

DONNÉES CHIFFRÉES

EN FRANCE

61 % DES DÉFICIENTS VISUELS SONT ÂGÉS DE PLUS DE 60 ANS

Du fait de l'allongement de la durée de vie, les déficients visuels âgés sont plus nombreux et vivent de plus en plus longtemps avec leur handicap.

Pour la personne âgée, la déficience visuelle survient fréquemment dans un contexte de polypathologie en rapport avec le vieillissement, ses effets vont donc se potentialiser avec ceux d'autres déficiences associées (contexte de fragilité). L'enquête HID (Handicaps, Incapacités, Dépendances), réalisée par l'INSEE entre 1998 et 2000 auprès d'un échantillon de 400 000 personnes de tous âges, montre que la **prévalence des déficiences visuelles augmente avec l'âge** (voir ci-contre).

Par conséquent :

- les déficients visuels sont majoritairement des personnes âgées : 61 % sont âgés de plus de 60 ans, 39 % sont âgés de 75 ans et plus,
- la sévérité de la déficience visuelle concerne majoritairement le sujet âgé : 61 % des déficients visuels profonds sont âgés de plus de 75 ans.

EN LORRAINE, SUR LES 483 000 PERSONNES DE PLUS DE 60 ANS, 9000 SERAIENT DÉFICIENTES VISUELLES ET 3200 ATTEINTES DE CÉCITÉ

Source : CREAI de Lorraine - 2003

SUR LES TERRITOIRES DU SUD DE LA LORRAINE PRÉVALENCE ACCRUE DES DÉFICIENCES VISUELLES POUR LES PERSONNES ÂGÉES DITES FRAGILES

Une étude réalisée en mai 2009 auprès de 125 personnes âgées, d'une moyenne d'âge de 75 ans, résidant principalement en Lorraine et prises en charge par les établissements de l'Office d'Hygiène Sociale (services de soins de suite et de réadaptation Florentin et Parisot, hôpital de jour et hospitalisation à domicile), a montré que 40 % des patients étaient déficients visuels en vision de près, et 10 % en vision de loin. Parmi les déficiences, 40 % étaient des cataractes, 8 % des glaucomes, 8 % des DMLA, 5 % des rétinopathies diabétiques et 30 % d'autres pathologies de type neuro-visuel.

Une étude réalisée en septembre 2009 auprès de 145 personnes âgées, d'une moyenne d'âge de 84 ans, hospitalisées au CHU de Nancy dans les unités de

soins de longue durée, permet de dégager quelques tendances sur l'état ophtalmologique du sujet âgé fragile et ses retentissements fonctionnels. Pour ce groupe d'étude, la **prévalence des pathologies ophtalmologiques connues atteint 55 %**, qu'il convient de comparer au taux de 20 %, proportion moyenne de déficients visuels dans la population générale des personnes de 85 ans (enquête HID, 2000). Passé le diagnostic de la déficience, le repérage et la mesure du niveau de retentissement fonctionnel restent difficiles : parmi les patients que l'équipe médicale a pu repérer comme gênés par leur handicap, 40 % disent le contraire (sont dans le déni ou se sont adaptés). Par ailleurs, 35 % des patients se déclarent gênés par la déficience visuelle sans que l'équipe médicale s'en soit aperçue.



Proportions des personnes âgées déficientes visuelles aux différents âges



■ à 60 ans ■ à 85 ans ■ à 90 ans

Source : enquête nationale HID

Lexique

LA DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE LIÉE À L'ÂGE (DMLA)

- Altération puis destruction de la partie centrale de la rétine : la macula.
- En France, 800 000 à 1 million de personnes atteintes.
- Principale cause de malvoyance après 50 ans dans les pays industrialisés.
- Prévalence qui augmente progressivement avec l'âge : 10 % entre 60 et 70 ans, 25 % entre 70 et 80 ans et supérieure à 50 % après 80 ans.

LA CATARACTE

- Vieillesse naturelle du cristallin qui s'opacifie.
- Prévalence qui augmente progressivement avec l'âge : 18 à 29 % entre 65 et 74 ans, 37 % à 59 % entre 75 et 84 ans, 60 % à 67 % entre 85 ans et plus.

LE GLAUCOME

- Élévation de la pression dans le globe oculaire (indolore), causant la destruction, à terme, des nerfs de la rétine.
- Prévalence exacte du glaucome mal connue en France.
- 650 000 patients sont traités pour un glaucome, soit environ 2 % des Français âgés de plus de 40 ans.
- 400 000 sujets ayant un glaucome ne seraient pas identifiés en France.

LA RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE

- Lésions des petits vaisseaux rétininiens provoquées par l'hyperglycémie liée au diabète.
- En France, un million de personnes atteintes.
- 95 % des diabétiques de type 1 et 60 % des diabétiques de type 2, après 15 années d'évolution du diabète, seraient concernés.

Source : ANAES - 2001, HAS - 2006, Groupe technique national de définition des objectifs - 2003, Société Française d'Ophtalmologie

RÉSEAUX GÉRONTOLOGIQUES DU SUD DE LA LORRAINE

POUR NOUS CONTACTER

RÉSEAU ÂGE ET SANTÉ, RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE DU SUD MEUSIEN

Réseau Âge et Santé
1, bd d'Argonne - BP 40223
55005 BAR-LE-DUC Cedex
Tél. : 03 29 76 35 57
Fax : 03 29 45 88 58

**Coordinatrice
administrative :**
M^{me} Marie NIDA-JULLIEN
ageetsante@wanadoo.fr

**Président du conseil
d'administration :**
D^r Laurent BERTAUX

RESEALU, RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE DU LUNÉVILLOIS

Maison des réseaux
14, rue de Sarrebourg
54300 LUNÉVILLE
Tél. : 03 83 74 38 91
Fax : 03 83 73 69 76

Médecin coordonnateur :
D^r Aline KUTA
resealu@yahoo.fr

**Président du conseil
d'administration :**
M. Bernard JAMBOIS
bjambois@wanadoo.fr

RÉSEAU GÉRARD CUNY, RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE DU GRAND NANCY

13-15, boulevard Joffre
Galerie des Chênes
54000 NANCY
Tél. : 03 83 45 84 90
Fax : 03 83 45 84 89

Médecin coordonnateur :
D^r Éliane ABRAHAM
docteur@reseaugcuny.fr

**Présidente du conseil
d'administration :**
D^r Marie-Yvonne GEORGE
my.george@saint-charles.fr

RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE DU VERMOIS, DU SEL ET DU GRAND COURONNÉ

36, rue Charles Courtois
54110 SAINT-NICOLAS-DE-PORT
Tél. : 03 83 36 63 71
Fax : 03 83 36 63 71

Infirmière coordinatrice :
M^{me} Isabelle THIÉBAUT
coordination.geronto@
wanadoo.fr

**Président du conseil
d'administration :**
D^r Denis CRAUS



“Ce programme bénéficie d'un financement dans le cadre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) et du Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaire (FNPEIS)”



Le rapport complet de l'étude est disponible sur demande auprès des rédacteurs :

M^{me} le D^r Éliane ABRAHAM, direction projet pour les réseaux gérontologiques du sud de la Lorraine : docteur@reseaugcuny.fr

M. Jérôme DECRION, chef de projet pour les réseaux gérontologiques du sud de la Lorraine : projet.reseaugcuny@orange.fr

www.geronto-sud-lorraine.com

Réseau Age et Santé
Réseau gériatrique
du Sud Meusien

Réseau Gérard Cuny
Réseau gériatrique
du Grand Nancy

Reseauu,
Réseau gériatrique
du Lunévillois

Réseau gériatrique
du Vermois, du Sel
et du Grand Couronné

DÉFICIENCES VISUELLES & PERSONNE ÂGÉE FRAGILE



UNE ÉTUDE MENÉE PAR LES RÉSEAUX GÉRONTOLOGIQUES SUD LORRAINS

AVEC LE SOUTIEN FINANCIER DE L'URCAM LORRAINE, ARH LORRAINE ET CRAM NORD EST



www.geronto-sud-lorraine.com

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

LES DÉFICIENCES VISUELLES DU SUJET ÂGÉ SUJET D'ÉTUDE ET D'ACTION DES RÉSEAUX GÉRONTOLOGIQUES

Le rôle des réseaux gérontologiques est d'assurer et d'organiser l'accès à des soins et des aides de qualité et de proximité, en préservant chaque fois que possible le désir de la personne de rester à son domicile. Ils favorisent par leur action, le maintien à domicile des personnes âgées fragiles dans des conditions sanitaires et sociales optimales.

Parmi les problématiques observées par le travail de terrain des réseaux, **celle de la déficience visuelle de la personne âgée et ses conséquences fonctionnelles** occupe une place importante. Il apparaît que les déficiences visuelles chez la personne âgée et la multiplicité de ses retentissements sur les actes de la vie courante, sur la santé, sur le projet de vie et de soins potentialisent des situations de fragilité.

Les réseaux gérontologiques du sud de la Lorraine (Age et Santé, Gérard Cuny, ReseauLu et Vermois et Sel)

se sont donc proposés de lancer une réflexion interdisciplinaire sur le sujet au niveau local, en étroite collaboration avec les partenaires concernés. Leur premier travail a été de réaliser **un état des lieux de la situation** sur les territoires du sud de la Lorraine, présenté ici dans ce document synthétique. Il est le résultat d'interviews réalisées **auprès de plus d'une trentaine de partenaires** des réseaux et le fruit d'un recueil des données disponibles au niveau national et local. Il permet de dresser un tableau de la situation : points forts et faiblesses sur nos territoires.

Le but final de cette étude est de développer une stratégie d'action interdisciplinaire pour contribuer à une meilleure prise en charge des déficiences fonctionnelles des déficiences visuelles du sujet âgé fragile sur nos territoires, permettant dans le même temps de mettre en exergue les particularités locales sur ce sujet et les besoins de terrain.



Remerciements

Les réseaux gérontologiques adressent leurs remerciements à l'ensemble des partenaires rencontrés dans le cadre de la réalisation de cette étude, contribuant ainsi à son aboutissement

- Association Alzheimer 54, M. **MARCHAL**, Président
- Association France Alzheimer, M^{me} **JEANVOINE**, Présidente
- Association Les petits frères des pauvres, M^{me} **GEIGER**, bénévole
- Association Valentin Haüy, M. **MICHEL**, Président
- Association Ville et services, M. **CRAPOIX**, Directeur
- CHU de Nancy : M^{me} le Pr **ANGIOI**, praticien hospitalier service d'ophtalmologie, M. le Dr **DEUTSCHER**, Directeur de la qualité et des usagers
- CHU de Nancy - Pôle gérontologique : M^{me} le Dr **MANCIAUX**, médecin chef
- Conseil Général 54 : M^{me} **NAVACCHI**, cadre de santé et M. **PIERRAT**, Conseiller en gérontologie
- DDASS 54 : M^{me} le Dr **BRUNNER**, médecin inspecteur
- EHPAD les Jardins du Charmois à Vandœuvre-lès-Nancy : M. le Dr **KREUTZ**, médecin coordonnateur
- EHPAD Pochon de Saint-Nicolas-de-Port : M. le Dr **VANNONSON**, médecin coordonnateur
- EHPAD d'Einville-au-Jard : M^{me} **BAUDOIN**, Directrice
- HDJ gériatrique du CHU de Nancy Brabois : M^{me} le Dr **PERRET-GUILLAUME**, praticien hospitalier
- HDJ gériatrique de la Maison hospitalière Saint-Charles : M^{me} **FARAT**, psychomotricienne et M^{me} **JANIN**, ergothérapeute
- Hôpital de Saint-Nicolas-de-Port : M^{me} le Dr **COCHART**, praticien hospitalier
- Magasin d'optique "New Optic" à Nancy : M. **LE VAN** et M. **GRAND**, opticiens
- Magasin d'optique "Optique Portoise" à Saint-Nicolas-de-Port
- Magasin d'optique THILL à Lunéville : M. **HOERTER**, opticien
- Médecins traitants : M. le Dr **SCHLITZER** (Nancy), MM. les Dr **LEYVAL, SCHNEIDER ET ROZAIRE** (Flavigny), M. le Dr **LAINÉ** (Saint-Nicolas-de-Port), M^{mes} les Dr **DANTANT, BAER, LAROSE** (Rosières-aux-Salines)
- Observatoire régional de la santé en Lorraine : M. **CHAMAGNE**, chargé d'études
- OHS, Centre de Rééducation Florentin : Dr **VANÇON**, médecin chef de service / M^{me} **BOUILLOT** et M^{me} **AUBERT**, ergothérapeutes
- Ophtalmologistes libéraux : M. le Dr **ALGAN** (Nancy), M. le Dr **CORDEBAR** (Ludres)
- Orthoptistes libéraux : M^{me} **REFAHI** (Jarville), M^{me} **BATTAGLIA** (Lunéville), M^{me} **SERRA** (Vandœuvre-lès-Nancy)
- Unité CLER Basse vision : M. **FAIVRE** et M^{me} **GEORGE**, responsables
- SSR et consultation mémoire de Saint-Nicolas-de-Port : M^{me} le Dr **PERREIN**, praticien hospitalier

La déficience visuelle

L'Organisation Mondiale de la Santé dans sa classification internationale des maladies (CIM) définit la déficience visuelle comme "des troubles de la vision correspondant au moins à une acuité visuelle binoculaire corrigée inférieure à 3/10"; on parle alors de malvoyance, de basse vision ou d'amblyopie, ou encore de vision réduite.

En outre, deux sujets ayant la même acuité visuelle, le même champ visuel, peuvent avoir des comportements très différents, l'un utilisant au maximum ses possibilités, l'autre les sous-utilisant, ce qui débouche sur la notion de "vision fonctionnelle."

Les principales causes de la déficience visuelle chez les personnes âgées sont la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), le glaucome, la cataracte et la rétinopathie diabétique.

RÉALITÉS DE TERRAIN

LES ATOUTS ET FACTEURS FAVORABLES

Une multiplicité d'intervenants

tiennent un rôle central par la prise en compte croissante des déficiences visuelles dans leur évaluation et leur prise en charge.

- En institution, les **unités de soins de longue durée** en tant que services hospitaliers assurent l'ensemble des étapes de la prise en charge ophtalmologique et prennent en charge les coûts.
- Les **ophtalmologistes**, installés en secteur libéral ou en secteur hospitalier, assurent les consultations médicales en ophtalmologie, les soins médicaux et les actes chirurgicaux.
- Les **opticiens** rencontrés sont également impliqués et œuvrent pour une démarche consistant à aller à la rencontre des personnes âgées fragiles en demande d'aide optique. Les professionnels de santé interrogés sur la question ne semblent pas s'opposer à cette implication en coordination avec la prise en charge médicale.

- Les **orthoptistes** occupent une place essentielle dans la filière ophtalmologique.
- Des **associations locales de malvoyants** peuvent aider à l'amélioration du quotidien des personnes.
- Des **aides financières** existent et peuvent couvrir financièrement au moins une partie des besoins en aides techniques ou humaines : APA, mutuelles, FCH, caisses de retraite (CRAM, MSA, RSI).

Des pôles chirurgicaux de proximité en hospitalisation publique

La présence de **pôles chirurgicaux ophtalmologiques** sur les territoires du sud de la Lorraine permet un accès de proche et moyenne proximité pour les patients. La prise en charge ophtalmologique hospitalière présente 3 intérêts principaux : pas d'avance de frais, pas de dépassement d'honoraires et des délais de rendez-vous relativement courts (2 à 4 mois selon les situations).

Des possibilités de prises en charge chirurgicales en secteur privé

Les actes chirurgicaux ophtalmologiques peuvent également être dispensés au sein de cliniques privées : clinique Saint-André et polyclinique de Gentilly sur l'agglomération nancéienne, clinique Jeanne d'Arc à Lunéville et polyclinique du Parc à Bar-le-Duc.

De nouveaux dispositifs et dynamiques locales

- Au **1^{er} octobre 2009**, la première unité pluridisciplinaire de prise en charge des basses visions en Lorraine, **CLER Basse vision** (Centre Lorrain d'Évaluation et de Réadaptation en basse vision), a ouvert à Nancy au centre Santifontaine. Il assure un rôle moteur pour fédérer des acteurs sur la problématique.
- Un autre dispositif a également vu le jour en Lorraine : l'**unité basse vision au Centre Florentin**, historiquement spécialisé dans la prise en charge en réadaptation du sujet âgé.

LES FREINS ET FACTEURS DÉFAVORABLES

Une pénurie en ophtalmologistes hors agglomération de Nancy

particulièrement flagrante en milieu rural et semi-rural, d'où un flux important de patients pour des consultations vers le Grand Nancy, posant le problème du transport et de l'accueil des personnes.

Le **délai d'attente** pour une consultation auprès d'un ophtalmologiste s'échelonne de 3 à 10 mois, pouvant atteindre 14 mois. **S'appuyer sur d'autres professionnels de la vision dans un premier temps, ou organiser des passerelles entre professionnels de la gérontologie et les services d'ophtalmologie hospitaliers** deviennent des stratégies d'actions à réfléchir.

Un enjeu médico-socio-économique :

la prise en charge ophtalmologique représente un coût financier important pour le patient ; cette problématique devient particulièrement significative pour un public âgé, où les coûts comprennent aussi ceux inhérents au transport, à l'accompagnement et à l'équipement en aides techniques. Le coût médico-social des basses visions est majeur pour la société : mise en place

d'aides humaines à domicile, de transports adaptés, etc. : **caractère pluridisciplinaire de la désafférentation sensorielle.**

Une prise en charge spécifique pour la personne âgée démentie :

les professionnels apparaissent en difficulté face au sujet âgé présentant des troubles cognitifs évolués : repérage difficile de la déficience visuelle, prise en charge et suivi problématiques : accueil hospitalier non adapté, participation difficile du patient au protocole de diagnostic et de soins, rééducation visuelle inefficace, perte des lunettes, etc.

Une carence en coordination de l'existant :

l'état des lieux a permis d'identifier l'ensemble des organisations professionnelles intervenant pour le repérage, l'évaluation, la prise en charge globale et le suivi de la personne âgée déficiente visuelle.

La reconnaissance mutuelle et la coordination interdisciplinaire sont des axes forts de développement. Les réseaux

gérontologiques constituent la ressource au niveau local, en apportant leur expertise spécifique de la connaissance de la personne âgée fragile à domicile.

Un accompagnement nécessaire des personnes âgées isolées :

la réussite d'une prise en charge en ophtalmologie est étroitement liée à l'implication de l'entourage professionnel et familial pour l'accompagnement de la personne lors des rendez-vous chez l'ophtalmologiste, l'orthoptiste ou l'opticien, posant une réelle problématique pour les personnes âgées isolées.

Annuaire local

Cette étude a permis le recensement des professionnels et structures intervenant dans la prise en charge des déficiences visuelles du sujet âgé : informations disponibles sous la forme d'un annuaire de proximité. Disponible sur notre site : www.geronto-sud-lorraine.com

CONSÉQUENCES FONCTIONNELLES

UN RISQUE DE PERTE RAPIDE D'AUTONOMIE UN FACTEUR PRÉDICTIF DE CHUTES ET D'ÉPISODES DÉPRESSIFS PAR PERTE DES CAPACITÉS D'ADAPTATION

- **Une baisse des facultés d'écriture et de lecture** : difficultés dans la gestion des papiers administratifs, la lecture des répertoires téléphoniques, l'utilisation du téléphone, la lecture des dates de péremption des aliments, le remplissage de chèques, etc.
- **Des changements dans la vie sociale et relationnelle** : un repli de la personne, une baisse importante des déplacements (risque de chute important), des pertes de relations sociales, des situations d'isolement et de confinement ou au contraire une demande de compensation du handicap par l'entourage et une recherche de contacts et de réassurance permanente.
- **Des retentissements psychologiques** : difficultés d'acceptation et de compréhension de la pathologie, repli sur soi et/ou sollicitation accrue de l'entourage.
- **Des changements dans la vie quotidienne** : difficultés pour la réalisation des actes de la vie quotidienne : toilette, préparation des repas, courses, habillage.
- **Des incidences sur la vie médicale** : difficultés pour se rendre à un rendez-vous médical, lire des prescriptions médicales et les notices de médicaments, respecter l'observance d'un traitement : risque d'accident iatrogène.

MIEUX COMPRENDRE

Quelle capacité d'adaptation pour le sujet âgé ?

L'apparition d'une déficience visuelle peut altérer le vieillissement. Le contexte socio-économique, l'environnement, l'état cognitif de la personne et sa faculté d'adaptation à ce changement sont essentiels à évaluer :

→ Le sujet âgé fragile est, par définition, en grande difficulté d'adaptation face à tout handicap. La déficience visuelle vient alors potentialiser et cristalliser les autres critères de fragilité existants.

→ Dans d'autres situations, les personnes âgées vont rechercher des stratégies de compensation : ce sont des personnes qui vont être en demande permanente pour mieux vivre au quotidien et qui vont chercher à compenser et à développer des liens vers l'extérieur, au risque, parfois, d'épuiser l'entourage.

La compréhension globale de la capacité d'adaptation nécessite la réalisation d'une évaluation médico-psycho-sociale : l'évaluation gériatrique standardisée.

PERSPECTIVES D'ACTION DES RÉSEAUX GÉRONTOLOGIQUES

INTERVENTIONS DE PROXIMITÉ AU DOMICILE DE LA PERSONNE ÂGÉE FRAGILE, MISE EN LIEN PLURIDISCIPLINAIRE DES PROFESSIONNELS CONCERNÉS

Dans le cadre de la mission d'intervention des réseaux au domicile

Les réseaux se fixent comme objectif d'améliorer le repérage et l'évaluation des déficiences visuelles des personnes âgées fragiles vivant à domicile, au cas par cas, et de proposer avec le médecin traitant, les stratégies de compensation à développer en s'appuyant sur les ressources locales disponibles (soins, aides humaines et techniques), tout en impliquant l'entourage personnel et professionnel.

Dans le cadre de la mission "de pilotage" des réseaux, de création de liens professionnels

Les réseaux se fixent comme objectifs :

- **De former, informer autour de ce sujet** en direction des médecins traitants, professionnels de la gériatrie, professionnels de l'ophtalmologie, tutelles et responsables des politiques de santé ;
- **De valoriser l'existant et les intervenants locaux** déjà impliqués dans la prise en charge des déficiences visuelles : "se connaître et se reconnaître" ;
- **D'être moteur et facilitateur dans la création de nouvelles dynamiques** partenariales interdisciplinaires en faveur d'une prise en charge des déficiences visuelles de la personne au quotidien.

