

# Le Bulletin

ARIBa

Association Représentative des Initiatives en Basse vision

N°4

## Editorial

### Vers une standardisation de notre langage et une évaluation de notre pratique ?

Comme l'expliquait Christian Corbé dans l'éditorial de notre dernier bulletin, les premières années de l'ARIBa nous semblent avoir rempli les premiers objectifs que nous nous étions tous fixés. En particulier, notre organisation a été capable de : « réunir les personnes et groupes de personnes impliqués dans la rééducation visuelle », comme nos statuts le suggéraient. On demeure cependant frappé par la diversité des interventions à nos différentes réunions scientifiques, diversité dont notre bulletin se fait l'écho. L'origine professionnelle variée de nos adhérents et la grande diversité clinique de nos patients malvoyants en sont certainement à l'origine.

Cependant, comme toute discipline, la rééducation des basses visions doit être évaluée. Cette évaluation est nécessaire pour prouver l'efficacité des techniques mises en œuvre au cours de la rééducation et sélectionner les meilleures d'entre elles ; elle répond également à une nécessité économique. L'évaluation de notre discipline est

cependant difficile. En effet, comment apprécier la fonction visuelle de l'enfant ou de l'adulte malvoyant ? Quelle échelle de lecture de près doit-on utiliser ? Comment mesurer la surface de vision et quelle importance attacher à cette notion ? Comment mesurer la qualité de vie ? Enfin, comment standardiser le recueil des données cliniques du patient malvoyant ?

Le conseil d'administration de l'ARIBA a décidé de faire de ces problèmes de standardisation et de normalisation sa priorité pour les deux années à venir. L'aide de chacun est nécessaire pour ce travail de fond qui devrait, nous l'espérons, nous permettre dans un premier temps de parler le même langage, puis d'évaluer de façon plus précise la fonction visuelle de nos patients et l'évolution de cette fonction visuelle en cours de rééducation.

En mon nom et au nom de tous les membres de l'ARIBa, j'exprime ma profonde gratitude à l'Institut IPSEN qui assume la lourde tâche d'éditer notre bulletin.

Salomon-Yves COHEN

## Sommaire

**Les patients malvoyants et leurs droits. Les patients atteints de cécité et leurs droits .....p.2**

X. Zanlonghi, N. Prigent, L. Avital

**La prismation : nouvelle approche thérapeutique des basses visions d'origine maculaire .....p.13**

T. Bertrand, H. Junginger, J.P. Romanet, M. Mouillon

**Prescription médicale et financement de l'achat des aides visuelles optiques dans le cadre d'une rééducation basse vision à l'institut Aramav de Nîmes .....p.17**

M. Depaule, D. Dupleix, C. Pourkat

**Malvoyance de l'adulte et rééducation : résultats du CRPM .....p.20**

M. Meyer, J-P. Boissin, C. Chambet, P. Ronzel et coll.

Bureau de l'ARIBa

Christian Corbé  
*Président*

Jean -Paul Boissin  
Gérard Dupeyron  
Hugues Poullet  
*Vice-Présidents*

Salomon-Yves Cohen  
Xavier Zanlonghi  
*Secrétaires*

Bruno Delhoste  
*Trésorier*

Conseil  
d'administration

Christine Aktouche

Michel Algan

Bernard Arnaud

Georges Challe

Gabriel Coscas

Myriam Dugay

Dominique Martin

Jean Mergier

Martine Meyer

Odile Pataut-Renard

Claude Pourkat

Avinaam Safran

François Vital-Durand

# Les patients malvoyants et leurs droits

## Les patients atteints de cécité et leurs droits

**X. ZANLONGHI, N. PRIGENT, L. AVITAL**  
Centre Basse-Vision, Clinique Sourdille,  
3 place Anatole France, 44046 Nantes cedex 1

### Définitions du handicap visuel en France

Les définitions du handicap visuel en France ne s'appuient ni sur les définitions de l'O.M.S., ni sur les conceptions modernes « incapacité, désavantage ». Elles restent essentiellement centrées sur les notions de diagnostic et de déficience.

#### Les moins de 20 ans

Les services externes (SAAAIS, SAFEP, SESSAD...) et les établissements pour malvoyants et aveugles peuvent prendre en charge un enfant si l'acuité visuelle du meilleur œil est inférieure ou égale à 4/10. Il existe des tolérances pour des acuités visuelles supérieures à 4/10 si d'autres atteintes visuelles sont présentes, par exemple un champ visuel tubulaire, ou s'il existe des handicaps associés, voire parfois pour des problèmes sociaux majeurs.

Les **commissions départementales d'éducation spéciale (CDES ; loi de 1975)** appliquent le nouveau Guide-Barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées (décret du 4 novembre 1993) (1). Ce Guide-Barème est très mal adapté aux jeunes enfants. En effet, les mesures « officielles » d'acuité visuelle doivent être effectuées en monoculaire avec l'échelle de MONOYER pour l'acuité visuelle de loin et avec l'échelle de PARINAUD pour l'acuité visuelle de près. Deux valeurs d'acuité visuelle sont cependant importantes à retenir : 1/10 et strictement inférieur à 1/20

#### De 20 à 60 ans

Les **Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP ; loi de 1975)** appliquent également le nouveau Guide-Barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées (décret de 1993). Ce guide est assez complet. Il manque cependant la cécité nocturne, les troubles de

lecture...

Deux valeurs d'acuité visuelle sont importantes à retenir : 1/10 et strictement inférieur à 1/20

#### Les plus de 60 ans

Le handicap visuel de la personne âgée relève également de la COTOREP. Trop peu de nos patients âgés entreprennent des démarches auprès de la COTOREP.

Par contre, pour bénéficier de la prestation spécifique dépendance (PSD) instituée par la loi 97-60 du 24 janvier 1997 (2), il n'est pas obligatoire de passer par la COTOREP. Il faut remplir des conditions médico-sociales de dépendance définies par une grille appelée grille AGGIR (VETEL 1994, VEGAS 1995). La demande est à adresser au service social du conseil général du département d'habitation. Cette PSD se substitue à l'allocation compensatrice de tierce personne pour les personnes de plus de 60 ans. La PSD est une prestation en nature destinée à participer au financement d'aides à la personne âgée dépendante. La PSD n'est pas un complément de ressources. Elle est accordée soit pour faciliter le maintien à domicile, soit pour permettre à la personne âgée dépendante de financer ses frais de séjour en établissement ou en famille d'accueil agréée.

#### Particularités des déficiences sensorielles

Pour les déficiences sensorielles, l'appréciation du taux médical d'incapacité repose sur la mesure des déficiences ; elle pourra cependant être pondérée par l'appréciation des incapacités (6).

La prestation spécifique dépendance n'est pas accordée en fonction d'une déficience visuelle mais en terme de « dépendance ». Il s'agit d'un changement très important d'appréciation d'un handicap sensoriel qui ne va pas sans poser de nombreux problèmes pratiques (7). En effet, quelles sont les relations entre une dépendance et une déficience sensorielle visuelle ?

#### La mesure de l'acuité visuelle

Les normes anglo-saxonnes et certains textes français préconisent :

- l'utilisation d'échelle d'acuité visuelle de loin et de lecture en progression logarithmique,
- une distance de 4 mètres pour la vision de loin et de 40 cm pour la vision de près.

Cependant, le texte du Guide-Barème de 1993 préconise la distance de 5 mètres en vision de loin et la distance de 40 cm en vision de près.

Les définitions de la déficience visuelle sont sujettes à discussion. Plus précisément, l'acuité visuelle maximale admise au titre de « quasi-cécité » et de « cécité

professionnelle » est de 1/20 sur un œil et strictement inférieure à 1/20 sur l'autre œil.  
La notation de l'acuité visuelle doit donc être en notation

décimale (/10) en vision de loin et en Parinaud en vision de près. Si vous utilisez une notation différente (cycles par degré, logmar, score ETDRS, snellen...) il vous appartiendra

TABLE DE CORRESPONDANCE ENTRE LES DIFFÉRENTES NOTATIONS DE L'ACUITÉ VISUELLE DE LOIN									
A = angle visuel ou Angle de Résolution Minimum (ARM - MAR) en minutes d'arc (') (1)	valeur Log MAR(1)	notation Monoyer (2)	fraction décimale (3)	notation de Snellen distance de mesure à :				score ETDRS	notation en cycles par degré (réseaux sinusoidaux de luminance)
notation indépendante de la distance				notation dépendante de la distance				notation indépendante de la distance	
				4 mètres	5 mètres	6 mètres	20 pieds		
120	+ 2,1	1/120	0,008	4/480		6/720	20/2400		0,25
100	+ 2	1/100 (CLD à 30 cm)	0,010	4/400	5/500	6/600	20/2000		0,3
80	+ 1,9	1/80	0,0125	4/320	5/400	6/480	20/1600		0,375
60	+ 1,8	1/60	0,016	4/240	5/300	6/360	20/1200		0,5
50	+ 1,7	1/50 (CLD à 1 m)	0,020	4/200	5/250	6/300	20/1000		0,6
40	+ 1,6	1/40	0,025	4/160	5/200	6/240	20/800	5	0,75
30	+ 1,5	1/30	0,033	4/120	5/150	6/180	20/600	10	1
25	+ 1,4	1/25	0,04	4/100	5/125	6/150	20/500	15	1,2
20	+ 1,3	1/20	0,05	4/80	5/100	6/120	20/400	20	1,5
16	+ 1,2	1/16	0,063 (0,06)	4/63	5/80	6/95	20/320	25	1,88
12,50	+ 1,1	1/12	0,08	4/50	5/63	6/75	20/250	30	2,4
10	+ 1	1/10	0,10	4/40	5/50	6/60	20/200	35	3
8	+ 0,9	1,25/10	0,125	4/32	5/40	6/48	20/160	40	3,75
6,30	+ 0,8	1,6/10	0,16	4/25	5/32	6/38	20/125	45	4,8
5	+ 0,7	2/10	0,20	4/20	5/25	6/30	20/100	50	6
4	+ 0,6	2,5/10	0,25	4/16	5/20	6/24	20/80	55	7,5
3,20	+ 0,5	3,2/10	0,32 (0,3)	4/12,5	5/16	6/19	20/63	60	9,4
2,50	+ 0,4	4/10	0,40	4/10	5/12,5	6/15	20/50	65	12
2	+ 0,3	5/10	0,50	4/8	5/10	6/12	20/40	70	15
1,60	+ 0,2	6,3/10	0,63 (0,6)	4/6,3	5/8	6/9,5	20/32	75	18,75
1,25	+ 0,1	8/10	0,80	4/5	5/6,3	6/7,5	20/25	80	24
1	0	10/10	1	4/4	5/5	6/6	20/20	85	30
0,80	- 0,1	12,5/10	1,25	4/3,2	5/4	6/4,8	20/16	90	37,5
0,63	- 0,2	16/10	1,6	4/2,5	5/3,2	6/3,8	20/12,5	95	48
0,50	- 0,3	20/10	2	4/2	5/2,5	6/3	20/10	100	60

Œil Droit Œil Gauche	10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	<1/20	cécité totale
10/10...	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
9/10...	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	26
8/10	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
7/10	1	2	3	4	5	6	7	10	16	22	25	28	30
6/10	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35
5/10	3	4	5	6	7	10	15	20	25	30	35	40	50
4/10	4	5	6	7	9	15	30	35	40	45	50	55	60
3/10	7	8	9	10	12	20	35	50	55	60	65	68	70
2/10	12	14	15	16	18	25	40	55	70	72	75	80	82
1/10	16	18	20	22	25	30	45	60	72	80	82	83	84
1/20	20	21	23	25	29	35	50	65	75	82	85	87	88
<1/20	23	24	25	28	32	40	55	68	80	83	87	90	92
cécité totale	25	26	28	30	35	50	60	70	82	84	88	92	95

de fournir une table de correspondance (ZANLONGHI 1998).

Tableau du Guide-Barème de 1993 :

diminution de l'acuité visuelle de loin en monoculaire (échelle de Monoyer à 5 mètres). Le chiffre à l'intersection d'une ligne et

Œil Droit Œil Gauche	P1,5	P2	P3	P4	P5	P6	P8	P14	P20	<P20	0
P1,5	0	0	2	3	6	8	10	16	20	23	25
P2	0	0	4	5	8	10	14	18	22	25	28
P3	2	4	8	9	12	16	20	25	28	32	35
P4	3	5	9	11	15	20	25	30	36	40	42
P5	6	8	12	15	20	25	30	36	42	46	50
P6	8	10	16	20	26	30	32	42	46	50	55
P8	10	14	20	25	30	32	40	52	58	62	65
P10	16	18	25	30	36	42	52	65	70	72	76
P20	20	22	28	36	42	46	58	70	75	80	85
<P20	23	25	32	40	46	50	62	72	80	85	90
0	25	28	35	42	50	55	65	76	85	90	95

d'une colonne donne le taux médical d'incapacité pour la mesure considérée (ici l'acuité visuelle de loin).

Tableau du Guide-Barème de 1993 :

diminution de l'acuité visuelle de près en monoculaire (échelle de Parinaud mesurée à une distance de lecture de 40 cm). Le chiffre à l'intersection d'une ligne et d'une colonne donne le taux médical d'incapacité pour la mesure considérée (ici l'acuité

visuelle de près).

## La mesure du champ visuel

Les normes anglo-saxonnes et le Guide-Barème de 1993 français préconisent une méthode de pondération des déficits en champs visuels datant de 1968 (ESTERMAN 1983). Elle a été développée afin de permettre l'évaluation quantitative de l'incidence d'une atteinte pathologique sur la vie quotidienne du patient malvoyant (FOELS 1989).

En pratique, il convient :

- d'utiliser un Goldmann manuel ou un appareil de champ visuel semi-automatique avec des index III/4 et en binoculaire.
- de calculer le score d'ESTERMAN soit par superposition au tracé de Goldmann d'une grille d'évaluation de type ESTERMAN binoculaire, soit obtenu automatiquement sur certains appareils de champ visuel comme le Moniteur Ophtalmologique (SANDER 1996).

La grille de pondération est publiée dans le décret de 1993.

## **Dépendance - Malvoyance - Cécité**

### **Qu'est-ce que la grille AGGIR (VETEL 1994) ?**

AGGIR est un modèle qui permet d'évaluer l'expression de l'autonomie grâce à l'observation des activités effectuées seules par la personne âgée et de définir, en fonction de la perte d'autonomie, un groupe iso-ressources.

Pour évaluer une autonomie, il faut bien prendre soin de séparer ce que fait la personne âgée et ce que font les aidants ou les soignants. Le modèle AGGIR considère que les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne : lunettes, aides visuelles, fauteuil roulant...

AGGIR comporte 10 variables discriminantes de la perte d'autonomie qui sont les suivantes :

- Cohérence : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée ;
- Orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux ;
- Toilette du haut et du bas du corps : assurer son hygiène corporelle ;
- Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter ;
- Alimentation : se servir et manger les aliments préparés ;
- Elimination urinaire et fécale : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale ;
- Transferts : se lever, se coucher, s'asseoir ;
- Déplacements à l'intérieur : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant ;
- Déplacements à l'extérieur : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport ;
- Communication à distance : utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette.

Chaque variable a trois modalités :

- A : fait seul, totalement, habituellement et correctement ;
- B : fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement ;
- C : ne fait pas.

A partir de l'étude statistique des 10 variables ci-dessus, ont été élaborés 6 groupes iso-ressources représentatifs d'une mobilisation de moyens en personnel soignant, significativement proches par rapport au niveau de dépendance des personnes âgées :

- le groupe 1 comprend des personnes ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale ;
- le groupe 2 comprend soit des grabataires lucides, soit des déments déambulants ou les détériorés mentaux graves ;
- le groupe 3 comprend des personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour, des aides pour leur autonomie corporelle ;
- il existe également un groupe 4, un groupe 5, un groupe 6.

### **Conséquence de l'application la Prestation**

### **Spécifique Dépendance (PSD) sur les malvoyants et nonvoyants de plus de 60 ans**

Seuls les patients relevant des groupe 1, 2 et 3 peuvent prétendre à la PSD. Or, aucune des 10 variables discriminantes de la perte d'autonomie ne concerne une déficience visuelle grave ou une cécité.

Un aveugle sans autre handicap associé n'est pas considéré comme relevant du groupe 3. Il n'est pas considéré comme dépendant.

## **Rôle des CDES, des COTOREP, du Conseil Général**

### **Les Commissions Départementales d'Education Spéciale (CDES) (décret de 1975 et circulaire de 1976) sont chargées :**

- de l'orientation des enfants et des adolescents handicapés visuels de 0 à 20 ans,
- du calcul du taux d'invalidité et de l'attribution de la carte d'invalidité,
- de l'orientation scolaire pré-professionnelle et, le cas échéant, du placement (attention, la décision peut être imposée aux parents),
- de l'attribution de l'allocation d'éducation spéciale (AES),
- de la proposition de bourses d'enseignement d'appoint et d'adaptation.

Le handicap doit être chronique et deux chiffres clés de taux médical d'incapacité sont importants :

- 50 %
- 80 %

### **Les Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP ; loi de 1975)**

#### **■ première section**

La première section apprécie la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et l'incidence du handicap sur la vie professionnelle :

- catégorie A : handicap professionnel dont le caractère léger ou temporaire permet d'escompter une adaptation satisfaisante au travail dans un délai maximum de 2 ans ;
- catégorie B : handicap professionnel modéré et durable entraînant une limitation permanente de l'adaptation professionnelle ;
- catégorie C : handicap grave et définitif nécessitant un aménagement important du poste de travail.

Les décisions et propositions d'orientation ont pour but d'aider la personne en situation de handicap à garder son emploi ou à obtenir un emploi dans le milieu normal, ou dans le milieu protégé du travail.

#### **■ deuxième section**

La deuxième section intervient dans le domaine du handicap

et de la vie sociale. Ses décisions ont pour but de permettre à la personne dont le taux d'invalidité est reconnu égal ou supérieur à 80 % (selon le barème du 4/11/93) de prétendre à des aides à caractère social.

- la **deuxième section** détermine :  
le taux médical d'incapacité ;

- la **deuxième section** apprécie si l'état de la personne justifie :  
l'attribution de la carte d'invalidité,  
l'attribution d'allocations (AAH, compensatrice),  
l'attribution du macaron « grand invalide civil » ;

- la **deuxième section** statue sur une orientation vers des hébergements ou des établissements pour les personnes lourdement handicapées (CAT) ;

- deux valeurs clés de taux médical d'incapacité sont importantes :  
- 50 %  
- 80 %

Pour le patient, cela se traduit souvent par deux dossiers à ouvrir en même temps (un dossier auprès de la première section et un autre auprès de la deuxième section) et une grande patience, les délais d'instruction des dossiers allant de 2 mois à parfois plus de 8 mois.

## Rôle du Conseil Général - les Directions des Interventions Sanitaires et Sociales - Prestation Spécifique Dépendance (DISS ; loi du 24 janvier 1997)

La loi du 24 janvier 97 (2, 7) revient à mettre en place une nouvelle prestation dont la gestion est confiée aux départements, loi de décentralisation oblige. En pratique, c'est la DISS du département qui instruit le dossier de demande de PSD. Malheureusement, chaque département édite ses documents, en particulier chaque département édite un modèle de certificat médical. Par exemple, en Loire-Atlantique, deux questions seulement concernent le handicap visuel :

- « Vision : Port de verres correcteurs OUI /NON » ;  
- « Baisse de l'acuité visuelle gênante OUI/ NON en quoi : lecture, TV, toilette, repas » ;

Ce qui paraît aberrant, c'est que les réponses ne soient pas remplies par un professionnel du handicap visuel. Il n'est même pas demandé de certificat ophtalmologique détaillant l'acuité visuelle, le champ visuel binoculaire ou la liste des aides techniques indispensables pour avoir une certaine autonomie (loupe, canne blanche, ...), et encore moins de bilan orthoptique de type basse-vision.

## La carte d'invalidité

### Généralités

Peuvent prétendre (12, 13, 14) à une carte d'invalidité toutes les personnes, enfants ou adultes, dont le taux médical d'incapacité permanente est au moins de 80 % en raison d'un ou de plusieurs handicaps.

Le dépôt de la demande doit être effectué, pour les moins de 20 ans, auprès de la CDES du département du domicile du patient et pour les plus de 20 ans auprès de la COTOREP du département du domicile du patient.

La COTOREP remet trois documents au patient :

- une déclaration de ressources,
- un dossier technique ; aide souhaitées...,
- un certificat médical à faire remplir par le médecin généraliste, accompagné d'un certificat médical d'un ophtalmologiste. Ce certificat est très important.

Des mentions supplémentaires peuvent être ajoutées sur la carte d'invalidité :

- station debout pénible,
- canne blanche si l'acuité visuelle est au plus égale à 1/10 (décret du 4 novembre 1993),
- cécité (étoile verte) si l'acuité visuelle est strictement inférieure à 1/20 (décret du 4 novembre 1993),
- tierce personne lorsque la personne handicapée est reconnue dans l'obligation d'avoir recours à l'aide d'un tiers pour effectuer les actes essentiels de l'existence,
- exonération de la vignette automobile.

Les avantages sociaux liés à la carte d'invalidité : article 173 et 174 du code de la famille et de l'aide sociale sont :

- l'obtention d'avantages fiscaux (article 195-196 du code général des impôts),
- la mention « station debout pénible » et la mention « cécité » pouvant faire bénéficier de la gratuité des transports en commun dans certaines villes, des places prioritaires ou du surclassement (SNCF),
- l'attribution du macaron « grand invalide civil » (GIC), accordé si l'autonomie est réduite et si une tierce personne accompagnante est nécessaire (décret 90.1083 du 3/12/90),
- l'exonération de la vignette automobile si la mention « station debout pénible », « cécité » ou « canne blanche » est mentionnée,
- l'exonération de la redevance télévision (selon ressources (15)),
- des allocations diverses (AES, AAH, compensatrice).

D'autres avantages sociaux liés à la carte d'invalidité ne doivent pas être oubliés :

- la prise en charge possible de certains frais de transport (par exemple pour aller à l'école),
- lors des examens scolaires et universitaires, la possibilité d'obtenir un tiers temps supplémentaire, des adaptations (aides techniques autorisées, documents agrandis, en braille, présence d'un lecteur...),
- l'exonération de la taxe d'habitation pour les invalides (15, 16).

Pour les personnes handicapées de plus de 60 ans, la demande de PSD auprès du Conseil Général est



de la demande de carte d'invalidité. Il est prévu que si la COTOREP s'aperçoit que la demande de prestation sociale relève plutôt de la notion de dépendance, elle transmet le dossier administratif à la DISS mais elle redonne les éléments médicaux à l'organisme d'incapacité.

### **Les certificats médicaux pour malvoyance ou cécité destinés aux CDES et aux COTOREP**

Lors d'une première demande de carte d'invalidité, votre patient réclamera un certificat médical ophtalmologique. Pour éviter les multiples contestations engendrées par certains certificats, il faut au minimum noter :

- l'acuité visuelle de loin œil par œil avec la correction optique habituelle. Il est souhaitable de préciser, le cas échéant, que l'acuité visuelle est strictement inférieure à 1/20, strictement inférieure à 1/10 et en aucun cas d'écrire 1/20 faible ou 1/10 faible,
- l'acuité visuelle de près œil par œil avec la correction optique habituelle à une distance de lecture de 40 cm (en excluant bien sûr les aides visuelles dès lors qu'elles dépassent en puissance + 3,5 dioptries),
- chez l'adolescent et l'adulte un champ visuel Goldmann en binoculaire avec les index III/4 doit être joint,
- le cas échéant, il faut préciser que **l'affection est non améliorable par un traitement médical ou chirurgical et que l'affection est susceptible d'aggravation et d'une durée prévisible supérieure à 1 an,**
- enfin, il faut toujours préciser toutes les autres anomalies ophtalmologiques : cécité nocturne, nystagmus, cécité des couleurs, éblouissement, gêne à la lecture, gêne à la déambulation...

En cas de refus de la CDES ou de la COTOREP d'accorder un taux de 80 % alors que vous pensez que votre patient y a droit, surtout s'il s'agit d'une pathologie que vous savez évolutive, il est nettement plus rapide de refaire un certificat ophtalmologique et de demander à votre patient de déposer un nouveau dossier pour une **aggravation de l'état visuel**. En effet, un recours contre la première décision peut prendre plusieurs années.

### **Le calcul du taux médical d'incapacité est du ressort des CDES et des COTOREP**

Dans certains cas (contre-expertise demandée soit par le patient, soit par l'organisme payeur des prestations sociales), vous pouvez estimer le taux médical d'incapacité d'un patient. Il vous faut connaître l'histoire médicale complète de votre patient.

Vous devez connaître le nouveau Guide-Barème de 1993 et surtout ses interprétations qui peuvent varier d'une COTOREP à une autre, tout particulièrement lorsqu'il existe des déficiences multiples. Il est alors possible d'appliquer la règle de Balthazar. Pour des détails, il faut consulter les circulaires d'applications publiées avec le nouveau Guide-Barème de 1993 (6).

### **Les certificats médicaux concernant**

## **la prestation spécifique dépendance destinés à la DISS**

Chaque Conseil Général édite son modèle de dossier. Lors d'une première demande de PSD, un dossier social (adresse, environnement du patient, revenu...) et un certificat médical non ophtalmologique doivent être adressés à la DISS du département.

## **L'invalidité "Sécurité Sociale" (17)**

### **■ Définition**

L'invalidité est la perte de la capacité de travail ou de gain mettant le sujet hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale correspondant à l'emploi qu'il occupait avant la date de l'arrêt de travail ayant entraîné l'état d'invalidité.

### **■ Conditions d'accès**

La perte de la capacité de travail ou de gain doit être due à une maladie ou à un accident non professionnel. Le travailleur doit être âgé de moins de 60 ans, être immatriculé depuis 12 mois au premier jour du mois au cours duquel débute l'affection invalidante et justifier d'un minimum d'heures de travail.

### **■ Fonctionnement**

L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la « capacité de travail restante », de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle (art. L341.3 du code de la séc. soc.).

L'état d'invalidité intervient :

- en relais de l'assurance maladie (en général au bout de 3 ans de versements d'indemnités journalières - notion de prestations en espèces -),
- lors de la constatation médicale d'une « usure prématurée de l'organisme ».

La demande est faite soit par la caisse, soit par le salarié (avec appui du médecin traitant ou de l'ophtalmologiste traitant). L'évaluation de l'importance de l'invalidité est de la responsabilité du médecin conseil de l'organisme d'assurance maladie. Le classement se fait en 3 catégories :

- catégorie 1 : l'invalidé est capable d'exercer une activité rémunérée au tiers de ses capacités antérieures,
- catégorie 2 : l'invalidé est absolument incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque,
- catégorie 3 : l'invalidé est absolument incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque et est, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

### **■ Le rôle du médecin du travail**

Il détermine l'aptitude au poste, lors de la reprise du travail à temps partiel du salarié, en invalidité 1<sup>ère</sup> catégorie ou, sous certaines conditions du salarié, en invalidité 2<sup>ème</sup> catégorie.

Attention à bien différencier la notion d'invalidité reconnue par l'organisme d'assurance maladie et l'aptitude à un poste de travail formulée par le médecin du travail.

#### ■ Aspect financier au 1/07/96

Catégorie 1 : 30 % du salaire annuel moyen (max : 4.062 F par mois, mini : 1.477,91 F par mois).

Catégorie 2 : 50 % du salaire annuel moyen (max : 6.770 F par mois, mini : 1.477,91 F par mois).

Catégorie 3 : égale à la catégorie 2 majorée forfaitairement de 5.530,19 F par mois pour l'assistance d'un tiers.

Possibilité de complément par les caisses de prévoyance en fonction des contrats passés.

#### ■ Conséquences pratiques pour le patient malvoyant ou aveugle

- Remboursement des soins à 100 %,
- Allocation du fonds spécial d'invalidité (FSI) sous certaines conditions.

#### ■ Attention

La « pension d'invalidité », évaluée par le médecin conseil de l'organisme d'assurance maladie, est le plus souvent attribuée en relais des prestations en espèces, à l'expiration de la période indemnisable.

L'invalidité n'est jamais définitive et le classement peut être révisé en fonction de l'évolution de l'état de santé et de la possibilité de reprendre une activité professionnelle, à la demande de l'assuré ou à l'initiative de l'organisme de couverture sociale.

La pension peut être suspendue lorsque le salarié retrouve un emploi, sans pour autant être supprimée.

## Prestations sociales accordées aux handicapés visuels

### L'Allocation d'Éducation Spéciale (AES) destinée aux parents d'enfant déficient visuel (12, 13, 14)

Ouvrent droit à l'**allocation d'éducation spéciale** (AES) :

- l'enfant dont le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 80 %,
- l'enfant dont le taux d'incapacité permanente, inférieur à 80 %, est égal ou supérieur à 50 % si :
  - il fréquente un établissement d'éducation spéciale ou
  - s'il a recours à une éducation spéciale, à une rééducation ou à des soins à pratiquer au titre de l'éducation spéciale dispensés notamment en établissements de soins ou en établissements scolaires ordinaires par un service de

soins à domicile ou en cure ambulatoire.

D'autre part, peut bénéficier d'un **complément d'allocation spéciale** l'enfant qui, en raison de son handicap, doit avoir recours pour les actes ordinaires de la vie à l'aide d'une tierce personne ou qui expose la personne qui en a la charge à des dépenses particulièrement coûteuses. Suivant la permanence de l'aide nécessaire et l'importance des dépenses supplémentaires engagées, la pathologie de l'enfant ouvre droit à un complément de première ou deuxième catégorie. Est exclu du droit à l'allocation d'éducation spéciale et à son complément l'enfant placé dans un établissement en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'état ou l'aide sociale.

Mais il appartient aux membres de la commission d'apprécier au cas par cas si l'affection dont souffre l'enfant entraîne pour lui-même un handicap sérieux ou pour sa famille des sujétions ou dépenses importantes non prises en charge. En fonction de ces facteurs, la CDES fixe, s'il y a lieu, un taux d'incapacité permanente. Le caractère permanent du handicap est considéré comme acquis dès lors que ce handicap, même évolutif, persistera au moins un an, durée d'attribution minimale de l'allocation.

En revanche, dans la mesure où la CDES prévoit que le handicap devra persister moins d'un an, elle considérera que l'incapacité de l'enfant est une incapacité temporaire et devra donc lui refuser l'allocation d'éducation spéciale.

**CE QUE LES PARENTS D'ENFANTS HANDICAPES VISUELS PEUVENT PERCEVOIR** depuis le 1/1/98 sans condition de ressources :

- AES = 682 F / mois

S'y ajoutent éventuellement :

- complément première catégorie soit 512 F / mois
- complément deuxième catégorie soit 1.535 F / mois
- complément troisième catégorie soit 5.658 F / mois (le montant correspond au montant de la Majoration pour Tierce Personne MTP)

## Les majorations de bourses d'études

Il existe diverses possibilités d'obtenir des bourses en vue de permettre de suivre des études primaires, secondaires et supérieures (18). La plupart de ces bourses prévoient des majorations spéciales pour les élèves ou étudiants handicapés.

## Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)

Créée en 1975, l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) est destinée aux **personnes handicapées adultes de plus de 20 ans aux revenus modestes** (12, 13, 14, 19, 20).

Ce n'est pas une prestation familiale. Elle est accordée sous conditions de ressources par la COTOREP. Depuis le 1/7/1994, un complément d'allocation peut être versé à la personne handicapée vivant chez elle destiné à compenser les dépenses occasionnées par les adaptations supplémentaires de vie à domicile.



Pour avoir droit à l'AAH, l'adulte doit avoir :

- une incapacité permanente égale ou supérieure à 80 %,
- ou bien présenter une incapacité permanente inférieure à 80 %, et égale ou supérieure à 50 %, le travailleur étant également reconnu dans l'incapacité de travailler (catégorie A, B ou C).

La demande est adressée à la COTOREP qui décidera de l'attribution et qui fixera la période pendant laquelle l'AAH sera attribuée (au moins égale à un an et au plus à cinq ou dix ans). La demande peut être également faite auprès de la Caisse d'Allocations Familiales ou de la Mutualité Sociale Agricole qui transmettra la demande à la COTOREP.

Le versement de l'AAH est fait mensuellement, et à terme échu, par la Caisse d'Allocation Familiale ou la Mutualité Sociale Agricole.

L'attribution de l'AAH entraîne l'affiliation gratuite et automatique au régime général de la sécurité sociale.

L'AAH n'est pas imposable au titre de l'impôt sur le revenu. Elle est incessible et insaisissable.

**CE QUE VOS PATIENTS MALVOYANTS OU NON VOYANTS, SANS AUCUNE AUTRE RESSOURCE, PEUVENT PERCEVOIR DEPUIS LE 1/1/1998 :**

attention, il y a des conditions de ressources et l'impossibilité de cumul avec certaines autres pensions (vieillesse ou invalidité) rendant le calcul du montant versé très complexe.

AAH au taux plein = 3.470,91 F / mois

s'y ajoutent éventuellement :  
complément d'allocation aux adultes handicapés (cf. ci-dessous) soit 555 F / mois

## **Le Complément d'Allocation aux Adultes Handicapés (21)**

Institué par la loi du 18 janvier 1994, le Complément d'Allocation aux Adultes Handicapés est destiné à favoriser le maintien à domicile des personnes handicapées.

L'objectif est de couvrir, pour partie au moins, les dépenses supplémentaires qu'entraîne l'adaptation d'un logement indépendant, permettant une vie autonome à domicile. Cette allocation n'a aucun rapport avec l'AAH.

Le complément d'allocation aux adultes handicapés est versé par l'organisme débiteur de l'AAH, le plus souvent il s'agit de la caisse d'allocations familiales.

## **Les différentes allocations compensatrices**

### **■ Allocation compensatrice pour tierce personne**

Elle est destinée à compenser, pour les personnes handicapées de moins de 60 ans, les frais supplémentaires occasionnés par l'assistance d'une tierce personne pour les

actes essentiels de l'existence (se coucher, se lever, se mouvoir, s'alimenter, faire sa toilette).

Les multiples actes quotidiens rendus impossibles ou difficiles par une cécité (acuité visuelle inférieure à 1/20) ne sont pas considérés comme des actes essentiels de l'existence. Aucun item en rapport avec la vision n'existe dans l'**allocation spécifique dépendance (PSD) pour personnes de plus de 60 ans mise en place en janvier 1997**. La grille de dépendance AGGIR, qui permettra de calculer un taux de dépendance sur lequel sera basé l'allocation dépendance, ignore la cécité (VETEL 1994).

L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) est destinée à favoriser l'intervention d'une tierce personne. Pour qu'elle soit attribuée, cette intervention doit être effective. Des contrôles à domicile sont effectués, entraînant de multiples contestations de la part des patients malvoyants ou en état de cécité. Ces contrôles sont justifiés si l'ACTP est accordée à un taux de 80 %. Par contre, si l'ACTP est allouée à un taux compris entre 40 et 70 %, les personnes handicapées sont seulement tenues de fournir une déclaration indiquant l'adresse et l'identité de la personne qui leur apporte l'aide exigée par leur état (réponse ministérielle parue au JO AN du 10/11/97 (p 3.963) (22)).

L'Allocation Compensatrice est attribué par l'Aide Sociale du département (Conseil Général). En fait, c'est la DISS qui gère le dossier. Votre patient dépose sa demande auprès de la DISS ou du Service d'Action Sociale de la CPAM ou auprès de la COTOREP.

Pour avoir droit à l'Allocation Compensatrice pour tierce personne,

- l'adulte doit avoir une incapacité permanente égale ou supérieure à 80 %,
- l'adulte doit présenter un état de santé exigeant l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie,
- l'adulte ne doit pas avoir de ressources supérieures à un plafond.

**CE QUE VOS PATIENTS, SANS AUCUNE AUTRE RESSOURCE, PEUVENT PERCEVOIR DEPUIS LE 1/1/1998 :**

attention, il y a des conditions de ressources et l'impossibilité de cumul avec d'autres allocations rendant le calcul du montant versé complexe.

Le montant de l'Allocation Compensatrice pour tierce personne au taux plein se situe entre 2.263,25F F / mois et 4.526,20 F / mois ( 40 % à 80 % de la MTP).

S'y ajoute éventuellement un complément d'allocation de 555 F / mois.

### **■ Allocation compensatrice pour cécité**

ATTENTION : L'ALLOCATION COMPENSATRICE POUR CECITE N'EST PAS L'ALLOCATION COMPENSATRICE ATTRIBUEE POUR LES HANDICAPS NON VISUELS. Il s'agit d'une exception confirmée par une réponse

ministérielle de Madame Simone Veil en 1994 (23).

### **Pour un malvoyant, il n'est pas nécessaire de justifier le recours à une tierce personne pour continuer à recevoir l'allocation compensatrice pour cécité.**

Depuis la parution du décret 95-91 du 24 janvier 1995 « relatif aux modalités de contrôle de l'utilisation de l'allocation compensatrice accordée aux handicapés dont l'état nécessite l'aide effective d'une tierce personne » et modifiant le décret n° 77.1549 du 31 décembre 1977, les COTOREP abusent de ce nouveau texte pour remettre en cause l'attribution de l'allocation compensatrice pour cécité. En fait, ce décret modifie **l'article 5** du décret de 1977. **Il ne modifie en rien l'article 6** qui reste toujours valable pour les personnes atteintes de cécité et les dispense expressément de faire la preuve de l'aide effective d'une tierce personne.

#### **Art 6 du décret du 31/12/77 :**

« Les personnes atteintes de cécité, c'est-à-dire dont la vision centrale est nulle ou inférieure à un vingtième de la normale, sont considérées comme remplissant les conditions qui permettent l'attribution et le maintien de l'allocation compensatrice ».

En pratique : lorsque votre patient remplira la déclaration annuelle, il doit barrer la partie : « avez-vous recours à l'aide constante d'une tierce personne ? » et écrire : « les personnes atteintes de cécité (carte d'invalidité étoile verte - photocopie jointe) sont considérées comme remplissant les conditions qui permettent l'attribution et le maintien de l'allocation compensatrice - Art. 6 du décret 77-1549 du 31/12/77 ».

### **Allocation compensatrice pour frais professionnels**

Si une personne handicapée exerce une activité professionnelle, les frais supplémentaires occasionnés par cette activité peuvent donner droit à une Allocation Compensatrice pour frais professionnels.

Pour avoir droit à l'Allocation Compensatrice pour frais professionnels,

- l'adulte doit avoir une incapacité permanente égale ou supérieure à 80 %,
- l'adulte doit exercer une activité professionnelle, que ce soit en milieu ordinaire ou en milieu protégé (atelier protégé ou centre d'aide par le travail CAT),
- son activité professionnelle doit lui imposer des frais supplémentaires (transport, achat de matériel adapté...).

La deuxième section de la COTOREP fixe le taux de l'allocation compensatrice pour frais professionnel en fonction de plusieurs critères (17).

Cette Allocation Compensatrice pour frais professionnels est cumulable avec l'Allocation Compensatrice pour tierce personne ou avec l'Allocation Compensatrice pour cécité (17).

### **Prestation Spécifique Dépendance**

Dans l'état actuel des textes et de leurs interprétations, seuls les malvoyants et aveugles avec un autre handicap grave associé les classant dans les groupes 1 à 3 de la grille AGGIR peuvent bénéficier de la PSD.

Le montant de cette PSD tient compte des ressources de la personne handicapée. En mai 1997, le montant peut atteindre 100 % de la majoration pour tierce personne soit

### **Toujours demander pour votre patient une prise en charge par la Sécurité Sociale au titre des affections de longue durée (ALD)**

Le certificat médical détaillé pour le médecin conseil de la sécurité sociale (service médical de la CPAM pour le régime général) doit préciser le cas échéant que :

- la durée prévisible des traitements sera supérieure à 6 mois,
- les traitements seront coûteux,
- de nombreuses consultations et actes techniques (LASER, angiographie, chirurgie, rééducation basse-vision...) seront nécessaires.

Vous devez demander au médecin conseil le « protocole d'examen spécial » article L324-I du code de la sécurité sociale.

Il faut savoir que la plupart des services médicaux des CPAM refusent le 100 % ALD pour les malvoyants et les nonvoyants, sauf dans les tumeurs ou le diabète grave et dans certaines autres pathologies plus rares... Par contre, elles acceptent parfois la prise en charge des transports pour une évaluation fonctionnelle, un équipement en aide visuelle ou une rééducation orthoptique en libéral. Il faut faire remplir par l'ophtalmologiste traitant une demande et un certificat médical précis pour justifier de la prise en charge des frais de transport.

### **Ne pas oublier la couverture sociale de votre patient**

Soit votre patient bénéficie déjà d'une couverture sociale et celle-ci est prioritaire, soit il ne bénéficie pas d'un régime d'assurance obligatoire et, en tant qu'handicapé, il sera couvert par le régime général de la sécurité sociale. Attention, cette mesure est souvent limitée aux possesseurs d'une carte d'invalidité (80 %). L'affiliation est alors gratuite et c'est l'organisme qui verse l'AAH qui s'en charge.

## **Financement d'une aide visuelle technique**

### **Financement d'une aide technique pour les moins de 20 ans**

Pour obtenir des aides financières pour l'achat d'aide techniques (loupes...), il est préférable :

- d'avoir une carte d'invalidité,

- de centraliser les dossiers d'aides financières sur l'assistante sociale du secteur,
- de toujours mettre dans tous les courriers l'ensemble des organismes sollicités,
- d'envoyer un document sur le bien fondé des aides techniques,
- de demander à l'ophtalmologiste un certificat médical justifiant l'aide technique, accompagné d'une demande d'entente préalable, et d'un devis.

En pratique :

NOMENCLATURE	TARIF T.T.C.
<b>Aides visuelles optiques</b>	
Loupe quel qu'en soit le type, participation à l'achat	50
Système à vision microscopique, quel qu'en soit le type, participation à l'achat	200
Système à vision télescopique : (*) Système à vision télescopique de près, participation à l'achat	500
<b>Aides visuelles électroniques</b>	
Système d'agrandissement électronique (appelé couramment loupe électronique) La prise en charge est accordée sur entente préalable (location et achat) Pour l'achat, la prise en charge est assurée après une période obligatoire d'adaptation de 3 mois de location	5000

**Le patient doit envoyer un dossier à la CPAM (pour le régime général) en joignant une demande d'entente préalable.**

Le journal officiel du 30 mars 1993 a publié au chapitre II, optique médicale, 203 C - Matériels pour amblyopes, 203 C 02 - aides visuelles pour amblyopes de moins de 20 ans, des tarifs de prise en charge par la sécurité sociale de certaines aides techniques, avec par exemple :

### Financement d'une aide technique pour les plus de 20 ans

Pour obtenir des aides financières pour l'achat d'aides techniques (loupes...), il est préférable :

- d'avoir la carte d'invalidité,
- de centraliser les dossiers sur l'assistante sociale du secteur,
- de toujours mettre dans tous les courriers l'ensemble des organismes sollicités,
- d'envoyer un document sur le bien fondé des aides techniques souhaitées,
- de demander à l'ophtalmologiste un certificat médical justifiant l'intérêt médical d'une aide technique, accompagné d'une demande d'entente préalable et d'un devis.

Une prise en charge d'une aide technique sur le lieu de travail est possible. En pratique, le patient doit envoyer un dossier à :

### L'Association Nationale de Gestion du Fonds d'Insertion Professionnel des Handicapés (AGEFIPH) (fonctionne par région).

C'est la loi du 10 juillet 1987 qui a défini la mission de l'AGEFIPH.

Il est créé un fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés ayant pour objet d'accroître les moyens consacrés à l'insertion des handicapés en milieu ordinaire de travail. Les ressources des Fonds sont destinés à favoriser toutes les formes d'insertion professionnelle des handicapés en milieu ordinaire de travail ; elles sont affectées notamment à la compensation du coût supplémentaire des actions de formation et au financement d'actions d'innovation et de recherche dont bénéficient les intéressés dans l'entreprise, ainsi qu'à des mesures nécessaires à l'insertion et au suivi des travailleurs handicapés dans leur vie professionnelle.

Les objectifs de l'AGEFIPH sont fixés par son Conseil d'Administration :

- accès à l'emploi (préparation et accès direct à l'emploi),
- maintien dans l'emploi (reclassement et évolution dans l'emploi).

L'AGEFIPH peut financer tout ou partie des aides techniques visuelles nécessaires au salarié (24, 25).

Les conditions sont :

- soit de posséder une carte d'invalidité obtenue auprès de la COTOREP,
- soit de bénéficier d'une notification de rente (accident de travail...).

ATTENTION : les ressources de l'AGEFIPH sont réservées au secteur privé. Les fonctionnaires n'y ont pas droit (25). Ce sont leurs ministères qui doivent financer les aides techniques.

### Financement d'une aide technique quel que soit l'âge du malvoyant ou du non voyant

Le patient peut déposer des dossiers d'aides financières pour l'acquisition d'une ou de plusieurs aides techniques auprès des organismes suivants :

#### ■ La commission d'attribution des prestations supplémentaires et secours (prestation extralégale)

Instituée au sein du Conseil d'Administration des CPAM (pour le régime général), cette commission dispose de fonds prélevés sur le budget d'action sanitaire et social pour aider les assurés sociaux se trouvant en situation financière difficile ou ayant à assumer des dépenses exceptionnelles.

Demande d'aide financière à adresser au Président du Conseil Général qui la retransmet à la DISS.

Une commission d'appareillage existe dans les Conseils Généraux. La demande est à adresser au Président du Conseil Général.

En pratique, les sommes versées viennent en complément des sommes versées par la commission d'attribution des prestations supplémentaires et secours (prestation extralégale).

### ■ Dossier à adresser au Maire de la commune

Certaines mairies (PARIS) ont des budgets particuliers pour financer des aides techniques.

### ■ Dossier à adresser à la mutuelle du patient

### ■ Dossier à adresser au comité d'entreprise du patient ou des parents de l'enfant

Certains comités d'entreprise peuvent subventionner des actions ponctuelles comme l'achat d'une aide technique onéreuse (ordinateur avec pavé tactile braille...).

### ■ Dossier à adresser à la caisse de retraite du patient

Pour les retraités, certaines caisses subventionnent du matériel, surtout s'il s'agit de rendre une certaine autonomie au patient.

**A noter, certaines CPAM** ont un service de prêt d'appareillage. Se renseigner auprès de la CPAM du patient ou auprès de : ASSOCIATION NATIONALE DE L'APPAREILLAGE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE (ANACAM), 178 avenue Bollée, 72 033 LE MANS.

**A noter :** l'association AVH fait des prêts à 0 % ainsi que les Caisses d'Allocations Familiales

## GLOSSAIRE

**AAH :** Allocation Adulte Handicapé  
**ACTP :** Allocation Compensatrice Tierce Personne  
**AES :** Allocation d'Education Spéciale  
**AFPA :** Association pour la Formation Professionnelle des Adultes  
**AFR :** Allocation de Formation de Reclassement  
**AGEPHIP :** Association Nationale de Gestion du Fonds d'Insertion Professionnel des Handicapés  
**AGGIR :** Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources  
**ALD :** Affection Longue Durée  
**ANACT :** Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail  
**ANPE :** Agence Nationale Pour l'Emploi  
**AP :** Atelier Protégé  
**APEC :** Agence Pour l'Emploi des Cadres  
**ASSEDIC :** Association pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce  
**AT / MP :** Accident de Travail / Maladie Professionnelle  
**CAF :** Caisse d'Allocation Familiale  
**CAT :** Centre d'Aide par le Travail  
**CCAS :** Centre Communal d'Action Sociale  
**CDES :** Commission Départementale d'Education Spéciale  
**CDTH :** Commission Départementale des Travailleurs Handicapés  
**CFA :** Centre de Formation des Apprentis  
**CFAS :** Centre de Formation et d'Apprentissage Spécialisé  
**CFPA :** Centre de Formation Professionnelle pour Adultes  
**CIO :** Centre d'Information et d'Orientation  
**COTOREP :** Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel  
**CPAM :** Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
**CRAM :** Caisse Régionale d'Assurance Maladie  
**CRE :** Contrat de Rééducation chez l'Employeur  
**CRREFP :** Centre de Rééducation, de Réadaptation et de Formation

## Professionnelle

**CRP :** Centre de Rééducation Professionnelle  
**DDASS :** Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
**DDTEFP :** Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle  
**DETH :** Demandeur d'Emploi Travailleur Handicapé  
**DRTEFP :** Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle  
**DISS :** Direction des Interventions Sanitaires et Sociales  
**ETDRS :** Early Treatment Diabetic Retinopathy Study  
**GIC :** Grand Invalide Civil  
**MSA :** Mutualité Sociale Agricole  
**MTP :** Majoration Tierce-Personne  
**OMS :** Organisation Mondiale de la Santé  
**ONISEP :** Office National d'Information Sur les Enseignements et les Professions  
**PDITH :** Plan Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés  
**PME - PMI :** Petites et Moyennes Entreprises - Petites et Moyennes Industries  
**PSD :** Prestation Spécifique Dépendance  
**RMI :** Revenu Minimum d'Insertion  
**RQTH :** Reconnaissance de la Qualité Travailleur Handicapé  
**SAAAIS :** Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire  
**SAFEP :** Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce  
**SESSAD :** Service d'Education Spécialisé et de Soins A Domicile  
**SIFE :** Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi  
**SMIC :** Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance  
**TH :** Travailleur Handicapé  
**UNEDIC :** Union Nationale pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce  
**URSSAF :** Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

## BIBLIOGRAPHIE

1 - NOUVEAU GUIDE-BAREME A L'USAGE DES COTOREP ET DES CDES décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993, texte repris et commenté par X. ZANLONGHI, Coup d'Œil Ophtalmologique, 1984, N° 48, 72-79.

2 - Dossier : La vie dans notre société des personnes âgées devenues dépendantes. Réadaptation, mai 1997, N° 440, p 9 à 41.

3 - VETEL J.  
AGGIR. Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ?  
La revue de Gériatrie, 1994, 11, Tome 19, N° 9, 647-651

4 - VETEL J.  
AGGIR : Guide pratique pour la codification des variables. Principaux profils des groupes iso-ressources.  
La Revue de Gériatrie, 1994, 3, Tome 19, N° 3, 249-259

5 - VEGAS R.  
Etat de dépendance de la population des institutions pour personnes âgées de la Mayenne et évaluation des besoins de prise en charge.  
DDASS de la Mayenne, Inspection de la Santé, Résultat enquête octobre 1995, pp 11

6 - NOUVEAU GUIDE-BAREME A L'USAGE DES COTOREP ET DES CDES décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993, textes complets et circulaire d'application publiés par le CTNERHI, 236 bis rue de Tolbiac 75013 PARIS tél : 01.53.80.66.66, fax : 01.53.80.66.67

7 - 16 - loi N° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

- Décret N° 97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la prestation spécifique dépendance instituée par la loi N° 97-60 du 24 janvier 1997.

- Arrêté du 27 avril 1997 pris pour l'application de l'article 9 du décret N° 97-246 du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la prestation spécifique dépendance instituée par la loi



N° 97-60 du 24 janvier 1997.

- Arrêté du 22 mai 1997 fixant le cahier des charges prévu à l'article 1<sup>er</sup> de la loi N° 97-60 du 24 janvier 1997.

- Arrêté du 22 mai 1997 fixant la convention-cadre prévue à l'article 4 de la loi N° 97-60 du 24 janvier 1997.

8 - ZANLONGHI X., SANDERM-S., AVITAL L.  
L'acuité visuelle de loin - ses différentes notations.  
Réflexions Ophtalmologiques, 1998, A paraître

9 - ESTERMAN B.  
Functional scoring of the binocular visual field, Ed by GREVE E.L., HEJLA A., :  
Fifth International Visual Field Symposium, Sacramento, October 20-23,  
1982, Dr Junk Publ, The Hague. Doc. Ophthalmol. Proc. Series, 1983, 35,  
187-192.

10 - FÆLS A., JONQUERES J.  
L'estimation médico-légale du handicap : intérêt de l'étude du champ  
visuel binoculaire  
Bull. Soc. Ophtalmol. France, 1989, 89, 4, 513-521

11 - SANDER M.S., ZANLONGHI X.  
L'examen du champ visuel pour l'évaluation du handicap visuel.  
J. Fr. d'Orthoptique, 1996, N° 28, 139-148

12 - Numéro spécial N° 118/119 de la revue « Le Particulier » de juillet  
1996, 21 bd Montmartre 75082 Paris cedex 02, MINITEL 3615 PAR

13 - Handicapés quels sont vos droits ? : publié par l'Association des  
Paralysés de France (APF) ASSOCIATION DES PARALYSÉS DE FRANCE  
156 rue d'Aubervilliers 75019 PARIS, tél : 01 40 34 50 36

14 - Guide Néret, édition de 1998, tél : 01.34.63.33.31

15 - Revue le Particulier, février 1998, N° mensuel 907, page 24

16 - Numéro 891 de la revue « Le Particulier » de décembre 1996,  
21 bd Montmartre 75082 Paris cedex 02, MINITEL 3615 PAR

17 - Inapte au poste. Que faire ?  
Cahier de la fédération française de médecine du travail, édition N° 2,  
1996, FFMT/CINERGIE, 39 rue du Cherche Midi, 75006 PARIS,  
tél : 01.42.22.91.46, fax : 01.42.22.93.02

18 - numéro 884 de la revue « Le Particulier » d'avril 1996,  
21 bd Montmartre 75082 Paris cedex 02, MINITEL 3615 PAR

19 - Guide des droits des personnes handicapés, édité par l'UNAPEI  
tél : 01.44.85.50.50.

20 - Revue JURIS-HANDICAPS, numéros 37 et 38.

21 - Revue le RETINO, N° 25, pages 10 et 11, éditée par RETINA France,  
31771 COLOMIERS, BP 62

22 - Revue le Particulier N° mensuel 905 (décembre 1997) page 16

23 - le rétinopathie n° 12 de 1994 revue de l'AFRP 31771 COLOMIERS  
BP 62

24 - AGEFIPH, 192 avenue Aristide Briand, 92226 BAGNEUX :  
tel : 01.46.11.01.55, MINITEL : 3614 code FIPH

25 - Documentation sur les aides de l'AGEFIPH, revue Réadaptation,  
N° 444, novembre 1997 p I à IV.

# La prismsation : nouvelle approche thérapeutique des basses visions d'origine maculaire

T. BERTRAND\*, H. JUNGINGER\*\*,  
J.P. ROMANET\*\*, M. MOUILLON\*\*

\* Libourne, \*\* Grenoble

## Introduction

Nous présentons une méthode de rééducation adaptée aux basses visions acquises d'origine maculaire, basée sur la prismsation. Cette prise en charge est applicable aux atteintes cicatricielles maculaires des pathologies comme la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), la myopie forte ou la rétinopathie toxoplasmique par exemple.

Les patients, porteurs de telles lésions bilatérales, développent souvent des fixations excentriques bilatérales, associées à des directions de regard opposées (1).

L'idée est de redonner une direction du « regard droit devant » aux patients pour leur permettre d'utiliser les parties saines de rétines, où siègent leurs nouvelles fixations (Figure 1).

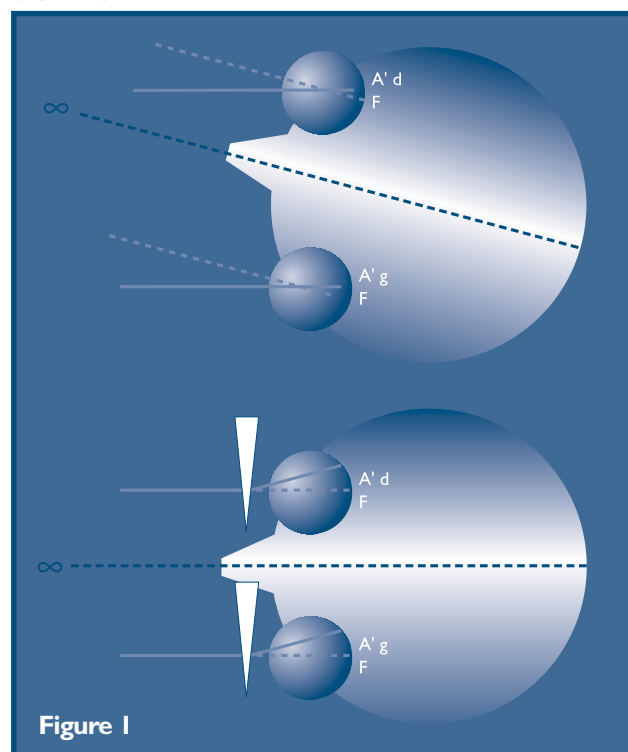


Figure 1

La prismation est aussi employée dans les atteintes unilatérales.

Nous décrivons notre méthode, puis présentons les résultats d'une étude préliminaire portant sur 14 cas. Enfin, nous tentons d'analyser les phénomènes pouvant être à l'origine des résultats positifs ainsi obtenus.

## II - Description de la méthode de prismation

Nous utilisons des prismes conventionnels. Ils sont prescrits pour la vision de loin, à l'essai 15 jours, en faces supplémentaires pour les patients amétropes, puis de façon définitive, intégrés à la correction optique chez ces mêmes sujets.

L'orientation du prisme est décidée en fonction du siège de la fixation excentrique. Par exemple, chez un patient avec une fixation nasale au niveau de son œil droit, un prisme dévient les rayons lumineux en nasal, donc un prisme à base nasale est utilisé (Figure 2). Une composante verticale est souvent notée au niveau de ces fixations excentriques. Il s'agit toujours d'une déviation supérieure. Dans notre étude, la prismation verticale associée n'amène aucun bénéfice supplémentaire. Elle est volontairement négligée.

La puissance du prisme a été trouvée par tâtonnements successifs. Dans notre expérience, celle-ci est toujours comprise entre 4 et 5 D (2).

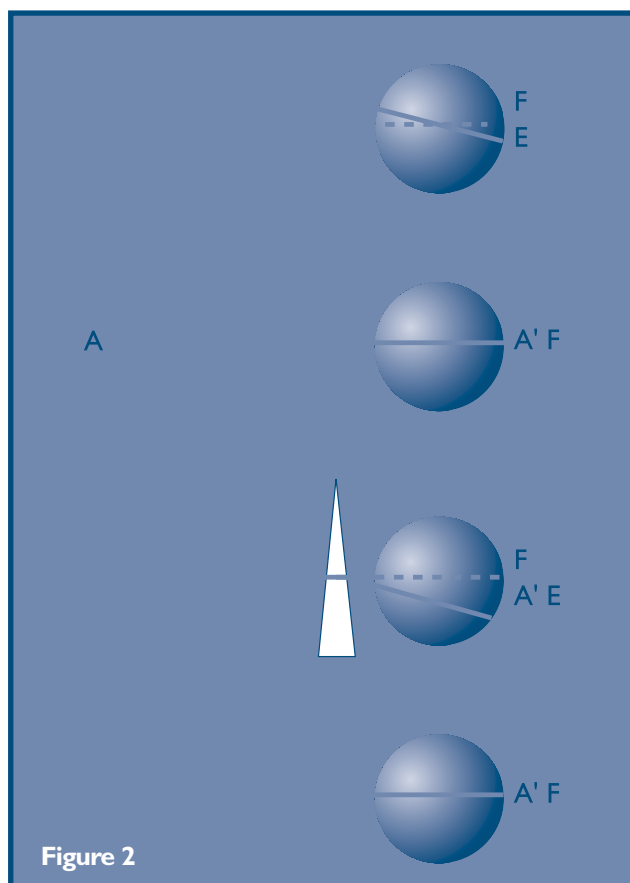


Figure 2

## III - Etude préliminaire de 14 cas

### A - Matériel

Notre étude porte sur 14 patients, 7 femmes et 7 hommes, âgés de 68 à 92 ans, avec un âge moyen de 81, 64 ans. Les 14 sujets présentent une dégénérescence maculaire liée à l'âge bilatérale. Pour 11 d'entre eux, il s'agit d'une forme atrophique sèche et pour les 3 autres, d'une forme exsudative. Tous ont des lésions maculaires non évolutives depuis au minimum 3 mois, confirmées biomicroscopiquement et angiographiquement.

### B - Méthodes

1) Les critères de sélection des patients examinés en consultation « Basse Vision » et pouvant bénéficier de la prismation sont les suivants :

- être gêné dans la vie quotidienne pour la lecture, les déplacements,
- être motivé par une prise en charge rééducative,
- avoir une maculopathie bilatérale au stade cicatriciel ou non évolutive depuis plus de 3 mois.

2) L'examen ophtalmologique - temps essentiel de l'étude comporte :

- un bilan fonctionnel pratiqué avant la prismation puis répété après 15 jours de rééducation puis à un mois, trois mois, six mois, un an et deux ans, comprenant :
  - une mesure de l'AV binoculaire de près et de loin avec correction, appelée AV « spontanée »,
  - une mesure de l'AV binoculaire, appelée AV « rééduquée », après la prismation pour la vision de loin et après l'adjonction d'un système optique grossissant pour la vision de près,
  - un champ visuel de Goldmann. Cet examen, quand il est réalisable, retrouve souvent un scotome central correspondant à la cicatrice maculaire constatée au fond d'œil (FO),
  - une vision des couleurs binoculaire, par le test de Farnsworth 15 Hue, avec évaluation du temps de réalisation,
  - une sensibilité aux contrastes binoculaire (Vistech\*),
  - la détermination des directions du regard par l'observation et l'étude de la fixation préférentielle au visuscope, données déterminant la prismation ,
  - des potentiels évoqués visuels (PEV) binoculaires (3).
- un bilan anatomique avec :
  - un examen biomicroscopique du FO au verre à trois miroirs,
  - une angiographie rétinienne à la fluorescéine.

Ces 2 examens, réalisés pour la visite d'inclusion, ne sont répétés, par la suite, qu'en fonction du tableau clinique.



## C - Résultats

### 1) Prismes adaptés

Les prismes prescrits ont une puissance de 5 D chez 9 patients et de 4 D chez les 5 autres patients. L'orientation des prismes est à base nasale pour l'œil droit, base temporale pour le gauche chez 7 patients, et inversement chez les 7 autres.

L'amélioration de la fonction visuelle constatée par les patients ainsi prismés est subjective et objective.

### 2) Résultats subjectifs

Tous les sujets rapportent une amélioration subjective immédiate dans l'appréciation des distances, des obstacles fixes ou mobiles, de la vision des contrastes et des couleurs, une diminution des éblouissements et un meilleur confort dans la vision intermédiaire. Les bénéfices retirés dans leur vie quotidienne sont manifestes. Les déplacements dans la rue, l'appréciation des reliefs, les montées et les descentes d'escaliers, la reconnaissance des visages sont facilités. Les patients voient mieux les numéros de bus, les feux tricolores.

Il est à noter que les patients perçoivent souvent, les 2 yeux ouverts, deux taches jaunâtres à côté de leur fixation au début de la prismation. Ces taches pourraient correspondre à la représentation corticale de la fixation maculaire originelle. Ce phénomène disparaît au cours du temps.

### 3) Résultats objectifs

#### ■ Acuité visuelle de loin

- L'AV binoculaire « spontanée » des patients est comprise entre « inférieure à » 1/20 et 3/10, avec une moyenne de 1,46/10. L'AV binoculaire « rééduquée » est comprise entre 1/20 et 3/10, avec une moyenne de 2,54/10.
- L'acuité visuelle binoculaire objective de loin a été améliorée chez 13 patients sur 14 (92,86 %) (Figures 3 et

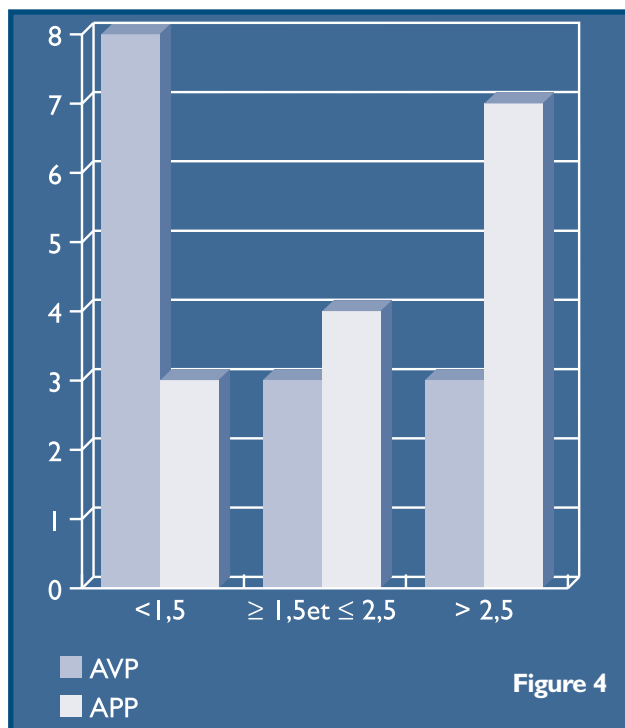
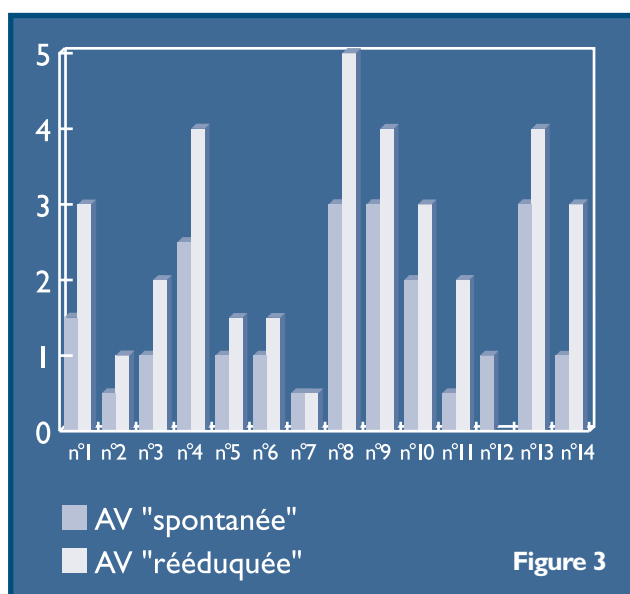


Figure 4

4). Le nombre de ligne gagné est compris entre 0 et 3, avec une moyenne de 1,36 lignes.

- Un gain d'au moins une ligne est noté chez 92,86 % des patients, d'au moins 2 lignes chez 42,85 % d'entre eux et de 3 lignes chez 7,14 % d'entre eux.

#### ■ Acuité visuelle de près

- Tous les patients ont eu leur acuité visuelle de près augmentée. Nous testons l'AV binoculaire de près « spontanée » avec correction optique seule et l'AV binoculaire de près « rééduquée » avec correction et système optique grossissant associés.
- L'AV binoculaire de près « spontanée » est comprise entre « inférieure à » P20 et P8, avec une moyenne de P14. L'AV binoculaire de près « rééduquée » est comprise entre P8 et P2, avec une moyenne de P4. Le nombre de paragraphes gagnés sur l'échelle de Parinaud est compris entre 2 et 7, avec une moyenne de 5 paragraphes gagnés. Nous avons noté un gain de 2, 5, 6 et 7 paragraphes chez respectivement 2 patients (14,29 %), 6 patients (42,86 %), 4 patients (28,6 %) et 2 patients (14,29 %).
- Les aides visuelles optiques employées sont une loupe éclairante pour 4 patients, un système télescopique pour 7 patients et un système microscopique pour 3 patients (4).

#### ■ La sensibilité aux contrastes

- Une meilleure vision des contrastes binoculaire objective (Vistech\*) est constatée chez tous les patients appareillés par prismes. Une amélioration est notée pour 1 à 5 fréquences, avec une moyenne de 3,28 fréquences améliorées. Certains patients montrent même une meilleure performance dans tout le spectre de fréquences grâce aux prismes. Les basses et très basses fréquences, avec 13 patients améliorés (92,86 %), sont plus souvent concernées par ce gain. Les hautes et très hautes fréquences sont tout de même

améliorées pour 8 patients (57,14 %).

### ■ Vision des couleurs

Les patients décrivent, subjectivement, une meilleure vision des couleurs binoculaire. Cependant, l'équipement prismatique, dans notre expérience, ne modifie pas le résultat de la vision des couleurs binoculaire objective. La prismatication facilite la réalisation de cet examen. En effet, le temps de réalisation de l'exploration est diminué de plus de 50 % par le port des prismes, chez tous les patients, passant de 10 minutes à moins de 5 minutes en moyenne avec les prismes.

### ■ Potentiels évoqués visuels

Il existe une augmentation de l'amplitude et une diminution

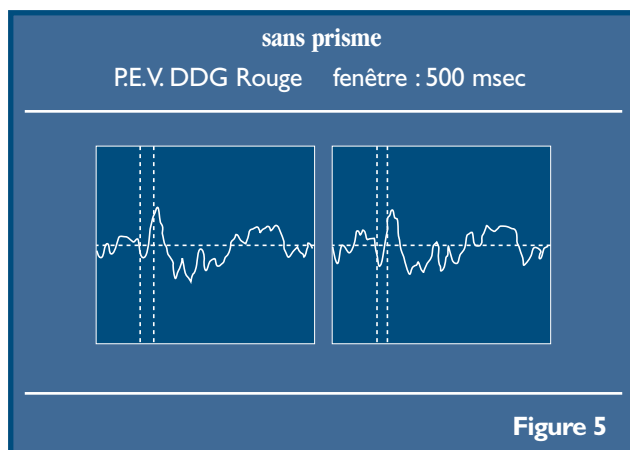


Figure 5

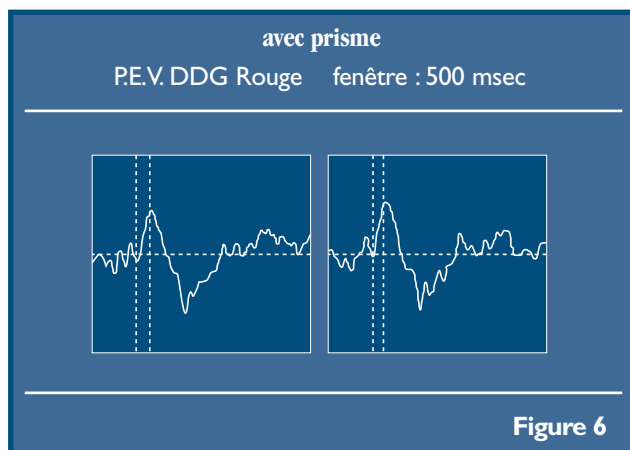


Figure 6

de la latence de l'onde P100, plus fréquente pour la stimulation en flashes blancs et rouges (Figures 5 et 6).

## IV - Discussion

Cette méthode de prismatication a été mise au point dans le service d'Ophtalmologie du CHU de Grenoble en 1986.

Nous avons ainsi rééduqué avec succès plus de 250 patients à ce jour (5, 6, 7). Notre technique est utilisée en complément des systèmes grossissants classiques. Les loupes

éclairantes, les systèmes microscopiques et télescopiques sont mieux tolérés par les patients prismés.

Dans les cas d'atteintes bilatérales, l'orientation de la tête ne coïncide pas avec la direction du regard et de l'objet fixé.

Comme le suggèrent les schémas que C. DARRAS a établi à partir de nos constatations cliniques, les patients ainsi équipés retrouvent une position des yeux et de la tête dans la direction de l'objet regardé (Figure 1).

Nous pensons que ce nouvel équilibre postural améliore la conduction dans les afférences proprioceptives destinées au cerveau et provenant en particulier des récepteurs fusoriaux et musculotendineux des muscles oculomoteurs, des muscles du cou et des muscles du rachis cervical. Ainsi, nous émettons l'hypothèse qu'il existe une meilleure intégration par le cortex cérébral visuel des images formées au niveau des points de fixation excentrique développés par les patients avant la prismatication, comme en témoigne l'amélioration des PEV (8).

Concernant les atteintes unilatérales, la prismatication, en redonnant une direction du regard « droit devant » à l'œil atteint, permet de lever l'inhibition sensorielle engendrée sur l'œil sain (Figure 2).

## V - Conclusion

La prismatication, adaptée chez nos patients atteints de basses visions, telle que nous l'utilisons depuis 1986 au CHU de Grenoble, apparaît comme une méthode intéressante et venant en complément des techniques de rééducation communément admises. Cette méthode, appliquée au début aux patients touchés par la DMLA, est employée avec succès dans les atteintes maculaires de la myopie forte. Par ailleurs, elle a permis de prévenir l'apparition du syndrome du monophthalme congénital chez des enfants atteints de rétinopathie toxoplasmique maculaire (9). Les déficits campimétriques séquellaires de neuropathies optiques et de certaines pathologies vasculaires cérébrales sont améliorés par la prismatication (10).

Cependant, tous les mécanismes mis en jeu par cette méthode et concourant à l'amélioration de la fonction visuelle ne sont pas encore connus.

### REFERENCES

- 1 - BONNET M., RAVAUULT A. et JUNGINGER H.  
*Fixation excentrique bilatérale secondaire aux lésions acquises de la macula.*  
*Arch. Ophthalmol.*, 1971, 31, 6-7.
- 2 - CHADUTEAU G.-C.  
*Correction prismatique.*  
*In : Corbé C., Menu J.P., Chaine G.,*  
*Traité d'optique physiologique et clinique.*  
*éd. Doin - Paris - 1993, 335-336.*
- 3 - CORBE CH., MENU J.P., DE LA PORTE DE VAUX C.,  
HOLZCHUCH C.

Evaluation de la vision fonctionnelle d'un adulte malvoyant.  
*Ophthalmologie*, 1993, 7, 333-335.

4 - BOISSIN J. P., PERDRIEL G., CASTROS A., CHAMBET C., BONNAC J.P.

Les aides optiques et électroniques : indication et application chez des malades handicapés visuels.

Rapport annuel des Sociétés Françaises d'Ophthalmologie, Masson, Paris, 1980.

5 - JUNGINGER-CROZON H.

Prise en charge rééducative d'un adulte atteint de dégénérescence maculaire liée à l'âge.

Mémoire de Diplôme Universitaire de Basse Vision, Paris, 1994.

6 - JUNGINGER H., MOUILLON M., ROMANET J.P.

Intérêt des verres prismatiques dans les D.M.L.A.

*Convergence*, 1995, 60, 29.

7 - BERTRAND T., JUNGINGER H., ROMANET J.P., MOUILLON M.

Description de la méthode de prismsation dans la rééducation des basses visions d'origine maculaire.

*J. Fr. Ophthalmol.*, 1997, 20, 4, 271-276

8 - BERARD P.-V.

Proprioception et motilité oculaire.

*Coup d'oeil ophthalmol.* 1994, 10, 48, 26-39.

9 - T. BERTRAND.

La prismsation comme moyen de méthode et de traitement du syndrome du monophthalme congénital chez l'enfant.

Mémoire de Diplôme d'Etude Spécialisée d'Ophthalmologie, Grenoble, 1996.

10 - BERTRAND T., JUNGINGER H., RAJAONSON G., DARTEYRE P.,

GERINI-JAMAIN S., LACAULE F.

Technique de prismsation dans les pathologies acquises des voies optiques.

*Bull. Soc. Ophthalmol. F.* (à paraître).

# Prescription médicale et financement de l'achat des aides visuelles optiques dans le cadre d'une rééducation basse vision à l'institut Aramav de Nimes

M. DEPAULE, D. DUPLEIX,  
C. POURKAT

## INTRODUCTION

Un séjour de rééducation basse vision à l'institut ARAMAV dure entre 6 et 8 semaines. La rééducation se déroule en plusieurs temps :

- 1- Bilan ophtalmologique,
- 2- Bilan orthoptique,
- 3- Bilan optique,
- 4- Rééducation orthoptique basse vision,
- 5- En fin de rééducation, conseil sur l'équipement en aides visuelles optiques,
- 6- Avant le retour à domicile du patient, une évaluation du séjour est effectuée par l'équipe de rééducation,
- 7- Les patients, venant de l'ensemble du territoire national, ont le libre choix du fournisseur chez lequel ils achèteront l'aide prescrite.

## Cadre légal

Arrêté du 25 mars 93 - Journal officiel du 29/03/93  
203 CO2 : Enfants, Adolescents de moins de 20 ans.  
Il n'existe rien pour les adultes.

## Equipement du malvoyant en aides visuelles optiques

Multiplicité des aides et Coût :

- loupes électroniques : entre 4 000 et 20 000 francs selon les caractéristiques et possibilités proposées par ces appareils,

- verres filtrants : montures sur mesure entre 700 et 1 000 francs, verres entre 500 et 700 francs (dépendant du degré du filtre),
- monoculaires : environ 1 300 francs,
- éclairages halogènes basse tension avec filtres UV : environ 1 000 francs,
- loupes : à partir de 100 francs.

## Aspects sociologiques et psychologiques

■ Développement des méthodes et techniques de rééducation en basse vision.

■ Non prise en compte, par le législateur, de la malvoyance chez l'adulte.

■ Les visites de préadmission à l'ARAMAV :

- accueil du patient par l'assistante sociale,
- évaluation par les orthoptistes,
- constat chez les patients en situation sociale difficile,
- engagement de l'assistante sociale dans la recherche de financement des aides visuelles optiques.

■ L'aide visuelle optique introduit la notion de handicap.

■ Le législateur ne devrait-il pas prendre en compte, dans une société qui se veut évoluée, cette notion de malvoyance ?

■ Devant l'absence de texte, le patient ressent un sentiment d'abandon et de non reconnaissance de sa déficience visuelle.

■ Il ne s'agit pas de renforcer la demande d'assistanat, souvent exprimée par le malvoyant, mais de lui laisser une part active dans le financement de ses aides visuelles optiques (idée de réparation sociale).

■ Ecoute et évaluation de l'assistante sociale face à une demande d'aide financière.

■ Découverte de l'utilité des aides visuelles optiques (redécouverte du plaisir de la lecture, de l'écriture, mots croisés...) mais en parallèle il y a interrogation et hésitation sur le coût de ces aides.

■ Intérêt d'associer la famille à la rééducation basse vision dans le cadre de la journée de famille (exemple de la personne âgée : dépendance au niveau de son couple et de ses enfants pour décider de l'achat du matériel optique).

## Les aides visuelles optiques

### 1) Prescription médicale

- le travail de rééducation basse vision se fait en partenariat avec

- le médecin ophtalmologiste, les orthoptistes et l'opticien,
- le choix de l'aide visuelle optique se fait à une certaine étape de la rééducation,
- sur un séjour de rééducation de basse vision de 8 semaines, l'assistante sociale est saisie des demandes 3 semaines ou 15 jours avant la sortie du patient,
- cette prescription peut être simple ou multiple et fait l'objet d'un certificat médical détaillé,
- remplir une demande d'entente préalable qui sera rejetée mais qui servira au niveau du montage d'un dossier de demande de financement.

### 2) Financement

■ Evaluation sociale et administrative faite par l'assistante sociale :

- l'assistante sociale est la seule personne de l'équipe au courant de la situation financière des patients.

Quelles sont les ressources du patient ?

A-t-il un statut de retraité ? Pension de retraite et retraites complémentaires ?

Est-il bénéficiaire d'une AAH, d'une ACTP, d'une pension d'invalidité ?

Quelles sont ses charges financières et familiales ?

Notion d'imposition ?

■ Stratégie adoptée par l'assistante sociale :

L'ARAMAV reçoit des patients de différents départements dont les pratiques des caisses sont variables. Chaque situation est évaluée au cas par cas.

Deux possibilités :

- 1- Soit une seule demande
- 2- Soit plusieurs demandes. Dans ce cas, il est indispensable de monter les dossiers en même temps en proposant des plans de financement.

■ Les ressortissants du régime général de la sécurité sociale avec un statut de :

- pension d'invalidité 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie
- arrêt longue maladie
- maladie de longue durée
- bénéficiaire de l'AAH

■ Pour les personnes âgées du régime général de sécurité sociale, il faut solliciter la CRAM, service vieillesse, qui peut donner des secours.

Il s'agit alors de solliciter le service des prestations supplémentaires et des secours :

- a) le patient après un travail préparatoire avec l'assistante sociale peut lui-même saisir le Président de la commission en lui adressant un courrier détaillé et motivé,
- b) l'assistante sociale adresse le dossier au service social de la CPAM qui le transmettra à ce service après avoir rencontré la personne déficiente visuelle et avoir complété cette demande par une enquête sociale.

■ Les régimes particuliers apportent aussi régulièrement une

aide : MGEN, SNCF, MSA, Caisses artisanales...

■ La CAF (Caisse d'Allocation familiale) peut apporter une aide complémentaire au bénéficiaire de l'AAH à condition qu'il perçoive des prestations familiales.

■ L'APF (Association des Paralysés de France) : dans le cas d'un patient malvoyant et handicapé moteur, il est possible de bénéficier d'une aide du service social.

■ Face à une situation sociale jugée critique ou difficile, l'assistante sociale peut déposer des demandes auprès d'œuvres caritatives : Croix-Rouge, Secours Populaire, Associations Protestantes... Même dans ce cas, il est tout à fait souhaitable de laisser une participation, aussi minime soit-elle, au déficient visuel.

■ Dans le cas d'un patient dont le projet est de pouvoir réintégrer son milieu professionnel en bénéficiant d'aménagement de son poste de travail, il est intéressant de solliciter l'AGEFIPH de sa région (qui intervient uniquement dans le secteur privé).

L'assistante sociale spécialisée a souvent un rôle d'information et de sensibilisation au niveau de ces administrations et services auprès desquels elle peut avoir plusieurs contacts téléphoniques dont l'objectif est de soutenir la demande.

Mises à part les aides citées ci-dessus, il est de pratique courante de négocier un paiement échelonné avec son opticien.

Le travail social doit être créatif et imagitatif.

■ Les éléments du dossier d'aide financière :

1. Courrier de l'assistante sociale :

- informations sur la rééducation en Basse vision,
- utilité de l'acquisition des aides visuelles optiques (ne font pas partie de la nomenclature)
- sollicitation d'une aide financière

(pour les situations sociales difficiles, proposition d'un plan de financement)

2. Prescription médicale

3. Devis des appareillages

4. Documentation sur les aides visuelles optiques

5. Photocopie d'avis d'imposition ou de non-imposition

## Etudes de cas

1) Madame X :

- 47 ans

- Vit seule à son domicile

- Bénéficiaire de l'AAH et de l'allocation logement

- Rééducation basse vision d'une durée de 2 mois

- A l'issue de la rééducation, Mme X a besoin d'un télé-agrandisseur couleur

- Coût : 20 158 francs

a) Madame X fait une lettre au Président de la commission

des prestations supplémentaires

b) L'assistante sociale prend contact avec l'assistante sociale de la CPAM afin de la sensibiliser à ce dossier

c) L'assistante sociale prend contact avec le Conseil Général par le biais de l'assistante sociale de secteur qui sollicite un secours exceptionnel : pauvreté-précarité.

Pour Madame X : Aide financière globale de 17 000 francs

Dont - CPAM = 15 000 francs

- Conseil Général = 2 000 francs

Reste à la charge de Madame X : 3 000 francs (règlement échelonné)

2) Madame A : 74 ans, vit seule

Ressources :

- Retraite Sécurité Sociale + FNS = 3 400 francs/mois

- ACTP = 2 200 francs/mois

soit 5 600 francs/mois

Aide visuelle conseillée : Télé-agrandisseur

Coût = 14 700 francs

- Aide financière de CPAM = 9 000 francs

- Participation personnelle = 5 700 francs

3) Monsieur G : 56 ans, vit seul

Ressources : AAH + AL = 3 433 francs

Aide visuelle : Télé-agrandisseur = 14 700 francs

Lunette coque « silicone » verres filtrants = 1 846 francs,

dont 35,75 francs de remboursement Sécurité Sociale, reste

1 810,25 francs

TOTAL : 16 510 francs

Plan de financement :

- CPAM = 1 200 F

- Secours catholique = 1 000 F

- Secours populaire = 1 000 F

- Conseil Général = 1 000 F

- Total des aides = 15 000 F

Participation personnelle : 1 510 francs

Paiement échelonné : 3 mensualités

4) Monsieur B : 78 ans, vit seul

Ressources :

- Retraite Sécurité Sociale = 3 402 francs

- Pension militaire = 216 francs

soit 3 618 francs

+ Allocation logement

Aide visuelle : Télé-agrandisseur = 14 500 francs

Plan de financement :

- CPAM = 6 000 F

- Ministère des Anciens Combattants = 4 000 F

- Secours catholique = 1 000 F

- Secours populaire = 1 000 F

- Croix rouge = 1 000 F

- Fondation Médicale Franco Américaine = 1 000 F
- Total des aides = 14 000 F
- Participation personnelle = 500 francs

# Malvoyance de l'adulte et rééducation : résultats du CRPM\*

M. MEYER, J-P BOISSIN, C. CHAMBET,  
P. RONZEL et Coll.

## Introduction

Nous rapportons les résultats du Centre de Rééducation pour Personnes Malvoyantes (C.R.P.M.\*), établissement spécialisé ouvert à Paris en 1994 et conçu pour répondre aux besoins d'adultes malvoyants dans une structure en ambulatoire, moins lourde que celle d'un internat. L'équipe est composée d'ophtalmologistes, d'orthoptistes, d'ergothérapeutes, d'instructeurs en locomotion, de psychologues et d'opticiens.

## Matériel et méthode

### 1) Patients

L'étude porte sur 212 patients, ayant tous bénéficié d'une évaluation à la suite d'une demande de rééducation, et dont la prise en charge a été totalement réalisée sur une période de 10 mois, allant du 1<sup>er</sup> septembre 1996 au 30 juin 1997. L'évaluation est effectuée dans la majorité des cas en deux demi-journées, et permet d'apprécier les attentes, les besoins et l'opportunité du projet rééducatif ; cette prise en charge étant très diversifiée tant dans son contenu que dans sa durée. Le projet rééducatif est dans sa totalité sous la responsabilité de l'ophtalmologiste.

Pour 53 de ces 212 patients, cette rééducation n'a pas dépassé le stade de type évaluation, les 159 autres patients (106 femmes et 53 hommes) ayant commencé et terminé une rééducation proprement dite.

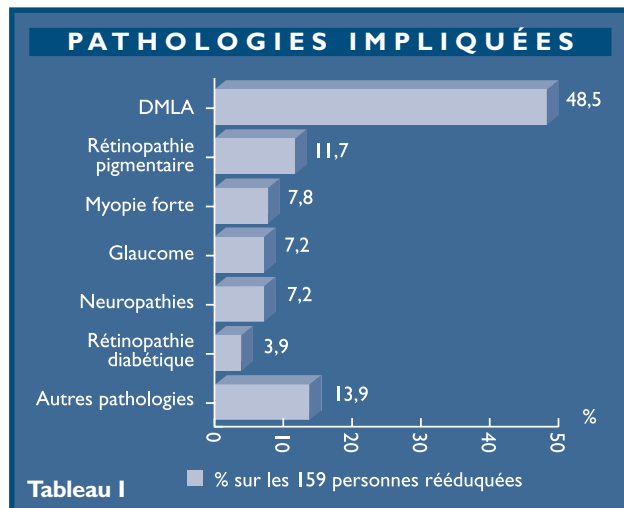
Les 53 personnes qui ont formulé une demande de rééducation et qui ont bénéficié au maximum de 3 séances de type évaluation n'ont pas eu de prises en charge pour plusieurs raisons :

- l'affection était curable pour 2 de ces personnes,
- le potentiel visuel était trop faible pour 4 d'entre elles,
- la rééducation était nécessaire mais non réalisable pour

- 13 personnes,
- la rééducation était nécessaire et envisageable mais il n'y avait pas de motivation pour 11 de ces patients,
- quant à 23 d'entre eux, le handicap fonctionnel était limité. 159 patients ont bénéficié d'une rééducation après l'évaluation.

Les caractéristiques principales de cette population sont les suivantes :

- les âges extrêmes ont été de 16 à 96 ans,
- deux tiers des patients ont plus de 65 ans (1/3 sont des hommes et 2/3 des femmes),
- la tranche d'âge 75-84 ans représente 38 % de l'ensemble,
- plus de 50 % des patients répondent à la définition



réglementaire de la cécité : acuité visuelle du meilleur œil corrigé < à 1/20 et/ou avec un champ visuel < 20°.

Les Pathologies impliquées sont résumées dans le tableau I

La DMLA représente la moitié des pathologies et les personnes de plus de 65 ans représentent les 2/3 des patients.

Durée de rééducation : 30 % des patients ont eu moins de 10 séances et 70 % en ont eu un maximum de 20, ce nombre étant adapté aux besoins de chacun.

### 2) Méthodes

- Basse Vision : l'objectif de cette discipline est de rechercher de nouvelles stratégies visuelles, adaptées à chaque forme de malvoyance, déterminées par la pathologie en cause, s'associant ou non à une recherche d'aides optiques ou non optiques. L'entraînement progressif à l'aide d'exercices spécifiques concourt également à une meilleure interprétation de l'information visuelle.

- Activités de la Vie Journalière : c'est la transposition et l'application des acquis visuels dans les situations concrètes de la vie courante. Les Activités de la Vie Journalière visent à permettre l'indépendance, à trouver des stratégies pratiques pour pallier les difficultés rencontrées de façon quotidienne (ménage, écriture, monnaie...).

\* Centre de Rééducation pour Personnes Malvoyantes (Etablissement géré par l'APAM)



- Locomotion : consiste à donner un ensemble de moyens visuels s'ils existent et/ou de compensation (cane de détection, audition, représentation mentale...) afin d'apporter indépendance et sécurité dans les déplacements. En cours de rééducation et en fonction de la progression et/ou des difficultés, l'opticien intervient très fréquemment. Un suivi psychologique est déterminé en accord avec le patient, l'ophtalmologiste et les rééducateurs.

## Résultats

Dans un souci d'objectivité, les critères adoptés pour l'évaluation des résultats obtenus par la rééducation reposent sur l'étude comparative des performances des patients avant et en fin de rééducation.

### 1) Etude synthétique

Les résultats obtenus sont analysés à travers les différents moyens mis en œuvre pour chaque patient en fonction du projet individuel de rééducation, chaque domaine étant successivement abordé.

les besoins exprimés par les patients lors de l'évaluation concernent des aspects bien différents de leur vie pratique :

- 100 % nécessitaient une rééducation en basse vision et c'était l'objet même de leur demande,
- 130 personnes, soit 82 %, avaient de plus des difficultés dans les activités de la vie journalière,
- 43 % faisaient état de gêne dans le domaine des déplacements.

L'analyse des activités des patients rééduqués montre que seulement 1 patient sur 10 n'a eu besoin que de basse vision, et que 35 % avaient des besoins dans tous les domaines (Basse Vision - Activité de la Vie Journalière - Locomotion).

Basse vision seule	16 patients	10 %
Basse vision + AVJ	75 patients	47 %
Basse vision + locomotion	13 patients	8 %
Basse vision +AVJ + locomotion	55 patients	35 %

Il est intéressant de noter que les besoins varient suivant les pathologies impliquées qui, sur le plan fonctionnel, sont à l'origine de handicaps différents.

Ainsi, tous les patients atteints de rétinopathie pigmentaire ont eu, outre la basse vision, un travail en locomotion (qu'elle que soit leur acuité visuelle), et 9 patients sur 10 atteints de DMLA ont eu besoin, outre la basse vision, de travail en activité de la vie journalière pour retrouver plus d'autonomie.

### 2) Etude analytique

#### Basse Vision

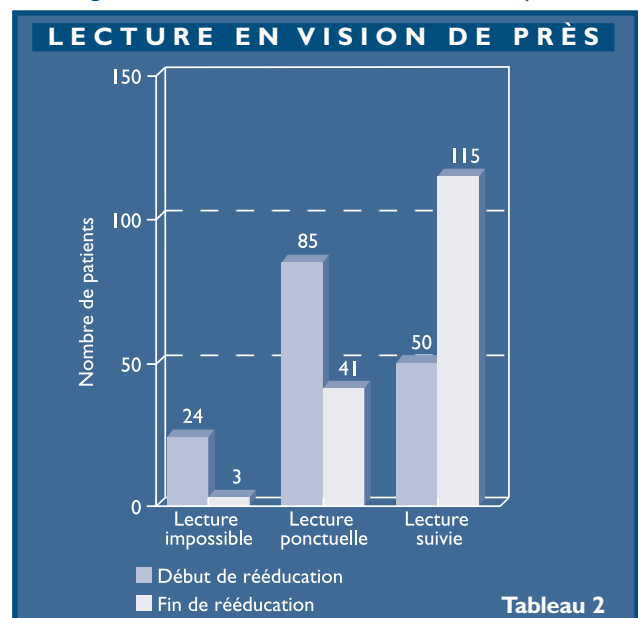
Cette activité est toujours celle par laquelle débute la

rééducation. 100 % des patients ont donc été concernés.

Cette discipline commence à devenir familière aux professionnels s'impliquant auprès de patients malvoyants : ainsi nous nous contenterons de rapporter des résultats très concrets, limités volontairement à la lecture en vision de près et en vision de loin (tableaux 2 et 3).

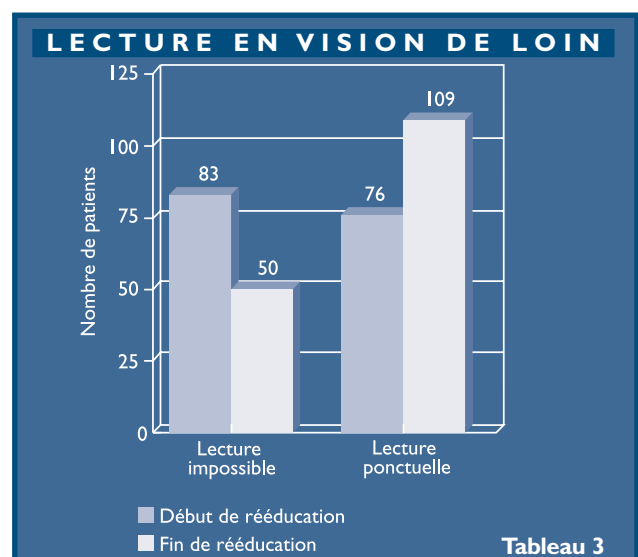
#### Vision de près

Avant rééducation, la lecture est totalement impossible pour 24 patients. En fin de rééducation, elle ne l'est plus que pour 3. La lecture suivie est possible au début pour 50 personnes, elle est possible pour 115 en fin de rééducation. 51 de ces patients obtiennent ces résultats grâce à l'utilisation d'un télé agrandisseur. Avant rééducation, 8 personnes



possédaient déjà ce type d'appareil ; 6 ne l'utilisaient que ponctuellement pour la lecture et 2 ne l'utilisaient jamais. En fin de prise en charge, tous s'en servaient régulièrement et 43 autres patients en ont fait l'acquisition et étaient capables de l'utiliser à bon escient et de façon suivie.

#### Vision de loin



La lecture en vision de loin (nom des rues, numéros d'immeubles, panneaux dans une gare...) est impossible au départ pour 83 patients. Elle est devenue possible en fin de rééducation pour 109 (éventuellement grâce à un système télescopique).

La durée de la rééducation, n'intéressant que la basse vision, varie en fonction des pathologies en cause. En considérant l'ensemble des patients, 7 sur 10 ont eu un maximum de 20 heures de rééducation dont près de la moitié entre 11 et 20 heures.

### Activités de la Vie Journalière (AVJ)

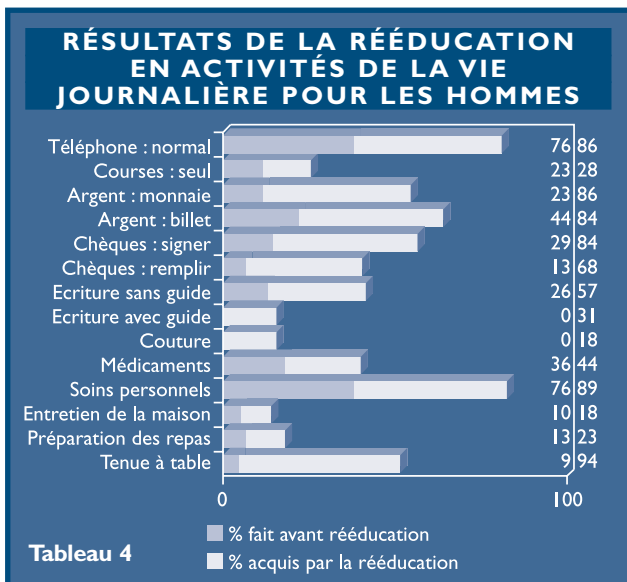
Sur les 159 patients ayant eu une rééducation, 130, soit 82 %, avaient besoin d'un travail spécifique en activité de la vie journalière et y ont effectivement participé. La rééducation utilise les acquis de base réalisés par le rééducateur en basse vision et en permet la transposition pratique.

92 femmes, soit 86,7 %, et 38 hommes, soit 76,6 %, ont fait des activités de la vie journalière.

Pour tenir compte de la disparité entre hommes et femmes, les résultats sont étudiés séparément (tableaux 4 et 5).

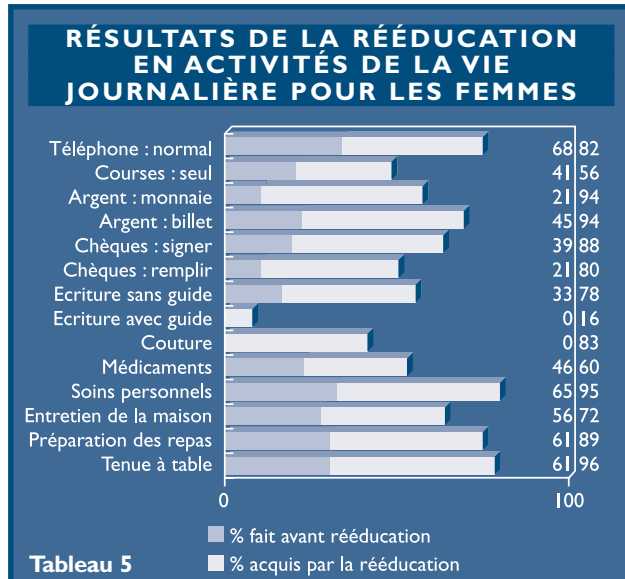
Afin d'être objectivement comparables, ils sont calculés par rapport au pourcentage des patients capables d'effectuer une tâche en début et en fin de rééducation.

Pour certaines activités, les résultats en fin de rééducation sont analogues dans les 2 sexes (tenue à table, soins personnels, utilisation du téléphone, signature d'un chèque). Pour les autres activités, les femmes sont redevenues en



général plus performantes, et surtout dans ce qui constitue, pour elles, la réponse à un besoin constant. Ceci apparaît dans 4 domaines qui souvent leur sont plus spécifiquement dévolus (entretien de la maison, préparation des repas, courses, couture). Cette dernière activité n'était accessible à aucun patient avant rééducation.

Durée des séances en activités de la vie journalière :

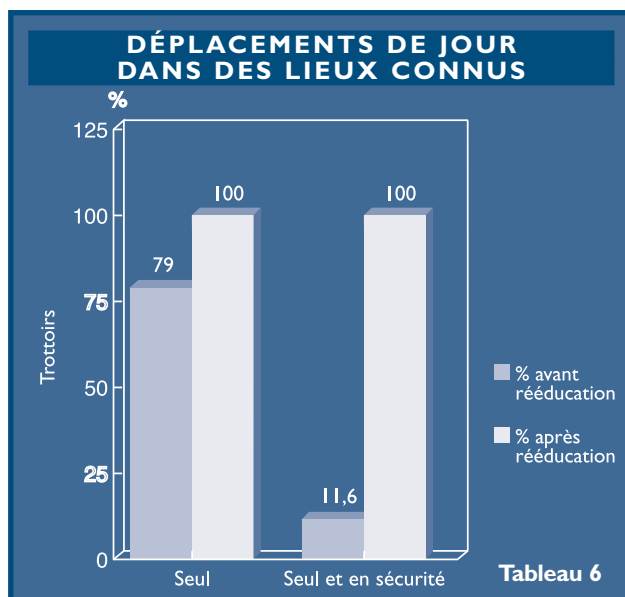


- 80 % des patients ont eu un maximum de 10 heures d'activité de la vie journalière,
- 96,5 % d'entre eux ont eu un maximum de 20 heures, aucune rééducation n'a excédé 30 heures,
- les personnes atteintes de DMLA et de Glaucome ont été les seules ayant besoin de plus de 20 heures.

### Locomotion

Lors de l'évaluation initiale, parmi les 159 patients devant entreprendre une rééducation, 68 avaient fait état de difficultés pour se déplacer. Dans un premier temps, chacun de ces 68 patients a bénéficié de 2 séances de travail en locomotion qui ont amené aux conclusions suivantes :

- pour 25 : travail non poursuivi : les 2 séances ont été suffisantes
  - soit pour une prise de conscience des capacités. Ces patients se déplacent en sécurité de nouveau,
  - soit les limites ont été analysées objectivement et le patient renonce à les dépasser (ce sont essentiellement des personnes âgées) ;
- pour 43 : le travail en locomotion a été poursuivi afin de permettre de retrouver un niveau maximal d'autonomie incluant pour 17 un travail de nuit.

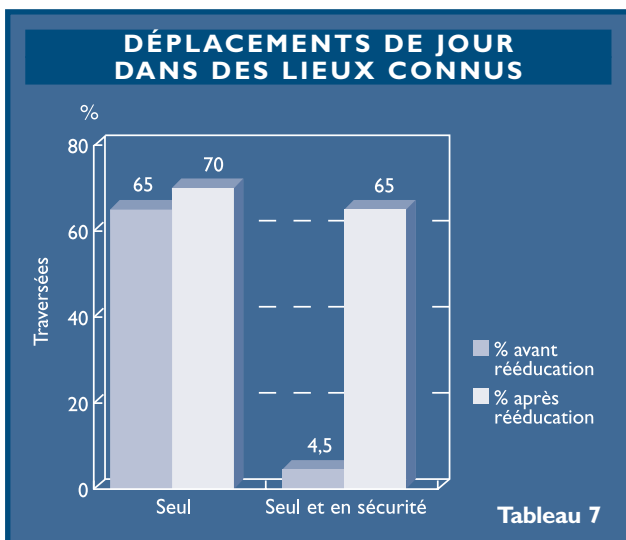


L'étude comparative des performances de ces 43 patients, avant et après rééducation, a été faite dans 2 situations :

- déplacement de jour dans des lieux connus sur les trottoirs (tableau 6) et lors des traversées (tableau 7),
- déplacement de nuit dans des lieux inconnus (tableau 8).

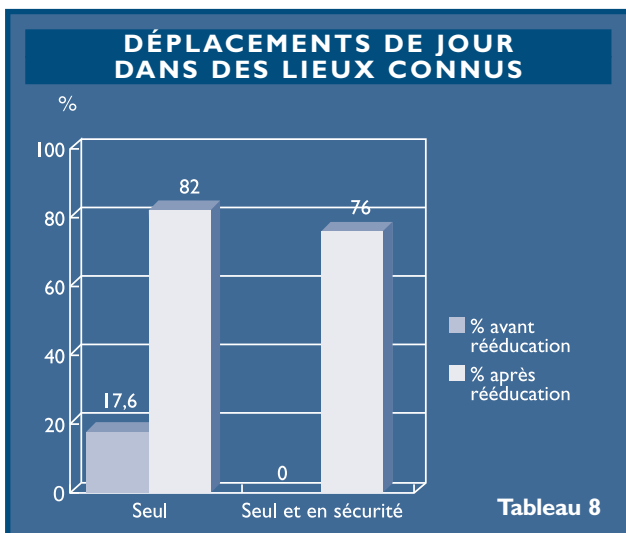
Une attention particulière est portée à la notion de sécurité dans les déplacements effectués.

Avant rééducation, 79 % des patients circulent sur les trottoirs, 100 % en fin de rééducation ; mais, seuls et en sécurité, ils ne sont que 11,6 %, atteignant 100 % à l'issue de



la prise en charge.

Pour les traversées de jour dans les lieux connus (tableau 7), l'écart est également important, mais la réussite plus difficile : 65 % avant rééducation et 70 % après. En condition isolée et



en sécurité, ces chiffres atteignent 4,5 % avant et 65 % en fin de rééducation.

Seulement 17,6 % des patients circulent seuls de nuit avant rééducation, 82 % en fin de rééducation. Aucun ne le fait seul et en sécurité au départ, et 76 % le font seuls et en sécurité en fin de rééducation.

La durée totale de ces rééducations en locomotion est donnée en % des 68 patients concernés.

- 1/3 a eu un maximum de 10 heures,

- 1/3 a eu entre 21 et 40 heures de rééducation.

Ici encore, les variations sont très grandes et fonction de la pathologie en cause. Si 100 % des patients présentant une rétinopathie pigmentaire ont bénéficié de locomotion, seulement 57 % porteurs de myopie forte et 22 % atteints de presbytie ont eu recours.

## Discussion

100 % des patients pris en charge ont nécessité une rééducation en basse vision. Au cours du premier entretien, ils avaient formulé la demande de retrouver une autonomie de lecture. En fin de rééducation, 115 personnes sur 159 ont eu accès à une lecture suivie ; 51 d'entre elles ont eu recours à un télé-agrandisseur pour y parvenir.

L'évaluation systématique des difficultés dans les activités de la vie journalière a montré qu'une perte d'autonomie se manifeste dans l'exécution de multiples tâches de la vie quotidienne et constitue une conséquence du handicap fonctionnel.

Par ailleurs, 82 % des patients rééduqués ont fait état de difficultés dans la vie quotidienne (monnaie, tenue à table, soins personnels...). La possibilité d'avoir de nouveau accès à certaines tâches est en outre particulièrement importante pour les personnes vivant seules (46 % de nos patients rééduqués).

L'évaluation des besoins en locomotion a montré que 43 % des patients avaient exprimé des difficultés. Si la population âgée formulait une demande limitée (refaire les courses dans le quartier), la population plus jeune avait une attente plus large (trajets inconnus, déplacements de nuit).

Par la diversité des domaines abordés, on perçoit à quel point la rééducation permet la réacquisition d'une vie autonome. Elle permet à bon nombre de patients d'assurer ainsi un choix de vie en évitant une dépendance (par rapport à la famille ou par rapport à une collectivité).

Les progrès accomplis ont révélé que certains patients ayant eu une aggravation de leur état clinique en cours de rééducation n'en avaient pas toujours pris conscience car ils en compensaient de mieux en mieux les conséquences.

## Conclusion

Les résultats présentés sont le fruit du travail d'une équipe pluridisciplinaire qui, outre les rééducateurs, sous la responsabilité de l'ophtalmologiste, a impliqué l'opticien et la psychologue tout au long de la rééducation.

L'importance d'évaluer avec soin et dans leur ensemble les difficultés et les besoins de chaque patient (basse vision - AVJ - locomotion) et les possibilités (aptitudes physique et psychologique) est démontrée par l'étendue des doléances exprimées et des résultats obtenus.

