauts de vision ou qui changent de lunettes selon leurs activités ou par des verres progressifs qui permettent de garder un même équipement optique pour toutes activités, et parfois par des lentilles.

LE DALTONISME...

est une anomalie de la vision des couleurs, plus ou moins prononcée selon les personnes et qui touche plutôt les garçons (8 % de daltoniens chez les hommes, 0,45 % chez les femmes, source Syndicat national des ophtalmologistes de France). La personne souffre de l'absence ou du mauvais fonctionnement de l'un des 3 canaux qui permettent de former les couleurs. Le plus souvent, elle ne perçoit que deux couleurs (le bleu et le jaune en général) avec cependant un grand nombre de nuances. Une anomalie dans la vision des couleurs n'empêche pas de mener une vie normale. Il faut simplement choisir son métier en fonction de celle-ci !



TERRALUNA



TERRALUNA



FNM/FN.Mérgui

LE STRABISME...

se caractérise par la déviation d'un œil ou des deux. Il doit être corrigé le plus tôt possible dans l'enfance (dès le premier mois si nécessaire) par le port de lunettes adaptées, une rééducation des yeux (orthoptique) pour lutter contre l'affaiblissement de la vue, voire par une chirurgie.

4 • L'œil, comme un appareil photo, effectue une "mise au point" quand il se fixe sur quelque chose, cela s'appelle "accommoder". C'est le cristallin qui permet d'accommoder (cf. schéma p. 7)

Contact !

Avant de se lancer dans une chirurgie des yeux, si l'on ne supporte plus les lunettes, il ne faut pas oublier les verres de contact. Les progrès dans ce domaine permettent aujourd'hui de bénéficier d'un confort extrême. Myope, astigmat, hypermétrope, presbyte, il existe probablement un type de lentilles adapté à votre vue et aux caractéristiques particulières de vos yeux, même les plus sensibles. Elles constituent une alternative intéressante, et surtout réversible, aux lunettes !

Lentilles pour presbytes, verres de contact à renouvellement fréquent, à port continu, lentilles pour yeux à très faible larmoiement, lentilles de couleur... les innovations vont bon train dans ce domaine. Une contre-indication absolue au port de lentilles est l'œil totalement sec, phénomène extrêmement rare. Certaines inflammations de la cornée ou atteintes de la rétine peuvent constituer une contre-indication momentanée. Mais, dans l'ensemble, il existe des verres de contact adaptés à chacun. Ils permettent aux personnes à forte myopie de ne pas percevoir des images "rapetissées" et d'élargir leur champ de vision. Avec les lunettes, celui-ci se trouve inévitablement réduit à la taille des verres portés. Les lentilles souples facilitent la pratique de certains sports, sauf les sports aquatiques. Certaines possèdent même un filtre protecteur contre les rayons UV.

DURES À SUPPORTER MAIS DOUCES POUR LES YEUX...

Apparues au début du vingtième siècle, les premières lentilles étaient "dures". Ces verres de contact rigides existent encore. Ce sont ceux qui provoquent le moins de complications sur les yeux fragiles. Ils réclament moins de larmes dans l'œil que les lentilles "souples". Si leur coût à l'achat est élevé, les frais d'entretien sont minimes et leur durée de vie peut dépasser 5 ans ! En revanche, ils sont assez inconfortables, l'adaptation est longue et délicate. Leur diamètre inférieur à celui de la cornée les rend peu stables sur l'œil. Le maquillage est mal toléré. Les lentilles rigides perméables au gaz ou "flexibles" présentent les mêmes atouts et défauts mais bénéficient d'un confort amélioré.

LES YEUX DOUX !

Plus "douces" sur les yeux, les lentilles souples, très confortables, sont aussi les plus portées. Par rapport à des lentilles rigides ou à une paire de lunettes, leur prix d'achat faible les rend facilement abordables. Il faut cependant y ajouter celui des produits d'entretien. Les lentilles à renouvellement mensuel, qui nécessitent peu d'entretien, reviennent moins cher que les verres de contact annuels ou bisannuels dont les produits d'entretien, plus élaborés, sont aussi plus coûteux.

Leur finesse, leur grande hydrophilie, leur diamètre supérieur à celui de la cornée leur procurent une excellente stabilité et un confort extrême. Elles permettent le maquillage dès lors qu'il est effectué après la pose des lentilles sur l'œil et que l'on se démaquille après les avoir retirées. Il existe des cosmétiques spécifiques.

En version traditionnelle, on les quitte chaque soir et leur durée de vie est de 1 à 2 ans. Il existe aujourd'hui des lentilles souples jetables en port permanent pendant 8 à 30 jours (on peut dormir avec), en port discontinu sur une durée de 1 à 3 mois ou des "lentilles d'un jour", sans entretien puisqu'on les jette chaque

soir. Il faut savoir que les lentilles jetables n'existent pas pour les fortes corrections optiques.

Principalement constituées d'eau, les lentilles souples exigent un taux de larmes suffisant et une excellente hygiène. Les complications existent. Il arrive fréquemment que les ennuis commencent au bout de 10 années de port régulier de lentilles mais il suffit peut-être, après diagnostic de l'ophtalmologiste, de procéder à une nouvelle réadaptation, avec un autre type de lentilles.



TERRALUNA

FNM/FN/Mergui

Le porteur de lentilles doit toujours avoir sur lui sa paire de lunettes, son "étui" à lentilles et du sérum physiologique ou des larmes artificielles (très pratiques sous forme de flacon à dose unique). En effet, dès qu'il ressent une sensation d'œil sec, une gêne ou une douleur, il doit impérativement quitter ses lentilles sous peine de provoquer une complication.

LENTILLES : DES HYDROPHILES QUI N'AIMENT PAS L'EAU !

Les lentilles ne doivent jamais être rincées avec l'eau du robinet, des "amibes" (organismes vivants unicellulaires des eaux douces et salées, parasites de l'humain) peuvent s'y déposer et provoquer une lésion de la cornée. Le risque est le même si l'on plonge dans l'eau avec ses lentilles.

LES LENTILLES VOLENT MAL !

L'atmosphère de l'avion assèche et irrite l'œil. Pendant toute la durée du voyage, portez vos lunettes et remettez vos verres de contact juste avant d'amorcer la descente !

Protéger ses yeux



REGARDEZ-MOI AU FOND DES YEUX !

Les grands myopes et les personnes souffrant de diabète doivent faire examiner régulièrement leur fond d'œil, pour surveiller un éventuel décollement de la rétine. Les diabétiques risquent aussi un œdème ou une hémorragie des vaisseaux rétinien. Aujourd'hui, grâce au laser, on peut éviter un décollement en le traitant préventivement. Une rétinopathie diabétique peut être stabilisée définitivement.

LES RISQUES DU SOLEIL

Le soleil est particulièrement dangereux dans les lieux à forte réverbération (mer, montagne). L'"ophtalmie des neiges" provoque une douleur intense, des larmoiements, une impression de brouillard, une gêne à la lumière ; il s'agit d'une "kératite" inflammation et ulcération de la cornée. De même que l'excès de soleil, un coup d'ongle, un herpès, une bactérie, un virus, une lentille de contact mal adaptée peuvent provoquer une kératite. Au soleil, l'œil doit être protégé par des lunettes adaptées. Les verres foncés de mauvaise qualité sont à proscrire. Les verres solaires classiques sont plus efficaces que ceux qui foncent à la lumière ou les verres correcteurs teintés. Les personnes myopes préféreront les verres marron, les hypermétrops choisiront plutôt les gris et verts. Les autres couleurs "tendance" comme le rose ou le bleu restent des accessoires de mode ! Une casquette à visière stoppe à elle seule 50 % des UV.

DEVANT L'ÉCRAN D'ORDINATEUR

Les écrans fatiguent-ils réellement nos yeux ? Regarder trop longtemps et intensément un écran d'ordinateur (ou de télévision) peut fatiguer la vue mais n'abîme pas les yeux. Cela peut révéler un défaut visuel, ou une correction inadaptée. En revanche, face à un écran, nous clignons insuffisamment des paupières et nos yeux s'assèchent. Pour un meilleur confort, il faut se tenir à une distance suffisante et penser à cligner régulièrement des paupières ou à instiller de temps à autre des larmes artificielles.

POUR LES YEUX DE BÉBÉ

Les yeux des nourrissons naissent prématurément, de trop faible poids ou dont la naissance a été difficile, ceux des bébés avec des antécédents de forte amétropie^{2 (p.9)} dans la famille doivent être suivis précocement, dès leur 9^{ème} mois, par le médecin de famille ou l'ophtalmologiste. Des consultations spécialisées avec des tests adaptés aux tout-petits existent comme, par exemple, à Lyon la consultation "bébé-vision" de l'hôpital Jules Courmont.

A sa naissance, bébé est aveugle. Les yeux sont en état de marche mais toutes les connexions avec le cerveau ne sont pas encore développées. Il faut "apprendre" à voir.



Chez le nourrisson, l'acuité visuelle n'est que de 1/10 et peut atteindre 10/10 entre 3 et 4 ans. Après, elle ne peut plus se développer, d'où l'intérêt des visites médicales à 3 ans et 5 ans dans les écoles maternelles. Il faut veiller à ce qu'elles soient bien effectuées.

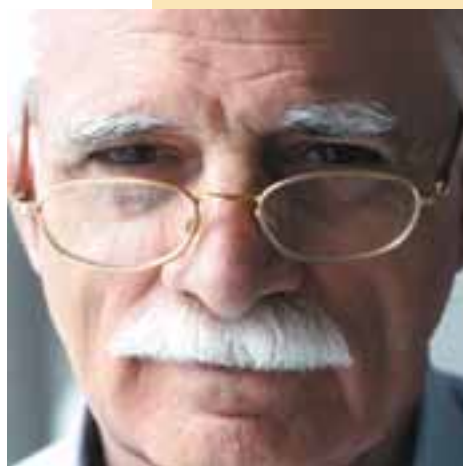
Quant à la couleur de l'iris, on ne peut la connaître vraiment qu'à partir de 6 à 8 mois.

LA PRUNELLE DE NOS YEUX

La transmission de la couleur de l'iris des yeux relève du hasard génétique. En effet, de nombreux paramètres déterminent celle-ci : mélange de pigments et taux de pigmentation. Ainsi, deux parents aux yeux brun foncé peuvent avoir un enfant aux yeux clairs.

Vieillesse des yeux : des progrès réguliers

Vous commencez à voir les visages qui vous entourent, les objets, déformés. Au centre de votre vision apparaît une tache noire persistante. Lire vous devient de plus en plus difficile. Il peut s'agir d'une maladie de la macula, partie centrale amincie et non vascularisée de la rétine (voir schéma p. 7). Les cellules nerveuses vieillissent et la macula s'atrophie progressivement. Les "dégénérescences maculaires" touchent 30 % des personnes âgées de 70 ans et plus. Par chirurgie ou par laser, on peut aujourd'hui ralentir la progression de cette maladie, sans la guérir. Une rééducation avec un orthoptiste permet de s'habituer à cette basse vision particulière.



Vous voyez soudain de brefs éclairs lumineux, des taches noires volent dans votre champ visuel. Tels sont les symptômes d'un décollement du vitré ou de la rétine qui se produit essentiellement chez les myopes, à partir de la quarantaine. On prévient aujourd'hui le décollement de rétine par photocoagulation au laser, dès l'apparition de "trous". Le décollement proprement dit nécessite une intervention chirurgicale.

De grands progrès sont enregistrés dans le dépistage du glaucome, conseillé tous les 2 ans après 45 ans. Il s'agit d'un excès de tension à l'intérieur de l'œil, qui n'a rien en commun avec la tension artérielle. La vision se rétrécit en trou de serrure. En l'absence de traitement, la personne qui en souffre peut perdre la vue. Le glaucome peut prendre la forme d'une affection aiguë très douloureuse, ou bien chronique, plus sournoise, sans aucun signe pendant de nombreuses années. D'où l'importance du dépistage. On traite le glaucome par collyre (gouttes de bêta-bloquants), laser ou chirurgie.

En vieillissant, le cristallin (voir schéma p.7) peut s'opacifier considérablement et réduire la vision, c'est la cataracte. Seule solution : se faire opérer. L'ablation du cristallin et son remplacement, aujourd'hui systématique, par un implant intra-oculaire permet à tous de retrouver une qualité de vision correcte, à condition que la rétine soit en bon état. Cette opération supprime les possibilités d'accommodation mais, à partir de 70 ans, l'œil n'a de toute façon plus cette capacité.



CREDIT PHOTOS : TERRALUNA

Pour en savoir plus

• Syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF) - 17 villa Alesia 75014 Paris - <http://www.snof.org>

• Institut de recherches cliniques et biomédicales sur la vision - Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts - 28 rue de Charenton - 75571 Paris cedex 12

• Retina France AFRP (Association française Retinitis Pigmentosa) - 2 chemin Cabrial - 31770 Colomiers - 05 61 78 91 00

• Banque française des yeux
6 quai des Célestins - 75004 Paris
01 42 77 19 21
ou au niveau départemental
France Adot - Association pour le don d'organes et tissus humains.

• Association nationale pour l'amélioration de la vue (ASNAV) - 185 rue de Bercy - 75012 Paris - 01 43 46 27 65

• Comité de lutte contre le glaucome - 7 rue Pierre Larousse - 75014 Paris - 01 40 52 34 20

• Association de réinsertion des aveugles et malvoyants (ARAMAV) - 12 chemin du Belvédère - 30900 Nîmes - 04 66 23 48 55