



Association reconnue d'Utilité Publique (Décret du 05-12-83)

Sous le Haut Patronage
de Monsieur le Président de la République

Président : Pr Yves **POULIQUEN**

PRÉVOIR POUR VOIR

BULLETIN D'INFORMATION N° 103
JANVIER - FÉVRIER - MARS 2009

s o m m a i r e

- Editorial p. 2
- Déficience visuelle et réseau "basse vision" p. 3-5
- Dépistage de la rétinopathie diabétique p. 5-7
- Bulletins de soutien et d'adhésion p. 8



OPC - ORGANISATION POUR LA PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ
 17, villa d'Alésia - 75014 Paris - France
 Tél. : 01 44 12 41 90 - Fax : 01 44 12 23 01
 courriel : opc@opc.asso.fr - internet : www.opc.asso.fr
 CCP : Paris n° 22 254 74 Z

ISSN 0754-6378.

Déficience visuelle et réseau "basse vision"

Dépistage de la rétinopathie diabétique





PRÉVOIR POUR VOIR

Bulletin trimestriel de l'association Organisation pour la Prévention de la Cécité, reconnue d'Utilité Publique en 1983, envoyé gratuitement aux donateurs et adhérents de l'association.

17, villa d'Alésia
75014 Paris

Tél. : 01 44 12 41 90/98

Fax : 01 44 12 23 01

Courriel : opc@opc.asso.fr

Internet : www.opc.asso.fr

CCP : Paris n° 22 254 74 Z

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
Pr Yves Pouliquen

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION :
Dr André-Dominique Négrel

COMITÉ ÉDITORIAL :
Dr André-Dominique Négrel
Dr Jean-François Cecon
Dr Philippe Gaxotte
M^{me} Claude Daémy

CORRESPONDANCE :
M^{me} Claude Daémy
OPC
17, villa d'Alésia
75014 Paris
Tél. : 01 44 12 41 98
Courriel : c.daemy@opc.asso.fr

CONCEPTION ET RÉALISATION :
Canal 55 Communication
Tél. : 01 53 81 75 55

IMPRESSION :
Nord'imprim
59114 Steenvoorde

CRÉDITS PHOTOS :
Photothèque OPC

éditorial



Professeur Christian CORBÉ,
Président élu de l'OPC

Le handicap visuel ou syndrome de malvoyance est devenu une entité spécifique dont la classification et la prise en charge dépendent des répercussions sensorielles globales qu'elle engendre, que l'on peut actuellement évaluer, et sur laquelle une prise en charge rééducative et réadaptative permet au patient de retrouver une autonomie et une qualité de vie attractive.

L'intérêt de cette prise en charge est d'autant plus important que l'on constate l'émergence de plusieurs pathologies déstructurantes au niveau de la vision. En premier lieu, évoquons la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), dont la prévalence est estimée à 20 % de la population occidentalisée de plus de 65 ans dans les dix années à venir. L'intérêt est également médico-socio-économique. En effet, grâce à l'amélioration de la qualité de vie, l'espérance de son allongement est un fait. Cependant, cette période qui se voudrait sereine est souvent altérée par des problèmes de santé, où les maladies oculaires invalidantes tiennent une part importante, réduisant le périmètre d'autonomie, augmentant la dépendance, diminuant les capacités de résistance et par là ouvrant facilement la porte aux affections opportunistes.

L'Organisation mondiale de la Santé estime à 135 millions les personnes souffrant de déficience visuelle dans le monde et à 45 millions le nombre d'aveugles. Les maladies responsables ne sont pas les mêmes dans les pays industrialisés et ceux en voie de développement. Dans ces derniers, cataracte, glaucome, trachome, onchocercose en sont les principales causes. Dans les pays industrialisés, il s'agit de la dégénérescence liée à l'âge, la rétinopathie diabétique, la myopie, le glaucome. En France, la malvoyance concerne plus d'1,5 million de personnes.

L'évaluation des potentiels sensoriels d'un patient déficient visuel a pour but de mettre en évidence les capacités et limites fonctionnelles pour la réalisation d'une activité déterminée : lecture, écriture, prise de repas, déplacements. Une évaluation spécifique est entreprise dans ce dernier domaine en extérieur ou en intérieur. L'objectif est d'analyser les possibilités d'amélioration de la qualité de vie et de l'autonomie. Il s'agit d'un travail multidisciplinaire d'une équipe orientée vers la prise en charge spécifique d'une déficience sensorielle visuelle. Compte tenu de l'âge des patients, dans certains cas cette approche permet une réactivité des aires neurocérébrales déjà dégénératives.

En définitive, le sujet malvoyant, qui n'appartient ni au monde des aveugles ni au monde des bien-voyants, est un patient atteint d'une pathologie particulière à répercussion personnelle et sociale. Les moyens d'évaluation actuels, l'intégration des compétences médicales et paramédicales permettent une prise en charge réadaptative, efficace pour redonner une attractivité de vie à ces patients. L'OPC s'est engagée dans cette voie qui est un élément majeur de ses objectifs pour les années à venir, que ce soit en métropole ou pour les pays francophones dans lesquels des partenariats sont déjà engagés sur des missions d'accompagnement chirurgical ou médical.

Pr Christian CORBÉ

Déficience visuelle et réseau “basse vision”

Dr Jean-François CECCON, Directeur des programmes
M. Denis BRILLARD, Administrateur chargé de mission

Déficience visuelle, basse vision : qu'en est-il ?

La déficience visuelle est la conséquence d'une atteinte oculaire bilatérale, que ce soit une maladie ou un traumatisme. C'est un stade final de séquelles, lorsque les ressources thérapeutiques, médicales ou chirurgicales, ont été épuisées et qu'il n'y a plus d'espoir d'améliorer la vue.

Il n'existe pas de technique simple pour mesurer la déficience visuelle. L'altération de la vision entraîne des **retentissements fonctionnels** très variables d'une personne à une autre. Il est donc difficile d'en donner une définition univoque.

Dans la vie quotidienne, la déficience visuelle se répercute d'abord sur les activités mettant en jeu la vision centrale (lecture, écriture, reconnaissance des visages, reconnaissance des objets...), mais aussi sur les déplacements, surtout dans des environnements inconnus.

A défaut de définition, l'Organisation mondiale de la Santé en donne des limites mesurables, qui rendent compte uniquement des capacités physiques du déficit :

La déficience profonde correspond à une acuité visuelle corrigée inférieure à 1/20 ou un champ visuel inférieur à 10 degrés. C'est ainsi que se définit la cécité légale.

La déficience sévère correspond à une acuité visuelle comprise entre 1/10 et 1/20.

La déficience moyenne correspond à une acuité visuelle corrigée comprise entre 3/10 et 1/10, avec un champ visuel d'au moins 20 degrés.

Les déficiences sévère et moyenne constituent la catégorie des malvoyants. Ces personnes ne sont pas aveugles ; elles possèdent encore une certaine quantité ou qualité de vision.

En France, la cécité légale est définie par une acuité visuelle du meilleur œil inférieure ou égale à 1/10, tandis que la malvoyance correspond aux acuités visuelles inférieures à 5/10.

Il est évident que les capacités fonctionnelles sont ignorées dans ces approches.



Apprentissage aux déplacements en ville

Un véritable problème de santé publique

Selon l'observatoire régional de la santé des Pays de Loire, il a été recensé 3 346 000 personnes de tout âge présentant une déficience visuelle en France, soit une prévalence globale de l'ordre de 5,8 % de la population. Parmi celles-ci, on compte 62 000 aveugles et 1 640 600 malvoyants qui se répartissent de la façon suivante :

- Malvoyants profonds : 145 400
- Malvoyants moyens : 931 700
- Malvoyants légers : 563 500

Les autres personnes concernées n'ont pas de déficience pathologique mais doivent porter une correction optique.

Plusieurs études dans ce domaine ont montré que la personne malvoyante éprouve de grandes difficultés pour accomplir ses activités quotidiennes et subit une perte importante d'autonomie et de qualité de vie.

Les principales causes de basse vision sont essentiellement des **maladies oculaires apparaissant avec l'âge**. Trois maladies réalisent à elles seules la grande majorité des atteintes :

- la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), la plus importante en nombre
- la rétinopathie diabétique
- le glaucome

La cataracte, bien que toujours très fréquente, n'est plus une préoccupation pour la population âgée : 500 000 personnes sont opérées chaque année en France avec des résultats très satisfaisants.

Ces maladies affectent donc des personnes de plus de 50 ans, et surtout celles de plus de 80 ans dont 20 % présentent une déficience visuelle.

dossier

Depuis quelques années les enquêtes montrent une croissance constante du nombre de malvoyants. Cette augmentation est due, d'une part, à la poussée démographique des classes d'âge supérieures à 65 ans et à l'allongement de l'espérance de vie, et, d'autre part, à l'émergence de facteurs sociétaux ou comportementaux qui aggravent les causes de malvoyance. Le diabète et ses complications rétinienues en sont un exemple (voir article "Dépistage de la rétinopathie diabétique" en page 5).

Ainsi, la basse vision constitue un problème d'importance croissante dans l'ensemble des pays industrialisés et peut se cumuler avec d'autres déficiences associées.

De ce fait, plus de 1 000 000 de personnes malvoyantes sont susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge globale curative et/ou rééducative.



Aide optique à la lecture

La prise en charge

Le but de la prise en charge est d'améliorer la qualité de vie de la personne malvoyante, qui doit recouvrer son autonomie et continuer à vivre à son domicile.

La thérapie est de nature essentiellement rééducative, mais elle est encore relativement mal perçue par le public et certains professionnels de la vision.

Quatre principes encadrent cette prise en charge :

- Toute personne présentant une déficience visuelle bilatérale peut bénéficier d'une rééducation, quel que soit son âge.
- Un examen initial très précis est indispensable avant toute démarche thérapeutique. Il analyse l'état oculaire, mais aussi apprécie la qualité des circuits de traitement de l'information visuelle et ses capacités d'adaptation.
- Les résultats du bilan vont permettre de proposer au patient un protocole de réadaptation adapté à ses besoins, faisant intervenir plusieurs professionnels de santé.
- Enfin, un examen final est nécessaire pour mesurer les résultats en regard des moyens utilisés et des besoins exprimés par la personne. L'évaluation du parcours

rééducatif est indispensable à la progression des connaissances.

En fait, la prise en charge des patients "basse vision" est encore disparate en France, et une cause essentielle de cette carence est l'absence de procédures communes. Les équipes mettent en œuvre des protocoles différents, ce qui ne permet pas la comparaison et l'évaluation des résultats.

Ainsi, globalement, on peut distinguer trois types de structures de prise en charge en France :

- Des centres spécialisés dans la rééducation lourde, peu nombreux, sont en mesure de recevoir tous les cas : aveugles complets, polyhandicapés, accidentés... en hospitalisation complète pour des séjours plus ou moins longs. Mais les places sont limitées.
- Des réseaux pluridisciplinaires de professionnels d'une même région ou d'une même ville qui animent des établissements de jour en ambulatoire, encore trop peu nombreux.
- D'autres réseaux fonctionnant avec une offre réduite de spécialités, et dont les objectifs de rééducation sont plus modestes.

La réponse globale dans le domaine de la basse vision reste largement insuffisante et n'est pas en mesure de couvrir géographiquement le territoire métropolitain.



Test de lecture sur écran informatique

Constitution d'un réseau de prise en charge "basse vision"

L'OPC, depuis plus de 2 ans, s'est attachée à proposer des solutions d'offres de soins spécialisés, par les travaux effectués dans un atelier constitué de professionnels de 4 hôpitaux parisiens de référence :

- Hôtel-Dieu
- Lariboisière
- Pitié-Salpêtrière
- CHNO des XV-XX

Ce groupe de travail conduit par la Direction des programmes de l'OPC regroupe quatre orthoptistes de ces établissements⁽¹⁾, avec l'accord des chefs de service, et une consultante ophtalmologiste spécialisée en basse vision⁽²⁾. //

1. Mmes Stéphanie BARATTE (Pitié-Salpêtrière), Catherine DAUXERRE (CHNO des XV-XX), Christiane HERVAULT (Hôtel-Dieu), Dominique MARTIN (Lariboisière).
2. Dr Béatrice LE BAIL, Institution Nationale des Invalides.

// Les objectifs de ce projet sont inchangés : faire bénéficier les déficients visuels de la région parisienne de services de rééducation fonctionnels, coordonnés, de proximité et adaptés à chaque cas. Le groupe de travail s'est également donné pour objectif de collecter des données épidémiologiques exploitables destinées aux autorités de tutelle.

Pour ce faire, l'OPC et ses partenaires proposent un modèle de réseau qui rassemble l'expertise des hôpitaux de référence et la technicité des groupements urbains pluridisciplinaires de prise en charge de proximité.

Dans un premier temps les travaux du groupe "basse vision" de l'OPC ont pour objet :

- D'établir des procédures standardisées pour harmoniser les pratiques entre professionnels.
- De définir la structure d'organisation et de coordination des soins à l'intérieur du réseau.
- De rédiger un référentiel de bonnes pratiques dans la prise en charge des patients malvoyants dans le réseau.
- De présenter un modèle reproductible à d'autres régions.

La place de l'OPC dans la "basse vision"

C'est en tant que centre expert, forum de rencontres et d'échanges que se situe l'OPC, qui, forte de son expérience

dans l'approche de la déficience visuelle, guide une démarche pluridisciplinaire de professionnels de santé.

Dans le prolongement de ses programmes de dépistage de la rétinopathie diabétique, toujours d'actualité, l'OPC développe ainsi ses objectifs de participation active à la lutte contre la cécité et la malvoyance en France.

Les objectifs à plus long terme

Ils se situent dans l'installation de réseaux ville-hôpital en province et avec la nécessité de compléter les formations des professionnels concernés.

L'avenir des réseaux "basse vision" se positionne sur une démarche de **santé publique**, à partir de l'expertise et de savoir-faire (pratiques établies, reconnues et utilisées) des référents.

Il s'agit d'une démarche d'offre de soins de rééducation de proximité et adaptée à chaque cas, pour permettre aux personnes déficientes visuelles de retrouver une autonomie et une qualité de vie satisfaisante.

Ainsi, l'OPC poursuit son travail de réflexion et de mise en œuvre de solutions adaptées aux besoins, apportant une complémentarité aux offres thérapeutiques pharmaceutiques et à la recherche médicale. ■

Dépistage de la rétinopathie diabétique

Dr Jean-François CECCON, Directeur des programmes

Le point sur l'équipement des centres en Ile-de-France Et la création de réseaux de dépistage en province

L'atteinte de l'œil, et en particulier de la rétine, est une des complications du diabète.

- Elle est **fréquente**, puisqu'après 15 ans d'évolution, plus de 75 % des diabétiques développent une forme spécifique de **rétinopathie**, ce qui représente 1,5 million de personnes en France.
- Elle est **grave** puisque 1,5 % des personnes diabétiques sont **aveugles** et près de 10 % **malvoyantes**. C'est la première cause de cécité et de malvoyance avant 60 ans, et elle augmente d'année en année avec le nombre de diabétiques.

Pourtant, si toutes les rétinopathies diabétiques étaient dépistées et recevaient des soins adaptés au bon moment, l'apparition de nouvelles déficiences visuelles chez les diabétiques seraient divisées par 10 en cinq années, ce qui représente une réduction de plus de 90 % de la cécité due à cette maladie.

Mais c'est une maladie qui évolue en **silence**. Lorsque les troubles visuels apparaissent et alertent la personne, les lésions rétinienues sont déjà invalidantes et entraînent des déficits visuels irréversibles plus ou moins profonds.

Le dépistage doit donc être **systematique**, et les recommandations des sociétés savantes précisent que l'examen de la rétine de toute personne diabétique doit se faire au moins **une fois par an**.

dossier



Brochure d'information sur le dépistage de la rétinopathie diabétique à l'attention du public

En France, moins de 50 % des diabétiques suivis ont eu un examen du fond d'œil dans l'année. Obtenir cet examen annuel pour tous les diabétiques est illusoire, le nombre d'ophtalmologistes en exercice étant insuffisant pour satisfaire cette demande.

Le télédiagnostic

Il existe pourtant une stratégie de dépistage qui fonctionne depuis plusieurs années dans les pays du Nord de l'Europe et qui repose sur le principe du **télédiagnostic**. Des agents formés mais non spécialisés d'un centre de dépistage prennent 4 photos des fonds d'yeux de chaque patient diabétique, avec un appareil spécifique, un **rétinographe non mydriatique** (ne nécessitant aucune préparation). Ces photos sont numérisées et transmises par un réseau internet sécurisé à un centre de lecture où elles sont interprétées à distance par des ophtalmologistes expérimentés. Un compte rendu est ensuite envoyé au centre de dépistage. Le patient diabétique alors est référé à un ophtalmologiste si un traitement ou un suivi est nécessaire.

Les avantages de cette méthode de dépistage sont importants :

- L'accès de l'examen aux diabétiques est amélioré : les délais de rendez-vous sont raccourcis, la présence de l'ophtalmologiste n'étant plus nécessaire, et l'acte est remboursé par la Sécurité Sociale.
- La pénibilité de l'examen est réduite : l'examen est d'une durée d'¼ d'heure et les pupilles ne sont pas dilatées, ce qui est moins contraignant pour le patient.
- L'économie médicale réalisée est appréciable : l'ophtalmologiste peut lire les clichés d'environ 15 patients par heure, alors qu'il est difficile d'examiner la rétine de plus de 10 patients diabétiques lors d'une vacation médicale de 3 heures.
- Et la fiabilité de l'examen est au moins aussi bonne qu'avec les procédés classiques.

C'est pourquoi l'OPC a décidé de s'engager dans cette voie prometteuse pour la préservation de la vue des personnes diabétiques.



Examen de la rétine

En 2006 l'OPC et l'Association Valentin Haüy (AVH) ont conclu un partenariat pour développer l'installation de centres de dépistage de la rétinopathie diabétique en France. Ce projet a débuté d'abord dans la région d'Ile-de-France, puis en province depuis 2008.

En Ile-de-France

Au cours de la période 2006-2008, l'OPC et l'AVH ont équipé 12 sites de dépistage avec des rétinographes non mydriatiques (voir tableau ci-contre).

Ceux-ci sont reliés au réseau sécurisé de télémedecine **OPHDIAT** (OPHtalmologie-DIAbète-Télémédecine) de l'APHP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris). Ce réseau, mis en place dès 2004 par le Pr P. MASSIN de l'Hôpital Lariboisière, compte 25 centres de dépistage à ce jour.

Ces centres de dépistage ont réalisé 12 452 actes au cours de l'année 2008. La liste de l'ensemble des centres et leurs contacts peuvent être consultés sur le site du réseau OPHDIAT : <http://reseau-ophdiat.aphp.fr/>

En province

L'OPC et l'AVH ont créé 4 réseaux régionaux à l'image du réseau OPHDIAT au cours de l'année 2008 (voir tableau ci-contre).

Ceux-ci débutent progressivement leurs activités de dépistage de la rétinopathie diabétique.

Perspectives 2009

L'OPC et l'AVH vont s'attacher, au cours de cette année, à renforcer les réseaux créés en province. Ainsi, 4 nouveaux sites de dépistage seront ouverts dans les prochains mois dans ces régions. ■

En Ile-de-France

Sites de dépistage de la rétinopathie diabétique Réseau OPHDIAT (Ile-de-France et départements limitrophes)

Départements	Centres
28-Eure et Loir	■ CHR de Dreux, service de diabétologie, Dr D. Charitanski
75-Paris	<ul style="list-style-type: none"> ● IV : Hôtel Dieu, service de diabétologie, Pr Slama ● X : Hôpital Lariboisière, médecine B, Pr Guillausseau ● X : Hôpital St Louis, service d'endocrinologie, Pr Vexiau ● XIII : Hôpital Pitié-Salpêtrière, service d'endocrinologie, Pr Grimaldi ● XIV : Hôpital Cochin, service d'endocrinologie, Pr Boitard ■ XV : Maison du diabète (MGEN, rue de Vaugirard) Dr Sokolowsky ● XVIII : Hôpital Bichat, service d'endocrinologie, Pr M. Marre ● XIX : Hôpital Robert Debré
77-Seine et Marne	<ul style="list-style-type: none"> ■ Centre de Santé de St-Fargeau-Ponthierry, M^{me} Demarigny ● Centre Médical de Forcilles, Férolles-Attilly
91- Essonne	● CH Sud Francilien, Corbeil-Essonne
92-Hauts de Seine	<ul style="list-style-type: none"> ■ CMS de Gennevilliers, Dr Tyrode ■ Centre de santé polyvalent de la Croix-Rouge française, Boulogne-Billancourt, Dr L. Deymier ■ CMS Ténine, Malakoff, Dr Limousin
93-Seine-St-Denis	<ul style="list-style-type: none"> ● Hôpital Jean Verdier, service de diabétologie, Pr Attali, Bondy ● CES de Bobigny, Dr Le Clesiau ● CH Avicenne, Bobigny, service d'endocrinologie, Pr G. Réach ■ CMS Cornet, Pantin, M. Brodart ■ CMS Salvador Allende, La Courneuve, Dr A. Bremaud ■ Centre Médical de la CPAM, Neuilly-sur-Marne, Dr Le Clesiau
94-Val-de-Marne	<ul style="list-style-type: none"> ■ Centre de détention de Fresnes ■ CS de Choisy le Roi CPAM du Val-de-Marne ■ CMS Pierre Rouquès, Champigny, Dr R. Lopez ● Hôpital Bicêtre service d'endocrinologie Pr P. Chanson

■ Rétinographes installés par OPC/AVH

En province

Réseaux de dépistage créés par OPC/AVH

Région	Localisation du réseau	Serveur	Centre de dépistage	Interprétation des clichés
PACA	Marseille	APHM RETIDIAB	CHU Endocrinologie Pr B. Vialettes	CHU : ophtalmologie Pr B. Ridings
	Nice	CHU St Roch	CCAS Carrefour santé pour Tous	CHU : ophtalmologie Pr P. Gastaud
Languedoc-Roussillon	Montpellier	CHRU	CHU Endocrinologie Pr J. Bringer	CHU : ophtalmologie Pr M. Villain
Pays de la Loire	Angers	REDIAB49	CHU Endocrinologie Pr V. Rohmer	CHU : ophtalmologie Dr JM. Ebran
Poitou-Charentes	La Rochelle	ACREDIA / Lincoln	Mobile : CHR La Rochelle, Rochefort, Jonzac, St jean d'Angely, Saintes	Collectif d'ophtalmologistes hospitaliers/ libéraux

bulletin de soutien

Nom et Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville : Tél. :

OUI, je désire faire un don à l'OPC pour soutenir ses actions en France et dans le monde d'un montant de :
 25 € 35 € 50 € 75 € A ma convenance €

Veillez trouver ci-joint mon versement :
 par chèque bancaire à l'ordre de l'OPC ; par chèque postal à l'ordre de l'OPC ; par virement (CCP Paris N° 22 254 74 Z)
 que j'envoie avec le présent bulletin de soutien à : O P C - 17, villa d'Alésia - 75014 Paris.

Je recevrai un reçu fiscal qui me permettra de déduire, de mon impôt, 66 % du montant de mon don (dans la limite de 20 % de mon revenu imposable). Par exemple, un don de 50 € ne me coûte réellement que 17 € après déduction fiscale.

Autorisation de prélèvement automatique

Comment bien remplir votre autorisation de prélèvement

Remplissez en lettres capitales les cases

1, 2, 3, 4

de l'autorisation ci-contre

N'oubliez pas de la signer et de joindre impérativement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP)

Association bénéficiaire :
 Organisation pour la Prévention de la Cécité
 17, villa d'Alésia - 75014 Paris
 N° national d'émetteur : 498359

1 J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever directement à partir de ce dernier le montant correspondant à mon soutien régulier à l'OPC.

Je choisis le montant de mon soutien :
 5 € 10 € 15 €
 A ma convenance : €

Je choisis la périodicité de mes versements :
 Mensuelle Trimestrielle

Je souhaite que mon premier prélèvement soit effectué le 10 du mois de

Je recevrai une fois par an (en janvier de l'année suivante) un reçu fiscal justifiant de la totalité de mes dons sur l'année. Je peux suspendre ce prélèvement automatiquement par simple courrier à l'OPC.

Date : Signature :

2 Titulaire du compte
 Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Code postal : |_|_|_|_| Ville :

3 Désignation du compte à débiter
 Code établissement : |_|_|_|_|
 Code guichet : |_|_|_|_|
 N° de compte : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 Clé RIB : |_|_|

4 Etablissement du compte à débiter
 Nom de l'établissement :
 Adresse :
 Code postal : |_|_|_|_| Ville :

En plus de mon soutien, je désire aussi devenir membre adhérent de l'OPC

bulletin d'adhésion

OUI, je souhaite devenir **adhérent** de l'OPC (ou renouveler mon adhésion).
 Montant de **la cotisation** annuelle : 30 €.
 En adhérent à l'Organisation pour la Prévention de la Cécité, je **deviens membre actif** de l'Association et peux, à ce titre, participer à l'**Assemblée générale** annuelle à laquelle je serai convoqué(e).

J'envoie ci-joint le versement de ma cotisation annuelle (30 €), par chèque bancaire ou postal, avec le présent bulletin d'adhésion, libellé à l'ordre de l'OPC, à l'adresse suivante : O P C - 17, villa d'Alésia - 75014 Paris.

Date : Signature :

Code PPV N° 103