

L2 98

CLASSEUR  
BASSE VISION

# Les patients mal-voyants et leurs droits

X ZANLONGHI, MS. SANDER,  
V. NOUREAU, N. PRIGENT, L. AVITAL

(Nantes)

## 1 - DÉFINITIONS DU HANDICAP VISUEL EN FRANCE

Les définitions du handicap visuel en France ne s'appuient pas 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.

### 1.1 LES MOINS DE 20 ANS

Les services externes (SAAAIS, SAFEP, SESSAD,...), 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, parfois pour des problèmes sociaux.

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

### 1.2 DE 20 ANS 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.

### **1.3 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) institué par la loi du 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 [3, 4, 5]. La demande est à adresser au service social du conseil général du département d'habitation.

### **1.4 PARTICULARITES DES DEFICIENCES 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 [16]. En effet quelles sont les relations entre une dépendance et une déficience sensorielle visuelle ?

## **2 - TENTATIVE DE NORMALISATION DES MESURES D'ACUITE VISUELLE ET DE CHAMP VISUEL DANS LE HANDICAP VISUEL**

### **2.1 LA MESURE DE L'ACUITE 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. En effet, si la définition de la « cécité complète » est simple - il s'agit de « l'abolition de la perception lumineuse » -, en revanche le législateur a prévu un subtil distinguo officiel entre « quasi-cécité » et « cécité professionnelle ».

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 [7, 8], logMAR [9], score ETDRS, snellen,...) il vous appartiendra de fournir une table de correspondance.

Snellen à 4 m	Snellen à 20 pieds	angle visuel minutes d'arc	valeur logMAR	score ETDRS	fraction décimale	notation Monoyer	notation en cycles par degré
	20/2400	120				1/120	0,25
4/320	20/1600	80			0,0125	1/80	0,375
	20/1200	60			0,016	1/60	0,5
4/160	20/800	40			0,025	1/40	0,75
4/120	20/600	30			0,033	1/30	1
4/80	20/400	20	1,3	20	0,05	1/20	1,5
4/63	20/320	16	1,2	25	0,06	1/16	
4/50	20/250	12,50	1,1	30	0,08	1/12	
4/40	20/200	10	1	35	0,10	1/10	3
4/32	20/160	8	0,9	40	0,125	1,25/10	3,75
4/25	20/125	6,30	0,8	45	0,16	1,6/10	4,8
4/20	20/100	5	0,7	50	0,20	2/10	6
4/16	20/80	4	0,6	55	0,25	2,5/10	7,5
4/12,6	20/63	3,20	0,5	60	0,32	3,2/10	9,6
4/10	20/50	2,50	0,4	65	0,40	4/10	12
4/8	20/40	2	0,3	70	0,50	5/10	15
4/6,3	20/32	1,60	0,2	75	0,63	6,3/10	18,9
4/5	20/25	1,25	0,1	80	0,80	8/10	24
4/4	20/20	1	0	85	1	10/10	30
4/3,2	20/16	0,80	-0,1	90	1,25	12,5/10	37,5
4/2,5	20/12,5	0,63	-0,2	95	1,6	16/10	48
4/2	20/10	0,50	-0,3	100	2	20/10	60

Table de correspondance entre les différentes notations de l'acuité visuelle.

Oeil Droit ----- Oeil 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 é totale
10/10...	0	0	0	1	2	3	4	7	12	18	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	18	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

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

Oeil Droit ----- Oeil 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

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).

## 2.2 MESURE DU CHAMP VISUEL

Les normes anglo-saxonnes et le Guide-Barème de 1993 français préconisent une méthode de pondération des déficits en champ visuel datant de 1968 (ESTERMAN) [10, 11, 12, 13].

Elle a été développée afin de permettre l'évaluation quantitative de l'incidence d'une atteinte pathologique sur la vie quotidienne du patient malvoyant [14].

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 [15].

- la grille de pondération est publiée dans le décret de 1993. Une copie peut être obtenue auprès des Laboratoires CHAUVIN, ou auprès de l'ARIBA.

Des lunettes de simulation peuvent utilement expliquer un déficit visuel à l'entourage d'un malvoyant. Vous pouvez, par exemple, les commander à la Manufacture d'Optique, Zone industrielle du Carie, Route de Sospel, 06500 MENTON, tél : 04 92 10 58 40

### **3 - DEPENDANCE - MALVOYANCE - CECITE**

#### **3.1 QU'EST CE QUE LA GRILLE AGGIR (3, 4)**

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, les soignants. Dans le modèle AGGIR, les aides matérielles et techniques sont considérés comme faisant partie de la personnes : 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 communications : 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 isoressources 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 des 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.

### **3.2 CONSÉQUENCE DE L'APPLICATION DE LA PRESTATION SPÉCIFIQUE DÉPENDANCE (PSD) SUR LES MALVOYANTS ET NONVOYANTS DE PLUS DE 60 ANS.**

Seuls les patients relevant des groupe 1, 2, 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.

## **4 - ROLES DES CDES, DES COTOREP, DU CONSEIL GENERAL**

### **4.1 LES COMMISSIONS DÉPARTEMENTALES D'ÉDUCATION 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, deux chiffres clés de taux médical d'incapacité sont importants :

- 50 %
- 80 %

### **4.2 - LES COMMISSIONS TECHNIQUES D'ORIENTATION ET DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL (COTOREP ; LOI DE 1975)**

- **la première section** apprécie la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et l'incidence du handicap sur la vie professionnelle
  - catégorie A : handicap léger
  - catégorie B : handicap modéré
  - catégorie C : handicap grave

- **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 »,
  - statut sur une orientation vers des hébergements ou des établissements pour les personnes lourdement handicapés (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, et une grande patience, les délais d'instruction du dossier allant de 2 mois à parfois plus de 8 mois.

#### **4.3 - ROLE DU CONSEIL GENERAL - LES DIRECTIONS DES INTERVENTIONS SANITAIRES ET SOCIALES - PRESTATION SPECIFIQUE DEPENDANCE (DISS ; loi du 24 janvier 1997)**

La loi du 24 janvier 97 [2, 16] revient à mettre en place une nouvelle prestation dont la gestion est confiée aux départements, loi de décentralisation oblige [2].

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 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 soit pas remplies par un ophtalmologiste.

Il n'est même pas demandé de certificat ophtalmologique détaillant l'acuité visuelle, le champ visuel binoculaire, la liste des aides techniques indispensables pour avoir une certaine autonomie (loupe, canne blanche,...), et encore moins de bilan orthoptique de type basse-vision.

#### **4.4 LA CARTE D'INVALIDITÉ**

Peuvent prétendre [17, 18, 19] 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, 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 », la mention « cécité », pouvant faire bénéficier de la gratuité des transport en commun dans certaines villes, des places prioritaires, 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),
- l'exonération de la vignette automobile si la mention « station debout pénible», ou «cécité», ou «canne blanche» est mentionnée,
- l'exonération de la redevance télévision (selon ressources),
- 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 [20]

Pour les personnes handicapées de plus de 60 ans, la demande de PSD auprès du conseil général est indépendante 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 la personne handicapée.

#### 4.5 LES CERTIFICATS MÉDICAUX POUR MALVOYANCE OU CECITÉ 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 sur 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, 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.

#### 4.6 LE CALCUL DU TAUX MEDICAL D'INCAPACITÉ EST DU RESSORT DES CDES ET DES COTOREP

Dans certain cas (contre-expertise demandé 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].

#### 4.7 LES CERTIFICATS MÉDICAUX CONCERNANT LA PRESTATION SPECIFIQUE DEPENDANCE DESTINÉS AUX DISS

Chaque conseil général édite son modèle de dossier. Lors d'une première demande de PSD, un dossier social (adresse, environnement du

patient, revenu,...), un certificat médical non ophtalmologique doit être adressé à la DISS du département.

## **5 - PRESTATIONS SOCIALES ACCORDEES AUX HANDICAPES VISUELS**

### **5.1 L'ALLOCATION D'EDUCATION SPECIALE (AES) DESTINEE AUX PARENTS D'ENFANT DEFICIENT VISUEL [17, 18, 19]**

Ouvre 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
  - il a recours à une éducation spéciale, à une rééducation ou 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 minimum 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<sup>er</sup> janvier 98 sans condition de ressources**

**AES = 682 F/mois**

S'y ajoutent éventuellement :

- complément première catégorie soit 512 F/mois

- complément deuxième catégorie soit 1535 F/mois
- complément troisième catégorie soit 5658 F/mois (le montant correspond au montant de la Majoration pour Tierce Personne MTP)

## **5.2 LES MAJORATIONS DE BOURSES D'ETUDES**

Il existe diverses possibilités d'obtenir des bourses en vue de permettre de suivre des études primaires, secondaires et supérieures [21]. La plupart de ces bourses prévoient des majorations spéciales pour les élèves ou étudiants handicapés.

## **5.3 ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES (AAH)**

Créée en 1975, l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) est destinée aux **personnes handicapées adultes de plus de 20 ans aux revenus modestes** [17,18, 19, 22, 23].

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, 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 faite 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<sup>er</sup> janvier 1998**

Attention, il y a des conditions de ressources et l'impossibilité de cumuler avec certaines autres pensions (vieillesse ou invalidité) rendant le calcul du montant versé très complexe. AAH au taux plein = 3470,91 F/mois

s'y ajoutent éventuellement :

- complément d'allocation soit 550 F/mois

## 5.4 LES DIFFERENTES ALLOCATIONS COMPENSATRICES

### 5.4.1 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) [18, 19, 20].

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** [16]. La grille de dépendance AGGIR, qui permettra de calculer un taux de dépendance sur lequel sera basé l'allocation dépendance, ignore la cécité [3, 4].

L'Allocation Compensatrice pour tierce personne 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.

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<sup>er</sup> janvier 1996

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 2263,25 F/mois et 4526,20 F/mois ( 40 % à 80 % de la MTP).

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

### 5.4.2 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 [24].

**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 le 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.

**Article 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.

#### **5.4.3 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,...)

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

## **5.5 PRESTATION SPECIFIQUE DEPENDANCE**

Dans l'état actuel des textes et de leurs interprétations, seul 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 5596 F maximum par mois.

### **5.6 TOUJOURS DEMANDER POUR VOTRE PATIENT UNE PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE AU TITRE DES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE (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 nombreux consultations, actes techniques (LASER, angiographie, chirurgie, rééducation basse-vision,...) seront nécessaires.

Vous devez demander au médecin conseil le « protocole d'examen spécial » article L.324-1 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, le diabète confirmé, dans certaines autres pathologies plus rares... Par contre elles acceptent parfois la prise en charge des transport 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 la prise en charge des frais de transport.

### **5.7 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 [19].

## **6 - FINANCEMENT D'UNE AIDE VISUELLE TECHNIQUE**

### **6.1 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 :

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 :

<b>NOMENCLATURE</b>	<b>TARIF TTC</b>
<b>• Aides visuelles optiques</b>	
Loupes 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.	5.000

## **6.2 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 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 [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 [26]. Ce sont leurs ministères qui doivent financer les aides techniques.

### **6.3 FINANCEMENT D'UNE AIDE TECHNIQUE QUELQUE SOIT L'AGE DU MALVOYANT OU DU NONVOYANT**

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

**A - 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.

**B - 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).

**C - Dossier à adresser au Maire de la commune**

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

**D - Dossier à adresser à la mutuelle du patient**

**E - 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, ...)

**F - 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 - 72033 LE MANS.**

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

## **7 - DES PROFESSIONNELS DE LA BASSE-VISION A VOTRE SERVICE**

Il n'existe pas d'annuaires de l'ensemble des « professionnels de la basse-vision ».

Par contre il existe des annuaires par profession accessibles à tous sans qu'il soit fait mention d'une « compétence » en basse-vision, ou des annuaires d'association en général réservés à leurs membres.

**A - Les ophtalmologistes et les orthoptistes sont répertoriés dans un annuaire annuel publié par :**

le SYNDICAT NATIONAL DES OPHTALMOLOGISTES DE FRANCE  
1 rue des Pucelles 67000 Strasbourg,  
tél. : 03 88 36 57 94 - fax : 03 88 25 51 90 - Email: snof@sdv.fr

Les coordonnées des opticiens sont très facilement accessibles par le MINITEL 3611, ou auprès de leur syndicat :

UNION DES OPTICIENS  
45 rue de Lancry - 75010 PARIS - tél : 01 42 06 07 31 - fax : 01 42 00 00 60

**B - Les orthoptistes syndiqués sont répertoriés auprès de leur syndicat :**

SYNDICAT NATIONAL AUTONOMES DES ORTHOPTISTES (SNAO)  
20 rue Richer - 75009 PARIS - tél 01 40 22 03 04 - fax : 01 40 22 03 12

Ce syndicat publie une liste, ou figure par département, le nombre d'orthoptistes ayant bénéficié d'une formation post-universitaire sur la basse-vision.

Les orthoptistes sont répertoriés auprès de leur association :

ASSOCIATION FRANCAISE D'ORTHOPTIQUE (AFO)  
9 rue de Franche-Comté - 25000 BESANCON - tél/fax : 03 81 51 10 63

**C - Les membres de l'ASSOCIATION REPRESENTATIVE DES INITIATIVES EN BASSEVISION (ARIBa)**

7 rue de sontay 75116 PARIS - tél : 01 45 00 55 60 - fax : 01 45 00 58 33  
publient annuellement leur annuaire et édite une revue bi-annuelle.

**D - Il existe une ASSOCIATION DE LANGUE FRANÇAISE DES PSYCHOLOGUES SPECIALISES POUR HANDICAPES DE LA VUE**

23 rue Arago - 69100 VILLEURBANNE - tél : 04 72 33 89 59

**E - Il existe une ASSOCIATION NATIONALE FRANCAISE DES ERGOTHERAPEUTES**

38 rue Eugène Oudiné - 75013 PARIS  
tél : 01 45 83 50 38 - fax : 01 45 86 81 71

**F - Il existe une ASSOCIATION DES INSTRUCTEURS POUR L'AUTONOMIE DANS LA VIE JOURNALIERE DES PERSONNES AVEUGLES OU DEFICIENTES VISUELLES**

Domaine des Ombrages - 78160 MARLY LE ROI  
tél : 01 39 58 48 20 - fax : 01 39 16 36 05

**G - Il existe une ASSOCIATION DES INSTRUCTEURS DE LOCOMOTION POUR DEFICIENTS VISUELS**

7 rue Major Martin - Hôtel Municipal - 69000 LYON BP 28

**H- Il existe une ASSOCIATION DES MAITRES DE CHIENS-GUIDES**

1 rue du Chêne Vert - 44240 LA CHAPELLE SUR ERDRE  
tél : 02 40 72 04 43

Cette liste est loin d'être exhaustive.

Sur internet, le plus simple est de commencer par le site WEB du SNOF qui vous renvoie avec des liens sur tous ce qui concerne la vision et la basse vision francophone et anglophone : <http://www.snof.org>

## **8 - LES ETABLISSEMENTS POUR JEUNES DEFICIENTS VISUELS, LES ETABLISSEMENTS POUR ADULTES HANDICAPES VISUELS, LES CENTRES DE REEDUCATION FONCTIONNELLE**

- **La liste des établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents déficients visuels** peut être obtenue auprès de :

ONISEP diffusion - BP 86 - LOGNES  
77423 MARNE LA VALLEE cedex 2  
tél : 01 64 80 37 66 - fax : 01 64 80 35 01

- **La liste des établissements pour adultes handicapés visuels en vue d'une formation professionnelle** peut être obtenue auprès de :

ONISEP diffusion - BP 86 - LOGNES  
77423 MARNE LA VALLEE cedex 2  
tél : 01 64 80 37 66 - fax : 01 64 80 35 01

- **La liste des établissements pour enfants et adultes aveugles multihandicapés** peut être obtenue auprès de :

Revue réadaptation N° 443, sep/oct 1997  
10 rue de Sèvres - 75007 PARIS  
tél : 01 42 22 22 73 - fax : 01 42 22 65 12

ou auprès de :

COMITE DE LIAISON ET D'ACTION DES PARENTS D'ENFANTS  
ET D'ADULTE ATTEINTS DE HANDICAPS ASSOCIES  
18 rue Etex - 75018 PARIS - tél : 01 42 63 12 02 - fax : 01 46 27 80 92

- **La liste des établissements médico-sociaux pour jeunes et adultes sourds-aveugles** peut être obtenue auprès de :

- ASSOCIATION NATIONALE POUR LES SOURDS-AVEUGLES  
18 rue Etex - 75018 PARIS - tél : 01 42 63 12 02 - fax : 01 46 27 80 92

- FEDERATION NATIONALE DES INSTITUTS DE SOURDS  
ET D'AVEUGLES DE FRANCE

74 rue Dunois - 75616 PARIS cedex 13  
tél : 01 45 85 07 15 - fax : 01 45 85 64 44

- LES SIGNES BLEUS ASSOCIATION POUR SOURDS  
OU MALENTENDANTS AVEC PROBLEMES VISUELS  
6 hameau des Acacias - c/o Mme RIVALINER - 77185 LOGNES  
minitel et minicom 01 60 05 21 72 - fax : 01 64 11 30 43

**Plusieurs centres de rééducation fonctionnelle ont pour objet de permettre à la personne déficiente visuelle d'acquérir ou de retrouver le maximum d'autonomie pour favoriser la réinsertion familiale, sociale, professionnelle.**

- **ASSOCIATION POUR LES PERSONNES AVEUGLES ET MALVOYANTES**  
Domaine des ombrages - 78160 MARLY LE ROI  
tél : 01 39 58 48 20 - fax : 01 39 16 36 05
- **ASSOCIATION POUR LA REINSERTION DES AVEUGLES ET MALVOYANTS - ARAMAV**  
12 chemin du Belvédère - 30900 NIMES  
tél : 04 66 23 48 55 - fax : 04 66 23 18 83
- **ASSOCIATION POUR LES PERSONNES AVEUGLES OU MALVOYANTES FORMATION**  
3 rue Jacquier - 75014 PARIS - tél : 01 40 44 66 77 - fax : 01 40 44 67 75
- **INSTITUTION NATIONALE DES INVALIDES**  
6 boulevard des Invalides  
Unité Compensation du Handicap Visuel et Sensoriel  
75700 PARIS 07 SP - tél : 01 40 63 22 43

De nombreux autres projets sont à l'étude en France ou existent depuis quelques années comme par exemple :

- **HOPITAL DE LA TIMONE - CHU DE MARSEILLE**  
Service Basse-Vision - Service d'Ophthalmologie  
Chemin de l'Armée d'Afrique - Service du Pr RIDDINGS  
264 rue saint-Pierre - 13385 MARSEILLE - tél : 04 91 38 64 38

**Pour les chiens-guides d'aveugles tous les renseignements peuvent être obtenus auprès de :**

- **FÉDÉRATION NATIONALE DES CLUBS ET ÉCOLES DE CHIENS-GUIDES D'AVEUGLES**  
91 rue Jean Bleuzen - 92170 VANVES  
tél : 01 46 45 44 55 - fax : 01 46 44 55 99

## **9 - OU OBTENIR LES ADRESSES DES CDES, DES COTOREP, DES DISS**

- Dans l'annuaire des associations, établissements et organisations pour les aveugles et les malvoyants (4ème édition) publié par la Cause  
tél : 01 39 70 60 52
- Dans le numéro spécial N° 118/119 de la revue «Le Particulier» de juillet 1996  
21 bd Montmartre - 75082 Paris cedex 02 - MINITEL 3615 PAR
- Dans le répertoire des associations et organismes au service des personnes en situation de handicap édité par le CNRH  
236 bis rue de Tolbiac - 75013 PARIS  
tél : 01 53 80 66 66 - fax : 01 53 80 66 67

- Pour les CDES, la liste est envoyée sur demande par la :  
FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS  
DE PARENTS D'ENFANTS DEFICIENTS VISUELS (F.N.A.P.E.D.V.)  
28 place Saint-Georges - 75009 PARIS  
tél : 01 45 26 73 45 - fax : 01 45 26 05 24
- Dans le guide Néret, Ed. Lamarre - édition de 1997  
26 avenue de l'Europe - 78141 VELIZY - tél : 01 34 63 33 31
- Dans l'annuaire de l'ARIBa - édition 1998  
Clinique Sourdille - 3 place Anatole France - 44046 NANTES cedex 1  
fax : 02 51 83 31 87
- Dans le MINITEL : 3611 uniquement pour les COTOREP
- Sur INTERNET, le mot clé COTOREP a donné 187 références dont aucune ne contenait la liste avec les adresses complètes des COTOREP en France. Même chose pour le mot clé CDES.
- Auprès de l'assistante sociale de secteur, de la mairie, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, aux caisses d'allocations familiales, auprès du service social du conseil général.

## 10 - 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, 1994, N° 48, 72-79.
- 2 - Dossier : La vie dans notre société des personnes âgées devenues dépendantes. Réadaptation, N° 440, mai 1997, p 9 à 41.
- 3 - VETEL J. - AGGIR. Ou ? 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 - DOBSON V., TELLER D.Y. - Visual actuity in human infants : a review and comparaison of behavioral and electrophysiological studies. Vision Res., 1978, 18, 1469-1483.

- 8 - SPEEG-SCHATZ Cl. - Mesure de l'acuité visuelle aux réseaux par les cartons de Teller : dépistage efficace de l'amblyopie du nourrisson et du jeune enfant ? J. Fr. Ophthalmol., 1995, 18, 8/9, 510-515
- 9 - ARDEN G. - Le standart de mesure de l'acuité visuelle. J. Fr. Ophtal., 1988, 11, 779-792
- 10 - ESTERMAN B. - Grid for scoring visual fields - Arch. Ophthalmol., 1968, 6, 403-411
- 11 - ESTERMAN B. - Functional scoring of the binocular field - Ophthalmology, 1982, 89, 1226-1234
- 12 - ESTERMAN B. - Grids for functional scoring of visual fields. Ed. by Greve E.L., Verriest G., Fourth Int. Visual Fields Symposium, Bristol, 1980, W. Junk by Publ., The Hague. Doc. Ophthalmol. Proc. Series, 1981, 26, 373-380
- 13 - ESTERMAN B. - Functional scoring of the binocular visual field, Ed by GREVE E.L., HEIJL A., : Fith International Visual Field Symposium, Sacramento, October 20-23, 1982, Dr Junk Publ., The Hague. Doc. Ophthalmol. Proc. Series, 1983, 35, 187-192.
- 14 - FOELS 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
- 15 - SANDER M.S., ZANLONGHI X. - L'examen du champ visuel pour l'évaluation du handicap visuel. - J. Fr. Orthoptique, 1996.
- 16 - Loi N° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation s'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.
- 17 - Numéro spécial N° 118/119 de la revue «Le Particulier» de juillet 1996, 21 bd Montmartre 75082 Paris cedex 02, MINITEL 3615 PAR.
- 18 - 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

- 19 - Guide Néret édition de 1997 - tél : 01 34 63 33 31.
- 20 - Numéro 891 de la revue «Le Particulier» de décembre 1996  
21 bd Montmartre 75082 Paris cedex 02 - MINITEL 3615 PAR.
- 21 - Numéro 884 de la revue «Le Particulier» d'avril 1996  
21 bd Montmartre 75082 Paris cedex 02 - MINITEL 3615 PAR.
- 22 - Guide des droits des personnes handicapés, édité par l'UNAPEI  
tél : 01 44 85 50 50
- 23 - Revue JURIS-HANDICAPS, numéros 37 et 38.
- 24 - Le rétinopathie n°12 de 1994 revue de l'AFRP  
31771 COLOMIERS BP 62
- 25 - AGEFIPH - 192 avenue Aristide Briand - 92226 BAGNEUX  
tél : 01 46 11 01 55 - MINITEL : 3614 code FIPH
- 26 - Documentation sur les aides de l'AGEPHIP, revue Réadaptation  
N° 444, novembre 1997 p I à IV.

## 11 - GLOSSAIRE

- AAH : allocation adulte handicapé
- ACTP : allocation compensatrice tierce personne
- AES : allocation d'éducation spéciale
- AGEPHIP : Association Nationale de Gestion du Fonds d'Insertion Professionnel des Handicapés
- AGGIR : autonomie gérontologique groupe iso-ressources
- ALD : affection longue durée
- CAT : centre d'aide par le travail
- CDES : commissions départementales d'éducation spéciale
- COTOREP : commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel
- CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
- DISS : direction des interventions sanitaires et sociales
- ETDRS : early treatment diabetic retinopathy study
- GIC : grand invalide civil
- MTP : majoration tierce-oersonne
- OMS : organisation mondiale de la santé
- PSD : prestation spécifique dépendance
- SAMIS : service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire
- SAFEP : service d'accompagnement familial et d'éducation précoce
- SESSAD : service d'éducation spécialisé et de soins à domicile