

Les déficiences visuelles de la personne âgée

Projet des réseaux gérontologiques du sud Lorraine



Septembre 2009

Financement :

***Fond d'Intervention pour la Qualité
et la Coordination des Soins***

Rédaction :

**M. Jérôme DECRION,
Chef de projets**

&

**Mme le Dr Eliane ABRAHAM,
Direction projets**

1. Le positionnement des réseaux gérontologiques sud Lorrains	3
2. Définitions sémantiques des déficiences visuelles.....	3
3. Prévalences des déficiences visuelles chez la personne âgée et pathologies concernées.....	4
3.1. Prévalence des déficiences visuelles de la personne âgée : données nationales et locales.....	4
3.2 Prévalence des pathologies ophtalmologiques chez le sujet âgé : données nationales et locales.....	5
4. L'enquête des réseaux gérontologiques du sud Lorraine	6
5. Résultats de l'enquête des réseaux gérontologiques du sud Lorraine : état des lieux de l'existant sur les territoires du sud Lorraine	7
5.1. Conséquences fonctionnelles des déficiences visuelles chez le sujet âgé	7
5.2. Etat des lieux de l'existant pour la prise en charge du sujet âgé déficient visuel sur les territoires du sud de la lorraine, avis portés par les acteurs de cette prise en charge.....	8
5.2.1. Les consultations ophtalmologiques en secteur libéral	8
5.2.2. Les consultations ophtalmologiques en secteur hospitalier public.....	9
5.2.3. Les actes ophtalmologiques chirurgicaux en hospitalisation ou en ambulatoire.....	10
5.2.4. Les orthoptistes	11
5.2.5. Les opticiens	11
5.2.6. Le médecin traitant	11
5.2.7. La prise en charge en hôpitaux de jour et courts séjours gériatriques ou en SSR.....	12
5.2.8. La prise en charge des personnes âgées en institution : USLD et EHPAD	12
5.2.9. Les associations d'aide aux déficients visuels	13
5.2.10. Les aides humaines ou techniques à domicile	13
5.2.11. Le CLER Basse vision, unité pluridisciplinaire de prise en charge des basses visions	13
6. Synthèse de l'état des lieux, perspectives et pistes d'intervention proposées	14
6.1. Synthèse de l'état des lieux.....	14
6.2. Perspectives et pistes d'intervention proposées par les réseaux gérontologiques	16
6.2.1. Finalités de santé / objectif général	16
6.2.2. Pistes d'intervention proposées dans le cadre des missions des réseaux gérontologiques	16
6.2.3. Feuille de route pour les années 2009 et 2010	17
L iste des sigles et abréviations utilisés	18

Les déficiences visuelles de la personne âgée
Projet des réseaux gérontologiques du sud Lorraine

1. Le positionnement des réseaux gérontologiques sud Lorrains

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, dans des conditions sanitaires et sociales optimales des personnes âgées.

En ce sens, les réseaux ont vocation à développer un partenariat de proximité, en valorisant l'existant et en développant du lien avec les professionnels sanitaires et sociaux locaux.

Parmi les problématiques observées par le travail de terrain des réseaux, celle de la déficience visuelle de la personne âgée semble occuper une place importante. Il apparaît que les déficiences visuelles chez la personne âgée et la multiplicité de ses retentissements peuvent venir potentialiser des situations de fragilité.

Les réseaux gérontologiques du sud Lorraine se proposent donc de lancer une réflexion interdisciplinaire sur le sujet au niveau local, en proposant aux professionnels de la gériatrie et de l'ophtalmologie d'apporter leurs expertises et d'échanger sur la problématique afin d'entrevoir des pistes d'intervention, en association étroite avec les personnes âgées, les associations d'usagers et les structures médico-sociales concernées.

2. Définitions sémantiques des déficiences visuelles

L'Organisation Mondiale de la Santé dans sa classification internationale des maladies (CIM) divise la malvoyance et la cécité en 5 catégories en fonction de l'acuité visuelle et du champ visuel :

Catégories OMS	Conditions sur l'acuité visuelle	Type d'atteinte (CIM)	Type de déficience visuelle (classification internationale des handicaps - CIH)
Catégorie I	1/10 ≤ Acuité visuelle binoculaire corrigée < 3/10 Et Un champ visuel > 20 degré	Baisse de vision	Déficience moyenne
Catégorie II	1/20 ≤ Acuité visuelle binoculaire corrigée < 1/10 <i>En pratique, les sujets comptent les doigts de la main à trois mètres</i>	Baisse de vision	Déficience sévère
Catégorie III	1/50 ≤ Acuité visuelle binoculaire corrigée < 1/20 <i>En pratique, le sujet compte les doigts à un mètre mais ne peut le faire à trois mètres.</i>	Cécité	Déficience profonde
Catégorie IV	Acuité visuelle binoculaire corrigée < 1/50 mais perception lumineuse préservée. <i>En pratique, le sujet ne compte pas les doigts à un mètre ou champ visuel inférieur à 5°.</i>	Cécité	Déficience presque totale
Catégorie V	Cécité absolue. Pas de perception lumineuse.	Cécité	Déficience totale

Les catégories I et II correspondent à ce qu'il est convenu d'appeler la malvoyance, on parle aussi de basse vision ou d'amblyopie ou encore de vision réduite.

En outre, deux sujets ayant la même acuité visuelle, le même champ visuel ou les mêmes performances optiques, 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". Qui dit "vision fonctionnelle" dit aussi "rééducation fonctionnelle de la vision". La vision fonctionnelle est celle qui peut être utilisée en pratique après, par exemple, utilisation des aides optiques ou autres, après aménagement de l'environnement et surtout après la mise en œuvre de techniques spécifiques.

La basse vision ne peut donc, se définir par les seules performances visuelles mais par la déficience visuelle qui peut en résulter après rééducation.

Le terme de « déficiences visuelles » concernent donc des troubles de la vision appartenant « au moins » à la catégorie 1 de l'OMS, ou au moins à une déficience visuelle moyenne selon la CIH (acuité visuelle binoculaire corrigée < 3/10).

3. Prévalence de déficiences visuelles chez la personne âgée et pathologies concernées

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 poly pathologie en rapport avec le vieillissement, ses effets vont donc se potentialiser avec ceux d'autres déficiences associées (contexte de fragilité).

Ce contexte de fragilité va entraîner des difficultés d'adaptation à ce handicap dans la vie de tous les jours. Le syndrome de fragilité du sujet âgé se définit en effet comme la résultante d'une réduction multi-systémique des aptitudes physiologiques qui limite les capacités d'adaptation et d'anticipation à un stress ou à un changement d'environnement.

3.1. Prévalence des déficiences visuelles de la personne âgée : données nationales et locales

- **DONNEES NATIONALES :**

Les données de prévalence proposées ici sont issues de 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 (France métropolitaine).

La prévalence des déficiences visuelles augmente avec l'âge :

- Avant 50 ans, tous degrés de sévérité confondus, moins de 2 % de la population est déficiente visuelle ;
- A partir de 60 ans, la prévalence des déficiences visuelles augmente : près de 5 % à 60 ans, 20 % à 85 ans, 38 % à partir de 90 ans ;
- Par conséquent, les déficients visuels sont majoritairement des personnes âgées : 61 % sont âgés de plus de 60 ans ou plus de 39 % sont âgés de 75 ans et plus ;
- La proportion des personnes âgées est d'autant plus importante que la déficience visuelle est sévère : **61 % des personnes ayant une déficience profonde ou totale sont âgées de 75 ans ou plus ;**

- Avant 75 ans, les déficiences visuelles sont plus souvent déclarées par les hommes que par les femmes, à partir de 75 ans la situation s'inverse. En revanche, les personnes ayant une déficience profonde ou totale sont en proportions identiques chez les hommes et chez les femmes ;
- Quatre déficients sur cinq présentent plusieurs déficiences associées (motrices, auditives, du langage, viscérales ou métaboliques, intellectuelles ou psychiques).

- **DONNEES LOCALES :**

- Une étude réalisée par le CREAL de Lorraine (Centre régional d'études et d'actions en faveur des personnes inadaptées) en 2003 pour la Fondation de l'institut des jeunes aveugles et déficients visuels de Nancy intitulée « Besoins et attentes des personnes déficientes visuelles en matière d'accompagnement socioprofessionnel en Lorraine » montre que sur **les 482 000 Lorrains de plus de 60 ans, plus de 9 000 seraient déficients visuels et 3200 atteints de cécité** ;
- D'après le Conseil Général de Meurthe et Moselle, plus de 50 % des personnes âgées bénéficiaires de l'APA ont une déficience visuelle (majoritairement des cataractes et DMLA) ;
- Au niveau des personnes âgées en institutions, la prévalence des déficiences visuelles serait de 30 % ; une enquête locale est en cours de réalisation au niveau de 2 USLD et de 4 EHPAD sur les territoires du sud Lorraine pour, notamment, préciser ce chiffre.

3.2. Prévalence des pathologies ophtalmologiques chez le sujet âgé : données nationales et locales

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.

- **DONNEES NATIONALES :**

Il convient de distinguer :

- Les pathologies ophtalmologiques n'ayant pas de traitement curatif à l'heure actuelle :
 - **La DMLA** : principale cause de malvoyance après 50 ans dans les pays industrialisés. La prévalence globale de la maladie est de 8 % après 50 ans ; en France, 800000 à 1 million de personnes seraient atteintes de DMLA¹. Cette prévalence globale augmente progressivement avec l'âge : ainsi, elle est d'environ 1 à 2 % entre 50 et 60 ans, 10 % entre 60 et 70 ans, 25 % entre 70 et 80 ans, et supérieure à 50 % après 80 ans.
 - **La rétinopathie diabétique** : la Société Française d'Ophtalmologie estime qu'environ 40 % des diabétiques sont porteurs d'une rétinopathie, ce qui représenterait environ 1 000 000 de patients en France ; 95 % des diabétiques de type 1 et 60 % des diabétiques de type 2, après 15 années d'évolution du diabète, seraient concernés.
- Les pathologies ophtalmologiques potentiellement curables aujourd'hui :
 - **Le glaucome** : la prévalence exacte du glaucome est mal connue en France² ; le rapport du Groupe technique national de définition des objectifs publié en 2003³ rapportait qu'en France 650 000 patients étaient traités pour un glaucome, soit environ 2 % des Français âgés de plus de 40 ans, et que 400 000 sujets ayant un glaucome ne seraient pas identifiés en France.

¹ ANAES, *Traitement de la DMLA*, Septembre 2001

² HAS, *Dépistage et diagnostic précoce du glaucome : problématique et perspectives en France, recommandation en santé publique, rapport d'orientation*, Novembre 2006.

³ Groupe technique national de définition des objectifs, *Troubles de la vision*, 2003.

- **La cataracte** : sa prévalence augmente progressivement avec l'âge : inférieure à 10 % avant l'âge de 64 ans, elle est de 18 à 29 % entre les âges de 65 et 74 ans, elle est de 37 % à 59 % entre les âges de 75 à 84 ans et elle est de 60 % à 67 % entre 85 ans et plus⁴.

- **QUELQUES DONNEES LOCALES :**

- Une étude réalisée auprès d'un échantillon de 150 personnes âgées accueillies au Centre Florentin à Nancy 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 neuro-visuelles).

- | |
|--|
| ○ En médecine de ville, 90 % des pathologies visuelles <u>rencontrées</u> sont des cataractes. |
|--|

4. L'enquête des réseaux gérontologiques du sud Lorraine

Les réseaux gérontologiques du sud Lorraine ont donc initié une réflexion interdisciplinaire sur le sujet depuis mai 2009 sur ses territoires.

Méthodologie d'enquête : la méthodologie d'enquête a consisté à mobiliser et rencontrer des professionnels ressources en ophtalmologie, gériatrie et représentants des collèges des réseaux gérontologiques. Cette enquête a également été complétée par un recueil des données sur l'offre de soins auprès des services de tutelles.

Objectifs de l'enquête :

- Construire un **état des lieux local** sur la problématique des déficiences visuelles du sujet âgée (ampleur du problème et **existant** des réponses apportées).
- Mobiliser les partenaires des réseaux pour leur participation au programme.

Méthode d'enquête : réalisation d'une grille d'entretien, rencontres des partenaires en vis-à-vis.

Les partenaires interviewés :

Collège des professionnels de santé libéraux	<ul style="list-style-type: none"> - Médecins traitants : M. le Dr SCHLITZER (Nancy), Mrs. les Dr LEYVAL, SCHNIEDER ET ROZAIRE (Flavigny), M. le Dr LAINE (St Nicolas de Port), Mmes les Dr DANTANT, BAER, LAROSE (Rosières aux Salines) - Ophtalmologistes libéraux : M. le Dr ALGAN (Nancy) <i>à venir</i>, M. le Dr CORDEBAR (Ludres) - Orthoptistes libéraux : Mme REFAHI (Jarville), Mme BATTAGLIA (Lunéville), Mme SERRA (Vandoeuvre les Nancy)
Collège des établissements de santé	<ul style="list-style-type: none"> - CLER Basse vision : M. Patrick FAIVRE (Directeur du CEDV), Mme GEORGE (responsable du CLER Basse Vision) - HDJ gériatrique du CHU de Nancy Brabois : Mme le Dr PERRET-GUILLAUME, médecin gériatre - HDJ gériatrique de la MHSC : Mme FARAT, psychomotricienne / Mme JAMIN, Ergothérapeute - Hôpital Saint Julien - Pôle gérontologique : Mme le Dr MANCIAUX, médecin chef - Hôpital de Saint Nicolas de Port : Mme le Dr COCHART, PH - OHS, Centre de Rééducation Florentin : Dr VANCON, médecin chef / Mme BOUILLOT, responsable des ergothérapeutes / Mme AUBERT, ergothérapeute - Service d'ophtalmologie du CHU de Nancy : Mme le Pr ANGIOI, PH - SSR et consultation mémoire de St Nicolas de Port : Mme le Dr PERREIN
Collège des structures d'aides et de soins à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Association Ville et services, M. CRAPOIX, Directeur

⁴ ANAES, *Evaluation du traitement chirurgical de la cataracte chez l'adulte* (chapitre de synthèse sur une méta-analyse des taux de prévalence), 2000

Collège des établissements d'hébergement pour personne âgée dépendante	<ul style="list-style-type: none"> - EHPAD les Jardins du Charmois à Vandoeuvre les Nancy : M. le Dr KREUTZ, médecin coordonnateur - EHPAD Pochon de Saint Nicolas de Port : M le Dr VANNSON, médecin coordonnateur
Collège des collectivités territoriales	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil Général 54 : Mme NAVACCHI, cadre de santé / M. PIERRAT, Conseiller en gérontologie
Collège des associations d'usagers	<ul style="list-style-type: none"> - Alzheimer 54, M. MARCHAL Président - Association Les petits frères des pauvres, Mme GEIGER - Association Valentin Haüy, M. MICHEL, Président - France Alzheimer, Mme JEANVOINE, Présidente
Autres : opticiens	<ul style="list-style-type: none"> - Magasin d'optique « New optique » à Nancy, M. LE VAN et M. GRAND, Opticiens - Magasin d'optique « Optique Portoise » à St Nicolas de Port

5. Résultats de l'enquête des réseaux gérontologiques : Etat des lieux de l'existant sur les territoires du sud Lorraine

Les interviews menés auprès des partenaires des réseaux gérontologiques ont permis d'identifier :

- **Les conséquences fonctionnelles des déficiences visuelles** chez le sujet âgé et les retentissements au quotidien, sur lesquels le programme aura pour ambition d'intervenir ;
- **L'état des lieux de la prise en charge ophtalmologique du sujet âgé sur les territoires du sud de la Lorraine.**

5.1. Conséquences fonctionnelles des déficiences visuelles chez le sujet âgé

Par ordre d'importance :

- **Une baisse des facultés d'écriture et de lecture** : gestion des papiers administratifs, lecture des répertoires téléphoniques, utilisation du téléphone, lecture des dates de péremption des aliments, remplissage de chèques, etc.
- **Dans changements dans la vie sociale et relationnelle**, bien souvent ambivalents : 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 compensation du handicap et une recherche de contacts avec l'entourage (besoins d'échanges importants) ;
- **Des retentissements psychologiques, également ambivalents** : difficulté d'acceptation de la pathologie, repli sur soi, dépression ou au contraire une recherche d'ouverture vers les autres, une sollicitation accrue de l'entourage ;
- **Des changements sur leur vie quotidienne** pour la toilette, la préparation du repas, les courses, l'habillage, même si la plupart des personnes arrivent à compenser le handicap progressivement ;
- **Des incidences sur la vie médicale** : se rendre à un rendez-vous médical, lire des prescriptions médicales et les notices de médicaments, respecter l'observance d'un traitement ;
- **Ou d'autres difficultés ou gênes au quotidien** : aménagement de son logement, conduite automobile, etc.

En résumé, la baisse de l'acuité visuelle du sujet âgé peut être associée directement, avec d'autres facteurs ou non, à une perte d'autonomie rapide, à un risque de chutes et / ou à des épisodes dépressifs.

Déficience visuelle et vieillissement :

L'apparition d'une déficience visuelle peu ou non accélérer ou altérer le vieillissement, cela va dépendre du contexte, de l'environnement et de la faculté d'adaptation de la personne à ce changement :

- Le sujet âgé fragile peut être, par définition, **en grande difficulté d'adaptation** face à ce handicap ; dans ces situations, la déficience visuelle vient potentialiser et cristalliser d'autres critères de fragilité préexistants.
- Dans d'autres situations, les personnes âgées vont réussir à s'adapter : se sont des personnes qui vont être en demande permanente pour mieux vivre au quotidien, la personne va chercher à compenser et à développer des liens vers l'extérieur.

Démence et déficience visuelle du sujet âgé :

Lors des entretiens réalisés auprès des partenaires des réseaux gérontologiques, **de nombreuses interrogations et constats ont été formulés** quant au repérage et à la prise en charge d'une déficience visuelle chez un sujet âgé **dément** :

- Sur le repérage :
 - Il semble difficile de faire la part des choses entre la déficience visuelle et la démence quand cette dernière est à un stade évoluée;
 - Les personnes démentes à un stade avancé ne formulent que très peu de plaintes quant aux gênes occasionnées par la déficience visuelle.
- Sur la prise en charge et le suivi :
 - **La consultation ophtalmologique** : la personne démente éprouve bien souvent une peur et une forte angoisse, l'accueil en milieu hospitalier n'est pas vraiment adapté (durée et conditions d'attente) et les professionnels restent en majorité démunis face à la personne (comment l'aborder et apprécier sa compréhension ?), l'évaluation d'une acuité visuelle et d'un champ visuel est compliquée ;
 - **S'il y a une nécessité d'intervention chirurgicale avec anesthésie générale**, les anesthésistes manifestent leur refus d'endormir la personne âgée démente : confusion des personnes au moment de leur réveil ;
 - **Les séances de rééducation orthoptique** restent le plus souvent inefficaces car elles nécessitent une concentration intense du patient ;
 - Les lunettes sont régulièrement perdues, ou la personne oublie de les porter.

5.2. Etat des lieux de l'existant pour la prise en charge du sujet âgé déficient visuel sur les territoires du sud de la Lorraine, avis portés par les acteurs de cette prise en charge

5.2.1. Les consultations ophtalmologiques en secteur libéral

Selon l'ORSAS dans son rapport « La santé observée en Lorraine » d'octobre 2006⁵, les médecins spécialistes libéraux, toutes spécialités confondues, sont moins implantés en Lorraine par rapport à la moyenne nationale (89,2 médecins pour 100 000 habitants vs 62,3 médecins pour 100 000 habitants). Cette tendance est également valable pour la spécialité d'ophtalmologie (9,05 pour 100 000 habitants vs 6,1 pour 100 000 habitants).

Au niveau régional, on relève également des disparités pour la spécialité d'ophtalmologie :

Nombre d'ophtalmologistes libéraux pour 100 000 habitants

France	Lorraine	Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Vosges
9,05	6,1	7,8	4,2	5,7	5,0

⁵ DRASS Lorraine - ARH Lorraine - CRAM Alsace Moselle - CRAM Nord Est - URCAM Lorraine - ORSAS, *La santé observée en Lorraine, Chap. 4 l'offre de soins*, Octobre 2006

Pour les territoires couverts par nos 4 réseaux, si l'on s'intéresse aux effectifs d'ophtalmologistes libéraux installés sur les principales communes, les disparités sont encore plus marquées :

**Nombre d'ophtalmologistes libéraux installés sur les principales communes
des territoires couverts par les réseaux gérontologiques sud Lorrains**

Nancy et son agglomération	Bar le Duc	Saint Nicolas de Port	Lunéville
41	3	0	3

Source : données ADELI et DDASS 54

Même si les effectifs de population couverts ne sont pas les mêmes selon le secteur, **le milieu rural et semi-rural reste fortement déficitaire**, laissant présager un flux important de ces patients pour des consultations en libéral vers les grandes agglomérations, notamment Nancy, la plus proche (exemple pour le secteur de Saint Nicolas de Port où les patients consultent majoritairement sur Ludres).

En terme d'accessibilité, un rapide sondage téléphonique auprès d'un panel d'ophtalmologistes concernés, montre que **le délai d'attente pour un rendez-vous s'échelonne entre 3 mois et 10 mois, avec pour certains un délai pouvant atteindre 14 mois.**

5.2.2. Les consultations ophtalmologiques en secteur hospitalier public

Sur les 4 territoires sud Lorrains concernés, seuls 2 services hospitaliers appartenant au CHU de Nancy assurent des consultations ophtalmologiques. Leurs missions sont axées sur le diagnostic et la prise en charge de pathologies ophtalmologiques :

- **Le service d'ophtalmologie de l'hôpital de Nancy Brabois** (Chef de service : M le Pr. George) : les délais de rendez-vous sont de 4 mois pour une consultation auprès d'un praticien hospitalier et de 2 mois pour une consultation avec un interne. Une équipe d'astreinte 24h/24 assure les urgences ophtalmologiques.
Leurs activités : consultations basses visions (DMLA, rétinopathie), séances de laser, chirurgie du glaucome et la cataracte. Le service propose également une consultation « lunettes » tous les mercredis et vendredis matin. Des aides optiques peuvent être proposées.
- **Le service d'ophtalmologie A de l'hôpital Central à Nancy** (Chef de service : M. le Pr Jean-Paul Berrod) : les délais moyen de rendez-vous sont de 2 à 3 mois pour une consultation. Une équipe d'astreinte 24h/24 assurent les urgences. Leurs activités : consultations basses visions (DMLA, rétinopathie), séances de laser, chirurgie de la rétine et la cataracte.

La prise en charge ophtalmologique hospitalière présente 3 intérêts principaux : pas d'avance de frais, pas de dépassement d'honoraires et délais de rendez-vous relativement courts (2 à 4 mois selon les situations).

Zoom sur un projet : la création d'une passerelle entre l'HDJ gériatrique et le service d'ophtalmologie au niveau du CHU de Nancy Brabois :

L'idée est de proposer au cas par cas une consultation ophtalmologique intégrée dans le bilan réalisé par l'HDJ : mise en place de créneaux spécifiques pour l'accueil des personnes âgées fragiles en consultation d'ophtalmologie (quelques places par semaine).

Des critères d'orientation directe de la personne âgée vers l'ophtalmologie devront être définis, comme par exemple une acuité inférieure à 5/10 ème, une gêne fonctionnelle au niveau de l'œil (irritation, œil qui coule), etc.

Le projet a recueilli une adhésion du service d'ophtalmologie et de l'HDJ gériatrique, il convient de finaliser le partenariat.

5.2.3. Les actes ophtalmologiques chirurgicaux en hospitalisation ou en ambulatoire

Sur les territoires du sud Lorrain, les actes ophtalmologiques chirurgicaux sont assurés :

- **Sur Nancy :**
 - o Par les services ophtalmologiques de l'hôpital Central de Nancy et du CHU de Nancy Brabois en secteur public ;
 - o Par la clinique Saint André et la polyclinique de Gentilly pour le secteur privé.
- **Sur Lunéville :** par la clinique Jeanne d'Arc.
- **Sur Bar le Duc :** par la Polyclinique du Parc.

Contrairement au secteur hospitalier public, les cliniques privées citées précédemment n'ont pas de services de consultations ophtalmologiques à part entière, ce sont des établissements où viennent opérer des ophtalmologistes libéraux qui ont reçu au préalable leurs patients en consultation libérale.

L'étude des données PMSI 2007 selon les 4 pathologies les plus fréquentes chez le sujet âgé (DMLA, Glaucome, cataracte, rétinopathie diabétique) donne une idée des zones d'attractivité pour l'hospitalisation et du flux des patients pour un recours à une hospitalisation (ambulatoire compris) :

Flux de patients pour des hospitalisations pour cataractes, DMLA, Glaucome, Rétinopathie diabétique (Lieux de résidence sur le sud lorrain vers les pôles hospitaliers / cliniques privées)

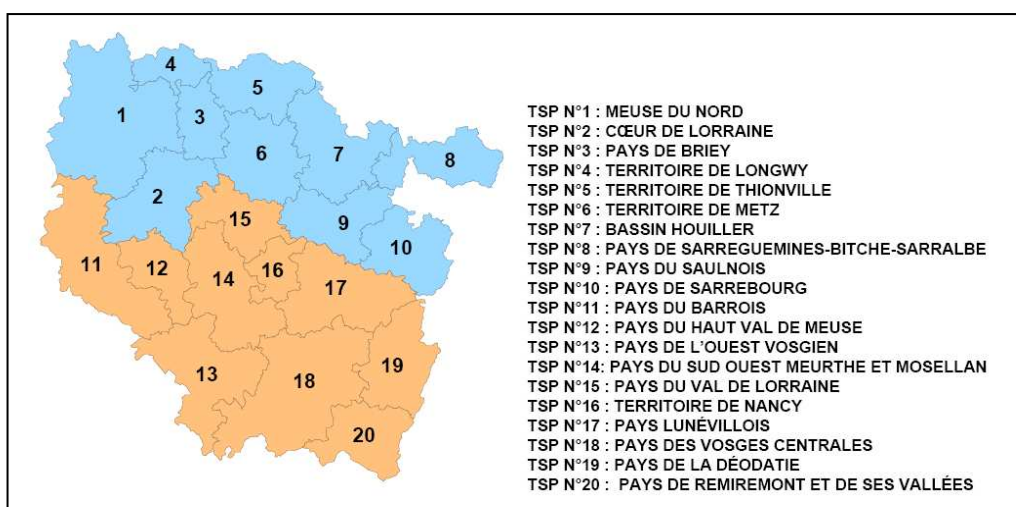
Source ATHI (Données PMSI 2007)

Lieu d'hospitalisation

Lieu de domicile

	TSP* 16 : Grand Nancy	TSP 11 : Pays du Barrois	TSP 17 : Lunévillois	TSP 01 : Meuse du Nord (Verdun)	TSP 06 : Metz	TSP 13 : Ouest vosgien	TSP 15 : Val de Lorraine	TSP 05 : Thionville	TSP 19 : Saint Dié des Vosges	Hors Lorraine (Essentiellement pour cataractes)
TSP 11 : Pays du Barrois	78	438	0	11	4	10	0	0	0	56
TSP 12 : Pays du haut Val de Meuse	137	34	0	5	2	7	1	0	0	0
TSP 14 : Pays du Sud Ouest 54 (Toul)	607	0	4	0	5	6	0	0	0	4
TSP 16 : Grand Nancy	2 437	0	14	0	2	1	1	3	0	12
TSP 17 : Lunévillois	217	0	373	0	2	0	0	0	5	11

*TSP : Territoire de Santé de Proximité



- Les patients résidant sur Nancy sont hospitalisés **dans leur grande majorité sur place.**

- Pour les patients résidant sur le sud Meusien (TSP 11 ET 12) : **60 % sont hospitalisés sur Bar le Duc**, 27 % sur Nancy et 7 % en dehors de la Lorraine (essentiellement pour cataractes) ;
- Pour les patients résidant sur le Lunévillois (TSP 17) : **61 % sont hospitalisés sur Lunéville** et 36 % sur Nancy.

La présence de pôles chirurgicaux ophtalmologiques sur Bar le Duc et Lunéville permet un accès de moyenne proximité à une majorité de patients sur ces territoires.

5.2.4. Les orthoptistes

L'orthoptiste intervient en rééducation pour réorganiser les possibilités visuelles de la personne en adoptant l'attitude corporelle la plus confortable possible.

La rééducation visuelle du sujet âgé concerne :

- Essentiellement des DMLA : les séances d'une heure chacune sont composées d'exercices pénibles, nécessitant une concentration et une attention active de la part de la personne, **la rééducation est donc sans résultats pour un patient dément à un stade avancé** ;
- Des pathologies de vision double (pathologies de tous âges suite à un AVC) donnant des résultats très positifs.

5.2.5. Les opticiens

Certains d'entre eux proposent un équipement en basse-vision pour les personnes: des aides optiques (lunettes, systèmes de loupes en verre ou électroniques, télégrandisseurs).

La plupart des opticiens réalisent des mesures d'acuité visuelle si les personnes n'ont pas d'ordonnance de leurs ophtalmologistes ; cette question fait débat parmi les professionnels de santé : certains estiment qu'ils ne peuvent pas se substituer aux ophtalmologistes, d'autres reconnaissent qu'un premier bilan réalisé par l'opticien permet une prise en charge plus rapide.

Sur nos territoires du sud Lorraine, des opticiens se portent volontaires pour se déplacer aux domiciles afin d'évaluer les besoins des personnes âgées en lunetterie et aides optiques.

5.2.6. Le médecin traitant

Ils assurent, en cabinet et parfois en foyer résidence, une mission d'orientation de leurs patients vers un ophtalmologiste lorsqu'ils ont repéré une déficience visuelle (utilisation d'une échelle visuelle) et prodiguent les conseils d'un bon suivi (fréquence des consultations et suivi du traitement) lorsque la pathologie visuelle du patient est déjà diagnostiquée.

Ils ne réalisent pas de diagnostic de pathologies visuelles en cabinet. Ils ne prescrivent pas de lunetterie sans s'être assuré de la présence ou non d'une pathologie visuelle (orientation systématique vers l'ophtalmologiste).

Les délais d'attente pour un rendez-vous chez un ophtalmologiste, la pénurie de spécialistes sur certains secteurs (notamment sur Saint Nicolas de Port) et le coût financier que peuvent représenter certaines consultations et certains traitements (DMLA) sont des préoccupations pour les médecins traitants interviewés.

5.2.7. La prise en charge en hôpitaux de jour et courts séjours gériatriques ou en services de soins de suite et réadaptation

Deux typologies de professionnels interviennent plus particulièrement sur la prise en charge des déficiences visuelles dans le cadre d'un accueil en HDJ ou d'une hospitalisation en SSR :

- **L'ergothérapeute** : par la réalisation d'un bilan visant à identifier les limitations fonctionnelles spécifiques aux déficiences visuelles, puis par la mise en place d'une rééducation gestuelle et, par la suite, d'une réadaptation de l'habitat et de l'environnement des personnes (déplacement au domicile et recommandations d'aménagement) ;
- **La psychomotricienne** par la réalisation d'un bilan visant à identifier les difficultés psychologiques résultant de la déficience visuelle, vécues et exprimées de façon corporelle, puis par la mise en place d'un suivi agissant sur leurs fonctions psychomotrices.

Les hôpitaux de jour gériatriques ou les services de SSR sont également amenés à orienter leurs patients vers une consultation ophtalmologique.

Zoom sur un projet : l'unité basse vision au Centre Florentin :

Il s'agit d'un projet en phase de développement dans le cadre d'une réflexion menée par le Centre Florentin sur la prévention des chutes et la prise en compte d'un des facteurs de risque majeurs qu'est la déficience visuelle de la personne âgée.

Il consisterait, dans le cadre de l'HAD ou de l'HDJ à :

- o Intégrer **un bilan visuel** dans le bilan fonctionnel réalisé (évaluation des ressentis, évaluation de la vision de près, de la vision intermédiaire et de la vision de loin) ;
- o Mettre en place des relais vers des ophtalmologistes en cas de pathologies ;
- o Proposer des conseils d'aménagement et des aides techniques au domicile (Déplacements des ergothérapeutes à domicile).

5.2.8. La prise en charge des personnes âgées en institution : USLD et EHPAD

- Les **unités de soins de longue durée**, en tant que services hospitaliers, orientent leurs patients en consultation ophtalmologique hospitalière et prennent en charge le coût de la consultation, le déplacement et une partie forfaitaire du coût de lunetterie.
- Pour les personnes âgées accueillies en **EHPAD** :
 - Le repérage est réalisé par l'équipe soignante dans la prise en charge au quotidien, qui organise ensuite la consultation extérieure en ophtalmologie : prise de rendez-vous, organisation des démarches pour le transport de la personne (pris en charge par la CPAM s'il s'agit d'une ALD déjà diagnostiquée, à la charge de la personne ou de sa famille dans le cas contraire) ;
 - Si la pathologie nécessite un traitement ophtalmologique, le traitement est délivré par l'équipe médicale de l'EHPAD (garant d'observance) ;
 - La réussite d'une prise en charge ophtalmologique extérieure est étroitement liée à l'implication des familles pour l'accompagnement de la personne pour le rendez-vous chez l'ophtalmologiste, l'orthoptiste ou l'opticien.

Les personnes admises définitivement en EHPAD ou en USLD sont en règle générale poly-pathologiques et démentes (à un stade avancé) dans 80 % des cas, **rendant plus difficile le repérage des déficiences visuelles. A l'initiative du Dr Manciaux du CHU de Nancy, une enquête sur le repérage des déficiences visuelles menée au niveau de 2 USLD et de 4 EHPAD est en cours de passation. Les résultats viendront compléter notre diagnostic local.**

5.2.9. Les associations d'aide aux déficients visuels

L'association Valentin Haüy : elle couvre les territoires du sud Lorraine et propose des réponses qui se veulent au plus proche des préoccupations quotidiennes des déficients visuels avec un objectif d'aider à l'autonomie des personnes et répondre à leur demande d'accompagnement (sans être dans l'assistance).

Leurs activités sont :

- Des aide directes aux adhérents pour améliorer leur autonomie : cours de Braille, club informatique, prêt financier sur le Fonds de solidarité AVH, **magasin de matériel spécialisé (900 articles)**, aide aux personnes pour le **dépôt du dossier de demande d'aides financières sur le Fonds de compensation du handicap** auprès de la MDPH ;
- Le développement de l'accès à la culture et aux loisirs : rencontres, concerts, expositions, visites, repas, sorties ; les membres de l'association ne se rendent pas à domicile mais vont chercher les personnes pour les amener à l'association : **rôle des « chauffeurs » bénévoles** de l'association.
- L'accompagnement des personnes vers des consultations ophtalmologiques.

D'autres associations sont implantés sur le secteur : l'ALADV (Association Lorraine d'Aide aux Déficients Visuels) récemment créée, ou **l'AAAL** (Association des Aveugles et Handicapés Visuels d'Alsace et de Lorraine).

5.2.10. Les aides humaines ou techniques à domicile

Dans le cadre de l'APA ou de la mission relais de la CRAM (ou d'autres caisses de retraite), mise en place et financement :

- D'aides techniques pour l'installation du domicile, qu'elles soient non spécifiques aux pathologies visuelles ou plus spécifiques comme le financement de télé agrandisseurs ou de loupes (sur préconisation de l'opticien) et sur évaluation d'une conseillère en gérontologie ou d'un ergothérapeute ;
- D'aides humaines à la personne (aide à domicile).

La personne déficiente visuelle peut également prétendre à des aides pour le financement de matériel optique sur le **Fonds départemental de compensation du handicap** (géré par la Maison départementale des personnes handicapées) ou par **certaines mutuelles**.

5.2.11. En Lorraine, une première unité pluridisciplinaire de prise en charge des basses visions : « le C.L.E.R. Basse vision »

Le Centre Lorrain d'évaluation et de réadaptation en basse vision a ouvert le 1^{er} septembre 2009.

Il s'agit d'un dispositif sanitaire (établissement de médecine physique et de réadaptation avec activités en SSR) mise en place pour la Fondation de l'institution des jeunes aveugles et déficients visuels de Nancy, institut qui ne gérait auparavant que des établissements médico-sociaux.

Ce centre Lorrain est soutenu par le CHU de Nancy et les établissements de réadaptation de la région.

Ses caractéristiques :

- **Son objectif** : diminuer le handicap fonctionnel induit par la déficience visuelle en optimisant l'usage de la vision fonctionnelle résiduelle, en développant les autres modalités sensorielles de substitution et en favorisant l'autonomie.
- **Le public concerné :**
 - o Adulte (plus de 20 ans), déficients visuels dont la vision corrigée ou traitée est inférieure à 3/10ème en vision binoculaire : pathologies fréquemment concernées : DMLA, glaucome, rétinite pigmentaire, rétinopathie diabétique ;
 - o Stabilisé sur le plan ophtalmologique (attestation par un ophtalmologiste libéral au préalable) ;
 - o Résidant en région Lorraine (et départements limitrophes).

- **Sa capacité** annuelle prévisionnelle : 180 patients en évaluation dont 90 en réadaptation, ouverture annuelle de 44 semaines, 5 jours par semaine du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00, 5 places d'hospitalisation de jour à temps partiel.
- **Equipe pluridisciplinaire** : ophtalmologiste, orthoptiste, rééducateur AVJ (assistant de la vie journalière), instructeur locomotion, opticien, psychologue, assistante sociale, infirmière coordinatrice, secrétaire.
- **Journée d'évaluation type** :
 - o 8h30 : accueil par l'AS (enregistrement dossier patient et présentation déroulement journée)
 - o 9h00 : consultation ophtalmologique
 - o 9h30 : bilan orthoptique
 - o 11h00 : bilan en autonomie de la vie journalière avec l'ergothérapeute
 - o 12h00 – 13h00 : déjeuner sur place
 - o 13h00 : bilan locomotion
 - o 14h30 : bilan psychologique
 - o 15h30 : bilan social
 - o 16h00 : synthèse de l'équipe
 - o 16H30 : restitution au patient et proposition de prise en charge : protocole de réadaptation personnalisé
 - o Possibilité d'hébergement des personnes éloignées géographiquement

Le CLER basse vision se propose également d'organiser des actions de sensibilisation à l'ensemble des professionnels de santé de la région, sur les besoins liés à la basse vision.

Il a vocation à **nouer des partenariats et des conventions** avec l'ensemble des intervenants susceptibles de mieux identifier les difficultés rencontrées par les personnes atteintes de déficiences visuelles. A terme, il prévoit la création d'un réseau basse vision regroupant des intervenants de proximité.

6. Synthèse de l'état des lieux, perspectives et pistes d'intervention proposées

6.1. Synthèse de l'état des lieux

Les éléments défavorables de l'état des lieux de proximité :

- **Une pénurie en ophtalmologistes, particulièrement hors de l'agglomération de Nancy :**
 - o On relève un déficit d'ophtalmologistes libéraux en milieu rural et semi-rural, d'où un flux important des patients pour des consultations vers le Grand Nancy, posant le problème du transport des personnes.
 - o Par conséquent, en terme d'accessibilité, le délai d'attente pour une consultation auprès d'un ophtalmologiste s'échelonne de 3 à 10 mois, pouvant atteindre 14 mois.
- **L'enjeu médico-économique :**
 - o La prise en charge ophtalmologique représente un coût financier important, notamment pour le traitement de la DMLA en médecine de ville.
- **La vulnérabilité du public âgé fragile :**
 - o Les sujets âgés fragiles sont, plus qu'un autre public, en grande difficulté d'adaptation face à ce handicap ; la baisse de l'acuité visuelle est associée à une perte d'autonomie rapide, à un risque de chutes et / ou à des épisodes dépressifs.

- **La prise en charge des personnes âgées démentes :**
 - o Les professionnels apparaissent en difficulté face au sujet âgé présentant une démence évoluée : repérage difficile de la déficience visuelle, prise en charge et suivi problématique : accueil hospitalier non adapté, participation difficile du patient au protocole de diagnostic et de soins, rééducation visuelle inefficace, perte des lunettes, etc.
- **L'accompagnement des personnes âgées isolées :**
 - o La réussite d'une prise en ophtalmologique est étroitement liée à l'implication de l'entourage professionnel ou familial pour l'accompagnement de la personne pour le rendez-vous chez l'ophtalmologiste, l'orthoptiste ou l'opticien, posant une réelle problématique pour les personnes âgées isolées.

Les éléments favorables de l'état des lieux de proximité :

- **Des pôles chirurgicaux de proximité, notamment en hospitalisation publique :**
 - o La présence de pôles chirurgicaux ophtalmologiques sur les territoires du sud Lorraine permet un accès de proche et moyenne proximité pour les patients ;
 - o 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).
- **La multiplicité des intervenants possibles :**
 - o Les HDJ et gériatriques et SSR tiennent un rôle central par la prise en compte croissante des déficiences visuelles dans leur évaluation et leur prise en charge.
 - o En institution, les USLD en tant que services hospitaliers assurent l'ensemble des étapes de la prise en charge ophtalmologique et prennent en charge les coûts.
 - o Les opticiens rencontrés sont également bien impliqués et œuvrent pour une démarche d'aller à la rencontre des personnes âgées fragiles en demande d'aide optique ; les autres professionnels de santé investis sur la question ne semblent pas s'opposer à leur implication en amont de la prise en charge.
 - o Les orthoptistes occupent une place essentielle dans la filière ophtalmologique, et ceux rencontrés sont volontaires pour participer aux formations de terrain.
 - o Des associations locales de malvoyants peuvent aider sur l'amélioration du quotidien.
 - o Des aides financières (APA, CRAM, mutuelles, FCH) existent et peuvent couvrir financièrement des besoins en aides techniques ou humaines.
 - o Malgré la multiplicité de ces intervenants, il apparaît que tous ne se connaissent pas mutuellement, l'existant est en effet peu valorisé.
- **De nouveaux dispositifs et dynamiques locales :**
 - o Au 1er septembre 2009, la première unité pluridisciplinaire de prise en charge des basses visions, le CLER Basse vision a ouvert en Lorraine, assurant également un rôle moteur pour fédérer des acteurs sur la problématique.
 - o Des projets locaux vont également se mettre en place : l'unité basse vision au Centre Florentin historiquement spécialisé dans la prise en charge du sujet âgé, et la création d'une passerelle entre l'HDJ gériatrique et le service d'ophtalmologie du CHU de Nancy.

Conclusions :

L'état des lieux sur nos territoires permet de poser les problématiques et les enjeux d'une prise en charge du sujet âgé déficient visuel :

- **Problème de coordination et d'articulation de l'existant** pour le repérage, l'évaluation, la prise en charge globale et le suivi de la personne âgée déficiente visuelle, missions mêmes que les réseaux gérontologiques ont à mener à un niveau local **tout en apportant son expertise spécifique de la personne âgée fragile à domicile.**

- **Problème de démographie médicale** et de pénurie d'ophtalmologistes nécessitant de réfléchir à s'appuyer sur d'autres intervenants professionnels dans un premier temps, ou d'organiser des passerelles entre professionnels.
- **Problème économique et financier** de la prise en charge, particulièrement significative pour un public âgé, où les coûts comprennent aussi ceux inhérents au transport et à l'accompagnement au sens large.
- **Problème humain** lorsque la prise en charge des déficiences visuelles revêt une spécificité qu'est **l'abord gériatrique**, qu'il convient de connaître, de considérer et de prendre en compte.

6.2. Perspectives et pistes d'intervention proposées par les réseaux gérontologiques

6.2.1. Finalités de santé / objectif général

Finalité de santé : de façon expérimentale, travailler sur les conséquences fonctionnelles des déficiences visuelles des personnes âgées fragiles sur les territoires couverts par nos réseaux.

Objectif général : créer des liens interdisciplinaires entre les professionnels de santé concernés par la question des déficiences visuelles du sujet âgé : valoriser l'existant dans sa globalité, faciliter le recours à cet existant et le travail en coopération en développant les échanges entre les intervenants concernés.

6.2.2. Pistes d'intervention proposées dans le cadre des missions des réseaux gérontologiques

1. Création d'un annuaire afin de valoriser l'existant des professionnels et structures intervenant au sens large dans la prise en charge des déficiences visuelles sur les territoires du sud Lorraine, et détaillant les missions, adresse, numéro de téléphone, etc.

Il serait diffusé à l'ensemble de la filière gériatrique, aux médecins traitants et aux structures membres des réseaux gérontologiques. Son objectif est de faciliter l'orientation de la personne déficiente visuelle vers l'intervenant professionnel le plus adapté selon les besoins.

2. Coordonner la prise ophtalmologique au domicile :

- **Repérer** les déficiences visuelles : faisabilité d'un premier repérage précoce des déficiences visuelles lors de l'EGS à domicile ? **Faisabilité d'un repérage des troubles visuels avant le stade 1 de l'OMS ?**
- **Suite au repérage**, définir des modalités d'accompagnement et de prises en charge de personnes âgées fragiles (transport et accompagnement physique vers une consultation, observance d'un traitement, etc.), envisager les interventions et aides techniques possibles à domicile (réorganisation des capacités et de l'environnement à domicile : intervention d'orthoptistes, ergothérapeutes ou éducateurs en autonomie dans la vie journalière).

3. Former, informer autour de ce sujet :

- **Les professionnels : organiser des rencontres conjointes** des médecins traitants, gériatres, ophtalmologistes et intervenants au domicile, autour de thèmes de travail tels que : les pathologies visuelles de la personne âgée, l'abord gériatrique en ophtalmologie, les rappels des dernières recommandations de bonnes pratiques sur la prise de charge des différentes formes de déficiences visuelles (symptômes, dépistage, traitement, réadaptation). Des intervenants en ophtalmologie peuvent apporter leur expertise : orthoptistes, CLER Basse vision. Un financement a d'ores et déjà été alloué par la CRAM Nord Est pour la mise en place de ces rencontres sur le FNPEIS 2009/
- **Les tutelles : faire remonter les besoins de terrain**, les dysfonctionnements (résultats de cet état des lieux).

4. Créer des liens interdisciplinaires, des passerelles : susciter le rapprochement de partenaires pour la construction de liens interdisciplinaires :

- Soutenir si besoin le projet de création de passerelle entre les HDJ gériatrique (Brabois et Maison hospitalière Saint Charles) et le service d'ophtalmologie au niveau du CHU de Nancy Brabois ;
- Participer aux réflexions visant le rapprochement entre les partenaires de la filière gériatrique et ceux pouvant intervenir sur le repérage des déficiences visuelles (mise en place de passerelles au niveau des consultations mémoires, accueil de jour).

Autres modalités d'action restant à préciser :

- **Mise en place d'un groupe de travail visant à clarifier les aides existantes** et les financements possibles pour l'amélioration du quotidien des personnes déficientes visuelles (APA, relais CRAM, FCH de la MDPH, mutuelles) ; Ce groupe de travail pourrait être constitué dans le cadre de la création de l'annuaire.
- **Définition de modalités d'actions possibles pour les personnes âgées en institution** suite à l'enquête menée sur les USLD et EHPAD ; réflexion à engager avec les Conseils généraux 54 et 55.

6.2.3. Feuille de route pour les années 2009 et 2010

→ **Préparation du programme – Avril à septembre 2009 :**

- Rencontres partenariales ;
- Rédaction d'une première demande de financements ;
- Réalisation de l'état des lieux, écriture du projet ;
- Constitution d'un comité de pilotage.

→ **Mise en place des groupes de travail et des actions (interventions à prioriser, calendrier à préciser)**

Deuxième semestre 2009 (Septembre à décembre 2009)

- **Communiquer autour de cet état des lieux.**
- **Valoriser l'existant :** création d'un outil de travail de type annuaire détaillant l'ensemble des intervenants dans leur globalité : missions, adresse, numéro de téléphone, etc. / Diffusion à la filière gériatrique, aux médecins traitants et aux structures membres des réseaux gérontologiques.
- **Proposer des possibilités de repérage et de prises en charge des personnes âgées fragiles** suivies par les réseaux gérontologiques : modalités et outils repérage des déficiences visuelles lors de l'EGS à domicile, modalités d'accompagnement et de prises en charge de personnes âgées fragiles au niveau ophtalmologique : rencontre des médecins coordonnateurs et des infirmières des réseaux avec le CLER Basse vision.
- **Organiser les rencontres conjointes** des médecins traitants, gériatres, ophtalmologistes et intervenants du soin à domicile : proposer des soirées de « formation ».

Premier semestre 2010

- **Proposer un groupe de travail pour le développement de partenariats** et de rapprochements entre la filière gériatrique et les intervenants sur les déficiences visuelles.
- **Autres modalités d'action restant à préciser :**
 - Mise en place d'un groupe de travail visant à clarifier les aides existantes et les financements possibles pour l'amélioration du quotidien des personnes déficientes visuelles (APA, relais CRAM, FCH de la MDPH, mutuelles) ;
 - Définition de modalités d'actions possibles pour les personnes âgées en institution suite à l'enquête menée sur les USLD et EHPAD ; réflexion à engager avec les partenaires impliqués.

- **ALD** : Affection de longue durée
- **APA** : Allocation personnalisée d'autonomie
- **AS** : Assistante sociale
- **ATHI** : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- **AVC** : Accident vasculaire cérébral
- **AVJ** : Assistant de la vie journalière
- **AVH** : Association Valentin Haüy
- **CIH** : Classification internationale des handicaps
- **CIM** : Classification internationale des maladies
- **CHU** : Centre hospitalier universitaire
- **CLER** : Centre Lorrain d'évaluation et de réadaptation
- **CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie
- **CRAM** : Caisse régionale d'assurance maladie
- **CREAI** : Centre régional d'études et d'actions en faveur des personnes inadaptées
- **DMLA** : Dégénérescence maculaire liée à l'âge
- **EHPAD** : Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
- **FCH** : Fonds de compensation du handicap
- **FNPEIS** : Fonds national de prévention, d'éducation et d'information en santé
- **HAD** : Hospitalisation à domicile
- **HDJ** : Hôpital de jour
- **INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques
- **MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées
- **MHSC** : Maison hospitalière Saint Charles
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- **SSR** : Soins de suite et de réadaptation
- **TSP** : Territoire de santé de proximité
- **USLD** : Unité de soins de longue durée