

## Démarches pratiques en neuro-ophtalmologie

### Droits et prestations sociales pour la prise en charge du handicap neurovisuel

Selon l'âge, la prise en charge du handicap visuel passe par une aide au niveau de l'école, au niveau du domicile, avec en plus pour l'adulte un aménagement du poste de travail, éventuellement aidée par des professionnels comme un orthoptiste, un opticien spécialisé, un psychomotricien, un ergothérapeute, un instructeur en locomotion, un éducateur, un enseignant spécialisé, etc., la prescription d'aide technique comme une loupe, et/ou une préconisation de canne blanche, de chien guide, de GPS spécialisé, ou tout autre aide technique, l'orientation éventuelle avec des structures spécialisés dans l'aide aux enfants et adultes, personnes âgées atteints de déficiences neurovisuelles<sup>1</sup>.

### Droits liés à la maison départementale des personnes handicapées – maison départementale de l'autonomie (MDPH-MDA)

Si les difficultés neurovisuelles sont sévères, il est possible de bénéficier de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), selon que les difficultés neurovisuelles ont été reconnues avant ou après l'âge de 60 ans. Si le patient a moins de 60 ans, c'est la MDPH qui renseigne sur les aides existantes et qui fournit le dossier à remplir.

Si le patient a plus de 60 ans, c'est le centre local d'information et de coordination (CLIC) qui le renseigne.

Ces aides pourront être attribuées suite à l'évaluation de la situation, des besoins, et éventuellement des ressources du patient par une équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui évalue les besoins des personnes en situation de handicap en utilisant un outil d'évaluation nommé GEVA ou Guide d'évaluation des besoins de compensation pour les personnes handicapées, et propose un plan personnalisé de compensation sur la base :

- d'un projet de vie complété par le patient et/ou sa famille;
- d'un certificat médical (<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R47851>) de l'ophtalmologiste traitant ou du centre de référence ou de compétence indispensable pour calculer le taux médical d'incapacité;
- d'un certificat médical de l'ORL en cas de surdité associée;
- d'un certificat médical du neuropédiatre, du neurologue, du médecin de rééducation s'il existe une déficience neurologique importante en plus de la déficience visuelle;
- parfois d'un certificat médical du pédopsychiatre, psychiatre.

C'est la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui assure le suivi de la mise en œuvre des décisions prises. Elle accorde et fixe, à l'aide d'un guide barème, le taux d'incapacité permettant l'ouverture du droit à :

- des aides humaines et des aides techniques via la prestation de compensation du handicap (PCH) pour les patients de moins de 60 ans;
- des aides financières : l'allocation d'éducation pour l'enfant handicapé (AEEH) et ses compléments, l'allocation adulte handicapé (AAH), et éventuellement à l'un de ses compléments.

Il existe le forfait cécité dès lors que la personne déficiente neurovisuelle a une acuité visuelle strictement inférieure à 1/20<sup>e</sup> après correction.

Ces prestations s'ajoutent aux prestations familiales de droit commun pour compenser les dépenses liées au handicap de l'enfant jusqu'à 20 ans comme l'allocation journalière de présence parentale (AJPP), ou des congés lorsque l'aidant familial qui exerce encore une activité professionnelle salariée doit prendre un congé sans solde pour venir en aide à un proche en fin de vie ou en perte d'autonomie. Il existe plusieurs sortes de congés, en fonction de la situation.

L'aide à domicile et les solutions de répit peuvent être incluses dans le plan d'aide, si la personne âgée bénéficie de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Les caisses de retraite prévoient également une aide au maintien à domicile couvrant partiellement les frais engendrés par ces solutions, pour les aînés non éligibles à l'APA.

Depuis la loi d'adaptation de la société au vieillissement, les aidants ont droit à une aide au répit de 500 euros (en 2019).

La carte mobilité inclusion (CMI) comprend trois mentions : « invalidité », « priorité » et « stationnement pour personnes handicapées ».

- La CMI mention « invalidité » est délivrée à tout patient déficient neurovisuel dont le taux d'incapacité permanente est au moins de 80 %, ou bénéficiant d'une pension d'invalidité classée en troisième catégorie par l'Assurance maladie. La mention « invalidité » donne des droits à son titulaire et à la personne l'accompagnant (priorité d'accès notamment dans les transports en commun, avantages fiscaux, etc.). La mention « invalidité » peut être surchargée de deux sous-mentions :
  - sous-mention « besoin d'accompagnement » : attribuée aux personnes qui bénéficient d'une prestation au titre d'un besoin d'aide humaine (PCH, APA);
  - sous-mention « cécité » : attribuée aux personnes dont la vision centrale est strictement inférieure à 1/20<sup>e</sup> de la normale avec correction.
- La CMI mention « priorité » est délivrée si l'incapacité est inférieure à 80 % mais avec une station debout pénible. Elle permet d'obtenir une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente, dans les établissements et manifestations accueillant du public, et dans les files d'attente.
- La CMI mention « stationnement pour personnes handicapées » est attribuée à toute personne atteinte d'un handicap qui réduit de manière importante et durable sa capacité et son autonomie de déplacement à pied ou qui impose qu'elle soit accompagnée par une tierce personne dans ses déplacements. Elle permet de bénéficier des places stationnement ouvertes au public.

Ces cartes doivent être demandées auprès de la maison départementale des personnes handicapées quel que soit l'âge du patient (voir <https://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/prestations/article/la-carte-mobilite-inclusion-cmi>).

### Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Peuvent bénéficier de l'APA :

- les personnes âgées de plus de 60 ans;
  - les personnes en situation de perte d'autonomie et ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.
- Le degré de perte d'autonomie dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne est apprécié en fonction des éléments recueillis d'après une grille nationale AGGIR (autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources) qui comprend six groupes, selon le degré de dépendance.

Seuls les groupes 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. Une personne aveugle sans autres déficiences associées sera classée en GIR (groupe iso-ressource) 4, parfois 3.

## Assurance maladie – affection longue durée (ALD) en pathologie neurovisuelle

### 1. Les ALD non exonérantes

Les ALD non exonérantes sont définies par l'article L. 324-1 du Code de la Sécurité sociale. Ce sont des affections qui nécessitent une interruption de travail ou des soins continus d'une durée prévisible égale ou supérieure à 6 mois, mais qui n'ouvrent pas droit à l'exonération du ticket modérateur. En pratique, vous faites un arrêt de travail de plus de 6 mois par exemple pour un adulte devenant brutalement déficient visuel atteint de neuropathie optique de Leber.

### 2. ALD exonérantes

Les ALD sont des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Cette ALD nécessite l'établissement d'un protocole de soins définissant le parcours de soins souhaitable pour le malade.

Nous retrouverons principalement des déficiences neurovisuelles dans les ALD du [tableau 1](#).

En cas de questionnement sur le diagnostic ou si le protocole de soins établi par le médecin ne permet pas de déterminer le parcours de soins prévisible, un contact peut être pris avec la cellule nationale maladies rares de l'Assurance maladie.

### 3. L'invalidité « Sécurité sociale »

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.

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 trois catégories :

- catégorie 1 : l'invalidé est capable d'exercer une activité rémunérée au tiers de ses capacités antérieures (dans ce cas, la pension sera égale à 30 % de son salaire annuel moyen) ;
- catégorie 2 : l'invalidé est absolument incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque (dans ce cas, la pension est égale à 50 % de son salaire annuel moyen) ;
- catégorie 3 : l'invalidé est absolument incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque et, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (dans ce dernier cas, le montant de la pension équivaut à celui d'une pension de catégorie 2 augmentée d'un montant forfaitaire, appelé « majoration pour tierce personne »).

### 4. Le protocole de soins

Le protocole de soins est un formulaire qui ouvre les droits à l'exonération du ticket modérateur, qui définit l'ensemble des éléments thérapeutiques, et mentionne les médecins et professionnels de santé paramédicaux nécessaires.

Le protocole de soins est mis en place en trois étapes :

- il est établi par le médecin traitant, ou par un spécialiste (pédiatre, neuropédiatre, généticien, neurologue, ophtalmologiste, médecin de rééducation, etc.) en sortie d'hospitalisation ;
- il est adressé au médecin conseil de l'Assurance maladie, qui donne son accord pour la prise en charge au titre de l'ALD d'une partie ou de la totalité des soins et des traitements liés à la pathologie neurovisuelle ;
- le médecin traitant ou le spécialiste remet ensuite au patient le volet du protocole de soins.

Le protocole de soins permet de bénéficier d'un remboursement à 100 % sur la base du tarif de la Sécurité sociale pour les soins, les traitements en rapport avec la pathologie et une meilleure prise en charge des transports.

**Tableau 1 – Déficiences visuelles par neuropathie optique dans les ALD.**

Numéro ALD	Nom de l'ALD	Nombres de personnes atteintes en France au 31/12/2017	Âge moyen	Type de déficience visuelle possible
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	2 695 650	67 ans	Neuropathie optique (NO) avec perte de vision centrale
9	Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	328 210	48 ans	Atteinte de l'oculomotricité NO
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences	360 840	84 ans	Atteinte neurovisuelle
16	Maladie de Parkinson	129 900	76 ans	Atteinte de l'oculomotricité NO
17	Maladies métaboliques héréditaires	77 200	50 ans	Atteinte neurovisuelle parfois NO
20	Paraplégie	34 200	52 ans	Atteinte neurovisuelle
25	Sclérose en plaques	88 270	51 ans	Atteinte de l'oculomotricité NO
29	Tuberculose active, lèpre	11 530	51 ans	Traitement en cours par myambutol
30	Tumeur maligne	2 141 330	68 ans	Atteinte visuelle très variable avec parfois des NO
31	Affections dites « hors liste »	605 930	56 ans	Pathologies avec atteinte centrale, NO, POM

## **Mutuelle et caisse de retraite**

Les mutuelles de santé, les communes, les conseils généraux, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), les caisses nationales d'assurance vieillesse, les autres caisses de retraite peuvent également aider pour la prise en charge ponctuelle de certaines aides et prestations.

## **Adaptation du lieu de vie/travail**

La déficience neurovisuelle, voire motrice nécessite parfois une adaptation du lieu de vie et/ou du lieu de travail :

- aménagement des lieux (éclairage appropriés, lumières indirectes, bureau incliné, signalétique en gros caractères ou vocalisée ou tactile, rampe, etc.);
- matériel : cuisine adaptée pour préparer ses repas, four et micro-onde avec synthèse vocale, marquage en gros caractères ou tactile, loupes éclairantes, téléphones à commande vocale, etc.

Les ergothérapeutes spécialisés en basse vision, les instructeurs en autonomie de la vie journalière (AVJ) sont d'une aide précieuse.

## **Les aides pour la vie quotidienne, scolaire et professionnelle**

Les aides paramédicales, médico-sociales, humaines et techniques (voir <https://www.sensgene.com/centre-de-documentation/les-fiches-infos-aides-et-droits>) peuvent être obtenues soit :

- sur prescription du médecin traitant, de l'ophtalmologiste traitant, du neurologue ou du médecin du centre de référence ou de compétence avec une prise en charge et un protocole d'affection longue durée hors liste (ALDHL) par la CPAM;
- sur demande de la personne atteinte ou de sa famille auprès de la MDPH qui informe sur les aides et les prestations existantes (aides humaines, techniques, financières, relatives au travail, etc.).

### **1. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et ses compléments**

L'AEEH est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. Cette aide est versée à la personne qui en assume la charge. Elle peut être complétée, dans certains cas, d'un complément d'allocation. Les compléments sont accordés en fonction :

- des dépenses liées au handicap;
- et/ou de la réduction ou cessation d'activité professionnelle d'un ou des parents;
- ou de l'embauche d'un tiers.

### **2. La prestation de compensation du handicap (PCH)**

La prestation de compensation du handicap (PCH) est destinée à couvrir les surcoûts de toutes natures liés au handicap dans la vie quotidienne, qu'il s'agisse d'aides humaines, d'aides techniques ou encore d'aménagement du logement, du véhicule, d'éventuels surcoûts résultant du transport, de charges spécifiques et exceptionnelles ainsi que d'aides animalières. En prenant en compte les besoins et aspiration de la personne handicapée, elle offre une prise en charge individualisée. La PCH ne fait pas référence au taux d'incapacité permanente, mais à une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou à une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités. Sont visées dans le premier cas la personne qui ne peut pas réaliser elle-même une activité donnée et, dans le deuxième cas, celle qui l'effectue difficilement et de façon altérée. En tout état de cause, ces difficultés doivent être définitives ou d'une durée prévisible d'au moins un an. La détermination du niveau de difficultés se fait en référence à la réalisation d'activités par une personne du même âge qui n'a pas de problème de santé. Ces activités, répertoriées dans un « référentiel », relèvent des domaines suivants : la mobilité (se mettre debout, marcher, etc.), l'entretien personnel (se laver, prendre ses repas, etc.), la communication (parler, entendre, comprendre, etc.), les tâches et exigences générales, et les relations avec autrui (s'orienter dans le temps, l'espace, maîtriser son comportement dans ses relations avec les autres, etc.).

### **3. L'allocation aux adultes handicapés (AAH)**

L'AAH est une aide financière qui permet d'assurer un minimum de ressources. Cette aide est attribuée sous réserve de respecter des critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources. Elle est accordée sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Son montant vient compléter les éventuelles autres ressources de la personne en situation de handicap.

### **4. La majoration pour vie autonome (MVA)**

La MVA est une aide qui vient en complément de l'AAH pour les personnes handicapées qui occupent un logement indépendant.

### **5. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)**

L'APA est une allocation destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie :

- l'APA à domicile aide à payer les dépenses nécessaires pour rester vivre à domicile malgré la perte d'autonomie;
- l'APA en établissement aide à payer une partie du tarif dépendance en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

**6. Pour l'école**, les enseignants et les personnels d'encadrement, d'accueil, techniques et de service reçoivent une formation spécifique concernant l'accueil et l'éducation des élèves et étudiants handicapés. Il existe également des accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH) qui remplacent progressivement les auxiliaires de vie scolaire (AVS). Ils ont des fonctions d'aide à l'inclusion scolaire, y compris en dehors des temps scolaires.

**7. Pour les adultes**, il existe des auxiliaires de vie sociale pour accompagner le patient au quotidien (faciliter le lever, le coucher, l'aider à faire la toilette, s'habiller, se coiffer, apporter son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées).

L'AVS contribue à préserver ou restaurer l'autonomie en réalisant également des soins impliquant la manipulation de la personne, ou à effectuer des soins infirmiers.

L'AVS n'intervient que quelques heures par jour, en fonction des besoins de la personne aidée et du degré de dépendance. Les modalités d'intervention sont définies lors de l'élaboration du projet individualisé.

### **6. Aides à domicile**

Leur rôle est de permettre aux personnes en situation de handicap, âgées et dépendantes de pouvoir continuer à vivre à leur domicile, de les aider à maintenir leur autonomie, de favoriser leur confort et leur bien-être : les services d'aide à domicile les accompagnent dans leur quotidien.

Il existe :

- des services d'aides aux personnes permettent un accompagnement et une aide dans les tâches ordinaires de la vie quotidienne;
- l'hospitalisation à domicile (HAD), qui est une hospitalisation à part entière – avec continuité des soins 24 heures/24 – qui se situe au domicile du patient ou dans les EHPAD.

## **Sport**

La plupart des fédérations sportives publient un règlement médical en vue de la délivrance d'un certificat de non-contre-indication à la pratique de tel ou tel sport. Cependant, 71 % des fédérations de sport n'ont pas de règlement médical ophtalmologique.

L'International Blind Sport Association (IBSA) est la fédération internationale qui gère le sport pour les sportifs handicapés visuels, aveugles et amblyopes. La classification B1 B2 B3 de l'IBSA est mise à jour régulièrement (<http://www.ibsasport.org/classification/>). Les mesures de l'acuité visuelle et du champ visuel (index Goldmann III/4) doivent être effectuées avec correction et c'est le résultat sur le meilleur œil qui est pris en compte. L'acuité visuelle doit être mesurée avec une échelle développée par I. Bailey, l'échelle BRVT Berkeley Rudimentary Vision Test ([www.precision-vision.com](http://www.precision-vision.com)). Le champ visuel doit être effectué en monoculaire sur chacun des deux yeux.

- B1 : Absence totale de perception de la lumière des deux yeux ou faible perception de la lumière, assortie d'une incapacité à reconnaître la forme d'une main, quelles que soient la distance et la direction (aveugles). La recommandation de 2012 précise que l'acuité visuelle est inférieure à LogMAR 2,60.
- B2 : Capacité à reconnaître la forme d'une main (LogMAR 2,60) jusqu'à une acuité visuelle de 2/60 (soit 1/30 ou 0,33/10 ou LogMAR 1,50) et/ou un champ visuel de moins de 10 degrés.
- B3 : Acuité visuelle supérieure à 2/60 (soit 1/30 ou 0,33/10 ou LogMAR 1,50) et allant jusqu'à 6/60 (1/10 ou LogMAR 1) et/ou champ visuel de moins de 40 degrés ([tableau 2](#)).

**Tableau 2 – Différentes notations de l'acuité visuelle.**

Catégorie OMS	Valeur LogMAR	Notation Monoyer <sup>1,3</sup>	Score ETDRS	Notation de Snellen – distance de mesure à 4 mètres	Notation de Snellen – à 20 pieds
Cat. 4 : cécité presque totale	+2,3	1/200 (voit bouger la main)			20/4000
	+2,1	1/120		4/480	20/2400
	+2	1/100 (CLD à 30 cm)		4/400	20/2000
	+1,9	1/80		4/320	20/1600
	+1,8	1/60		4/240	20/1200
	+1,7	1/50 (CLD à 1 m)		4/200	20/1000
Cat. 3 : cécité partielle	+1,6	1/40	5	4/160	20/800
	+1,5	1/30	10	4/120	20/600
	+1,4	1/25	15	4/100	20/500
Cat. 2 : baisse de vision, malvoyance, amblyopie bilatérale – déficience sévère	+1,3	1/20	20	4/80	20/400
	+1,2	1/16	25	4/63	20/320
	+1,1	1/12	30	4/50	20/250
Cat. 1 : baisse de vision, malvoyance, amblyopie bilatérale – déficience moyenne	+1	1/10	35	4/40	20/200
	+0,9	1,25/10	40	4/32	20/160
	+0,8	1,6/10	45	4/25	20/125
	+0,7	2/10	50	4/20	20/100
	+0,6	2,5/10	55	4/16	20/80
Vision rapprochée correcte	+0,5	3,2/10	60	4/12,5	20/63
	+0,4	4/10	65	4/10	20/50
	+0,3	5/10	70	4/8	20/40
	+0,2	6,3/10	75	4/6,3	20/32
Vision normale	+0,1	8/10 (7/10)	80	4/5	20/25
	0	10/10 (9/10)	85	4/4	20/20
	-0,1	12,5/10	90	4/3,2	20/16
	-0,2	16/10	95	4/2,5	20/12,5
	-0,3	20/10	100	4/2	20/10

1. Seules la colonne avec les notations en angle visuel et la colonne avec les notations en LogMAR ont des valeurs exactes à un chiffre après la virgule. Toutes les autres colonnes sont des valeurs approchées avec une précision normalisée.

2. Notation courante.

3. N'utiliser les valeurs entre parenthèses que pour identifier le degré d'acuité visuelle.

## **La vie au quotidien avec un handicap neurovisuel**

Selon les capacités visuelles restantes, la scolarité, les activités extrascolaires, la vie professionnelle, certaines activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, prendre son traitement médical, faire ses courses, préparer ses repas, effectuer les tâches ménagères, les démarches administratives, gérer son budget) peuvent nécessiter des aides humaines et techniques

### **Conséquences du handicap neurovisuel sur la scolarité**

- Avant l'âge d'entrée en maternelle, il faut socialiser les enfants en les mettant avec d'autres enfants.
- Les enfants qui ont une gêne visuelle minime ou très modérée peuvent suivre une scolarité en milieu ordinaire sans adaptation. Le chiffre de 4/10 est très souvent retenu pour une adaptation spécifique. La pathologie ou les rééducations peuvent perturber la scolarité. Un projet d'accueil individualisé ou personnalisé (PAI) peut être établi : des aménagements de la scolarité sont alors proposés.
- Les enfants souffrant d'une malvoyance plus importante peuvent suivre une scolarité en milieu ordinaire mais avec adaptation. Ils peuvent bénéficier d'aménagements pédagogiques (adaptation des supports pédagogiques), adaptation des horaires de scolarisation, soutien d'AESH avec l'aide de structures spécialisées telles que les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) pour les enfants de 0 à 6 ans ; les services d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP) pour les enfants avec une déficience sensorielle de 0 à 3 ans ; les services d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à la scolarisation pour les enfants déficients visuels (SAAAS).
- Les élèves qui souffrent d'une malvoyance encore plus importante peuvent être orientés vers des dispositifs de scolarisation adaptés tels que les ULIS (unités localisées pour l'inclusion scolaire) dans une école primaire, un collège, un lycée général et technologique ou en établissement adapté de type Institut national des jeunes aveugles (INJA).
- Si l'élève n'a pas la possibilité de suivre un enseignement ordinaire, la famille peut faire appel au Centre national d'enseignement à distance (CNED).
- Lorsque l'élève ne peut pas aller à l'école, au collège ou au lycée pendant une longue période (hospitalisation, convalescence) ou s'il doit s'absenter régulièrement pour suivre un traitement en milieu médical, des enseignants affectés dans les établissements sanitaires peuvent intervenir auprès de lui, en lien avec l'établissement scolaire d'origine.
- Pour ceux qui souhaitent poursuivre leur parcours en université, un service d'accueil et d'accompagnement des étudiants en situation de handicap est disponible.

### **Conséquences du handicap neurovisuel sur la vie professionnelle**

La survenue de la déficience visuelle met en question le maintien dans l'emploi ou l'accès à un reclassement professionnel.

Si le patient éprouve des difficultés dans son poste de travail, il doit contacter le médecin du travail ou de la direction des ressources humaines pour évaluer son handicap et ses besoins et établir si besoin une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) – article L. 5213-1 du Code du travail : « Est considéré comme travailleur handicapé au sens de la présente section toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique ».

Ainsi, le fait d'avoir cette reconnaissance permet à la personne déficiente visuelle :

- de bénéficier du dispositif légal de l'obligation d'emploi : cette reconnaissance peut constituer un élément en la faveur de la personne déficiente visuelle lors d'un recrutement car cela permet à l'entreprise susceptible de l'embaucher de la compter dans son effectif de personnes handicapées et donc de satisfaire à cette obligation ;
- de bénéficier du soutien du réseau de placement spécialisé Cap Emploi qui a des programmes d'intégration ;
- d'accéder aux contrats de travail « aidés » ;
- de demander une orientation vers un établissement ou un service d'aide par le travail (ESAT) ;
- d'accéder à un emploi dans une entreprise adaptée en milieu ordinaire ;
- d'accéder à des stages de formation professionnelle ou de rééducation professionnelle ;
- de bénéficier des aides de l'AGEFIPH (Association de gestion de fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) ou du FIPHFP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique) ;
- d'accéder à la fonction publique par concours, aménagé ou non, ou par recrutement contractuel spécifique.

L'employeur peut bénéficier d'aides financières pour aménager le poste de travail, acquérir des aides techniques, sensibiliser l'entourage professionnel, développer des actions de formation.