

## **Le handicap visuel lié à l'âge, un angle mort des politiques publiques**

### **RÉSUMÉ**

**L'augmentation des déficiences visuelles liées à l'âge est en train de devenir un enjeu de santé public majeur.** En effet, les projections de population indiquent qu'un tiers des Français aura plus de 60 ans en 2050, tandis qu'actuellement, 60% des personnes en situation de handicap visuel ont plus de 60 ans. Pourtant, **le handicap visuel lié à l'âge est le grand oublié des pouvoirs publics.** La perte de vision est encore trop considérée comme une fatalité liée à l'avancée en âge, ce qui fait qu'elle est peu dépistée, peu prise en charge et l'impact sur le quotidien de la personne âgée, largement minimisé.

De ce fait, **les solutions qui existent pour optimiser le potentiel du résidu visuel et l'autonomie de la personne âgée en situation de handicap visuel sont souvent invisibilisées.** Face à la hausse considérable du nombre de personnes âgées en France, **l'enjeu aujourd'hui n'est plus d'allonger la durée de la vie mais d'améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes.**

La stratégie « Bien vieillir » du gouvernement fait de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées une priorité de santé publique. Dans ce cadre, **il est essentiel que les politiques publiques prennent en compte les spécificités du handicap visuel lié à l'âge**, notamment dans l'élaboration des nouveaux services pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, tels les services publics départementaux de l'autonomie (SPDA) et les équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT).

Les associations se mobilisent pour la mise en place de politiques de prévention, de mesures pour limiter la dépendance des personnes âgées déficientes visuelles et de réponses pour pallier les inégalités de prise en charge sur le territoire.

## SOMMAIRE

Introduction .....	3
Thème 1 : Prévenir le handicap visuel lié à l'âge .....	4
1. Mettre en place une politique de prévention et de dépistage de la perte de vision chez les personnes âgées .....	4
2. Former et sensibiliser le personnel de santé à la déficience visuelle et aux solutions d'autonomie .....	5
3. Améliorer les critères d'évaluation de la dépendance induite par la déficience visuelle .....	6
Thème 2 : Mettre en place des mesures pour limiter la dépendance .....	7
4. Orienter systématiquement le patient vers des structures spécialisées dès l'annonce du diagnostic .....	8
5. Revaloriser la prise en charge par la sécurité sociale des aides techniques et des actes de soins spécifiques à la déficience visuelle .....	9
6. Intégrer les nouvelles technologies dans le quotidien des personnes âgées déficientes visuelles comme une solution d'autonomie .....	10
Thème 3 : Pallier le manque de prise en charge des personnes âgées déficientes visuelles sur le territoire .....	10
7. Favoriser la prise en charge globale de la personne âgée déficiente visuelle .....	11
8. Réduire les inégalités territoriales de l'accès aux soins de réadaptation .....	12
9. Lever la barrière d'âge pour faciliter l'accès aux soins de réadaptation des personnes âgées déficientes visuelles .....	14
Bibliographie .....	15

# Introduction

Ce plaidoyer s'inscrit dans une démarche collective, conçu par l'association Valentin Haüy, il est porté par la Confédération Française pour la promotion sociale des aveugles et des amblyopes (CFPSAA), qui est l'interlocutrice des pouvoirs publics et qui regroupe une vingtaine d'associations dont l'association Valentin Haüy. L'association Valentin Haüy, agit depuis 1889 pour l'autonomie et la prévention de la dépendance des personnes en situation de handicap visuel, notamment celles des personnes confrontées à une déficience visuelle liée à l'âge.

Alors que les projections de population montrent qu'un tiers des Français aura plus de 60 ans en 2050, **l'augmentation des déficiences visuelles avec l'âge est en train de devenir un enjeu de santé public majeur.** [Dans le monde](#), 81% des aveugles ou des personnes avec une déficience visuelle modérée à sévère sont des personnes de plus de 50 ans. [En France](#), 60% des personnes en situation de handicap visuel sont âgées de 60 ans ou plus et 40% sont âgées de 75 ans ou plus.

L'Organisation mondiale de la santé alerte depuis 2020 que si la hausse prévue du nombre de personnes âgées ne s'accompagne pas d'un meilleur accès aux services de soins oculaires, le nombre de personnes atteintes de déficience visuelle et de cécité augmentera considérablement. **L'enquête de la DREES de 2021 confirme la montée en charge des troubles de la vision avec l'âge impactant la vie quotidienne** : ils concernent 18% des 20 à 59 ans, 29% des 60 à 79 ans et 48% des personnes de 80 ans et plus, dont 11% déclarent être en situation de handicap visuel sévère.

La [dégénérescence maculaire liée à l'âge \(DMLA\)](#), **première cause de handicap visuel chez les personnes de plus de 50 ans en France, concerne une personne sur 3 après 75 ans et une personne sur 2 à partir de 80 ans.** Cette maladie de la rétine entraîne un déficit de vision centrale, avec une baisse d'acuité visuelle, une perturbation du champ visuel central et une perte de la vision des contrastes et des couleurs, accompagnés d'une perte de la vision des détails.

**Les troubles de la vision acquis viennent perturber de façon plus ou moins sévère le quotidien de la personne âgée aveugle ou malvoyante, et entraînent des traumatismes psychologiques forts.** L'absence totale de vision, le déficit de la vision centrale, la restriction du champ visuel, les déficits mixtes et les syndromes neuro-visuels entraînent tous des incapacités variables selon le degré de l'affection. Ils perturbent majoritairement la capacité à se déplacer, à se situer dans l'espace, à saisir les informations (notamment l'écrit), à communiquer, à organiser son geste. **Les répercussions psycho-sociales dans la vie quotidienne et dans la vie sociale et familiale sont très importantes** : la personne âgée aveugle ou malvoyante a des difficultés à entretenir un logement, à préparer les repas, à faire les courses, à se déplacer ou à faire ses démarches administratives. Ces difficultés peuvent renforcer l'isolement de la personne âgée et la pousser à réduire ses activités sociales et les actes essentiels de la vie. **La perte de vision génère irrémédiablement une perte d'autonomie et des situations de handicap qui varient selon la maladie, les capacités d'adaptation de la personne et les possibilités d'accès aux soins de réadaptation.**

Le gouvernement a présenté en novembre 2023 sa [stratégie « Bien Vieillir »](#), qui fait de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées une priorité de santé publique. L'élaboration des services publics départementaux de l'autonomie (SPDA) et la mise en

place des équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT) s'inscrivent dans cette volonté de prendre en compte le vieillissement de la population et les pathologies qui en découlent, mais ne doivent pas négliger la diversité et les spécificités de chaque situation de handicap visuel. **Les associations membres de la CFPSAA, avec l'association Valentin Haüy, se mobilisent pour que les politiques publiques prennent en considération les enjeux relatifs à l'augmentation des cas de handicap visuel lié à l'âge et proposent des réponses globales et adaptées.**

**Ensemble, elles se réunissent pour que les situations hétérogènes de handicap visuel lié à l'âge soient reconnues, que des politiques de prévention de la perte d'autonomie soient mises en place, et qu'ainsi les risques de maltraitance liées à un handicap invisible soient limités.**

---

*« Pendant tout le temps qu'elles attendent pour accepter de l'aide, les personnes âgées confrontées à une déficience visuelle utilisent beaucoup d'énergie et ratent des chances de bien vivre. C'est de l'énergie perdue. Ce sont des chances perdues de bien vivre. »*

*Vincent Ducommun, psychologue indépendant à Lausanne*

---

## Thème 1 : Prévenir le handicap visuel lié à l'âge

Afin de prévenir le handicap lié à l'âge, la CFPSAA souligne l'importance d'effectuer un dépistage régulier de la vision de la personne âgée, notamment à l'entrée en établissement de santé. Le personnel de santé doit être formé et sensibilisé à différentes situations de handicap visuel et aux solutions d'autonomie, afin d'optimiser le maintien à domicile des personnes âgées, leur capacité d'autonomie, et de favoriser leur bientraitance.

### 1. Mettre en place une politique de prévention et de dépistage de la perte de vision chez les personnes âgées

D'après le [rapport mondial de la vision](#) publié par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2020, la grande majorité des cas de déficience visuelle causés par des affections oculaires courantes, comme la rétinopathie diabétique et le glaucome, sont évitables grâce à un dépistage précoce et à une intervention rapide. De nombreuses personnes ne sont pas diagnostiquées car ces affections sont souvent asymptomatiques aux premiers stades. Le dépistage oculaire est dès lors retardé voire occulté, car la baisse de vision est considérée comme une fatalité faisant partie du processus normal de vieillissement. Le diagnostic anticipé de la DMLA, bien avant que les symptômes ne s'aggravent, permet par exemple de mettre en place un traitement préventif qui ralentit sa progression. Par ailleurs, le caractère héréditaire de certaines de ces affections oculaires nécessite une meilleure information pour un suivi ophtalmologique régulier et efficace des personnes à risque.

Mettre en place une politique de prévention, c'est aussi informer sur les moyens de compensation de la perte de vision existants, que ce soit pour les personnes concernées, les aidants ou tout professionnel susceptible d'intervenir auprès des personnes âgées.

La sensibilisation et l'information sont des outils clés pour accompagner une personne âgée confrontée à une perte de vision, afin de préserver son autonomie, son bien-être et limiter l'aggravation d'une affection oculaire.

### **Nos propositions :**

- **Mettre en place des campagnes de sensibilisation régulières en faveur d'un dépistage annuel des affections oculaires courantes chez les personnes âgées.**
- **Définir une politique de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées en situation de handicap visuel.**
- **Rendre systématique l'évaluation de la vision de la personne âgée à son entrée dans un établissement de santé.**
- **Sensibiliser les proches aidants au dépistage de la déficience visuelle et promouvoir auprès d'eux les solutions à l'autonomie.**

## **2. Former et sensibiliser le personnel de santé à la déficience visuelle et aux solutions d'autonomie**

En 2013, Monique Clair, médecin coordinateur en Ehpad, faisait le constat dans son [mémoire](#) que la malvoyance ne bénéficiait d'aucune prise en charge particulière au sein de ces établissements, souvent occultée aux bénéfices de handicaps qui semblent plus importants (troubles moteurs, dénutrition, ...). Au cours de son enquête auprès des personnels d'Ehpad, il apparaît que les ¾ des répondants ne sauraient préciser quels sont les résidents aveugles ou malvoyants de la résidence. On peut extrapoler cette analyse à l'aide à domicile, car la perte de vision est souvent ignorée, et l'impact sur la personne âgée, minimisé, par la personne elle-même et par son entourage. Pourtant, [l'étude nationale Homère](#), réalisée en 2021, souligne que 90% des personnes déficientes visuelles âgées de plus de 60 ans reçoivent une aide humaine à domicile, dont 30% des professionnels de santé.

Ce manque flagrant de sensibilisation et de formation du personnel de santé au handicap visuel a de multiples effets. Dans un premier temps, il empêche de proposer des solutions d'autonomie adaptées à la personne âgées en situation de handicap visuel, ce qui entretient, voire aggrave, sa dépendance. Dans un second temps, il néglige la corrélation entre perte de vision et troubles cognitifs, pourtant démontré par [plusieurs études](#). On estime actuellement que les personnes de plus de 85 ans avec une mauvaise vue ont 5 fois plus de risque de développer des troubles cognitifs et 9 fois plus de risque d'être concernées par la maladie d'Alzheimer. Enfin, il ignore l'influence de la perte de la vision sur les risques de chutes, qui représentent, [d'après l'OMS](#), la deuxième cause de décès accidentel chez les personnes âgées de plus de 60 ans. On estime que les personnes âgées qui présentent un déficit visuel sont 1,5 à 2 fois plus à risque de tomber, comparativement aux seniors dotés d'une bonne vue. Par ailleurs, [les chutes ont un coût pour la collectivité](#) qui s'élève à 2 milliards d'euros, et ce coût ne va faire qu'augmenter avec le vieillissement à venir de la population française.

Par conséquent, former correctement le personnel de santé à la déficience visuelle permet de prévenir la perte de vision, de maximiser le potentiel d'autonomie de la personne âgée,

et de limiter l'apparition de problèmes corrélés tels que les chutes, la dépression et la majoration des troubles cognitifs.

### **Nos propositions :**

- **Rendre obligatoire les formations à la déficience visuelle à toute personne intervenant auprès des personnes âgées, que ce soit dans les établissements de santé ou les aides à domicile.**
- **Rendre systématique l'évaluation régulière de la vision dans les Ehpad.**
- **Former les équipes des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) à la diversité des situations de handicap visuel et aux réponses adaptées à chacune.**
- **Former les Centres communaux d'action sociale (CCAS) aux situations de handicap visuel et aux parcours de vie adaptés aux personnes âgées déficientes visuelles.**
- **Former les professionnels de santé aux solutions d'autonomie pour limiter la dépendance induite par la déficience visuelle.**
- **Sensibiliser et former les médecins généralistes aux pertes de vision liées à l'âge et aux solutions d'autonomie, et les informer sur les structures centres-ressources.**

### **3. Améliorer les critères d'évaluation de la dépendance induite par la déficience visuelle**

Actuellement, les critères d'évaluation de la dépendance se concentrent sur les capacités fonctionnelles de l'individu, ce qui est très peu adapté pour évaluer les limitations engendrées par la déficience visuelle. Pour exemple, concernant les problèmes de déplacement, les grilles d'évaluation ne prennent en compte que la capacité de la personne à se déplacer, c'est-à-dire si son corps lui permet de se mouvoir. Pourtant, une personne âgée déficiente visuelle peut avoir la capacité fonctionnelle à se déplacer mais présente une incapacité totale ou relative à se situer et à se repérer dans l'espace, ce qui limite ses possibilités de déplacement et contribue à la mettre en danger.

La grille AGGIR, qui est le principal outil d'évaluation de la dépendance et qui permet notamment d'obtenir une aide financière, se concentre essentiellement sur la perte d'autonomie physique et psychique. Elle ne prend pas en compte les déficiences sensorielles pour évaluer la dépendance. Ainsi, elle va évaluer la capacité à se laver, à s'habiller, ou à se mouvoir, mais, comme le souligne l'édition 18 du LUMEN Magazine, elle est très peu adaptée aux déficients visuels qui vont davantage subir leur handicap sur les déplacements et dans l'accès à l'écrit, notamment la lecture. Elle ne prend pas non plus en compte le potentiel d'autonomie de la personne âgée en situation de handicap visuel, variable selon le degré d'atteinte de la vision, qui peut être à la fois autonome et dépendante pour certains actes de la vie ! En effet, certains aménagements, tels un éclairage majoré, des contrastes optimisés, une organisation appropriée, permettent une meilleure gestion de la vision résiduelle et majorent l'autonomie pour certains actes de la vie quotidienne. D'autres actes peuvent néanmoins nécessiter un accompagnement extérieur. De la même manière, la grille PATHOS, qui permet d'évaluer les niveaux de soins requis pour la prise en charge des pathologies en Ehpad, ne prend pas en compte la spécificité des besoins des personnes confrontées à une maladie touchant la fonction visuelle susceptible d'entraîner une situation de handicap.

La dépendance peut également être induite par des facteurs qui ne sont pas systématiquement pris en compte dans la reconnaissance des situations de handicap visuel, tels les troubles visuo-spatiaux présents dans le syndrome de Benson, la cécité nocturne dès que la luminosité baisse dans le cas de la rétinite pigmentaire ou les fluctuations visuelles dues à la perte de vision des contrastes dans les glaucomes, la DMLA ou la cataracte. L'évaluation de la dépendance doit donc être plus précise afin de prendre correctement en compte les spécificités et la diversité des déficiences visuelles, qui mènent à des situations de handicap visuel complexes plus ou moins sévères.

Les critères d'évaluation de la dépendance, eux-mêmes, ne sont pas toujours cohérents avec la réalité vécue par les personnes déficientes visuelles. Par exemple, le code de la route en France requiert que les conducteurs aient une acuité visuelle minimum de 5/10<sup>ème</sup>, pourtant, on ne parle de handicap visuel que lorsque l'acuité visuelle est inférieure à 3/10<sup>ème</sup>. Ainsi une personne âgée qui voit sa vision baisser en deçà de 5/10<sup>ème</sup> ne pourra plus conduire sans pour autant être considérée comme une personne en situation de handicap. Mais ne plus pouvoir conduire n'est-il pas déjà une perte d'autonomie ?

C'est donc en évaluant correctement la diversité des situations de handicaps visuels, selon les degrés d'atteinte et la fluctuation de la vision, et selon les conditions environnementales, que les réponses peuvent être réellement adaptées pour préserver l'autonomie de la personne âgée confrontée à une baisse de vision inéluctable.

#### **Nos propositions :**

- **Envisager la dépendance induite par la perte de vision sous un angle plus large que les incapacités fonctionnelles, afin de prendre en compte l'interdiction de conduire, la perte de vision sans éclairage adapté, la perte de vision des couleurs, des contrastes, etc.**
- **Prendre en compte le potentiel d'autonomie d'une personne handicapée visuelle dans l'évaluation de sa dépendance, avec la prise en considération des moyens de compensation à sa disposition, selon son degré de vision, l'évolutivité de sa pathologie et ses capacités d'adaptation.**
- **Améliorer la grille AGGIR ou créer un outil d'évaluation spécifique afin que les critères de la dépendance soient adaptés à la particularité de la déficience visuelle pour juger du handicap.**
- **Améliorer la grille PATHOS pour favoriser la prise en compte des besoins en soins (médicaux et en réadaptation) en cas de maladies génératrices de situations de handicap visuel.**
- **Former les évaluateurs des MDPH et de l'APA à la multiplicité et à la diversité des situations de malvoyance.**

## **Thème 2 : Mettre en place des mesures pour limiter la dépendance**

Une fois la perte de vision irrémédiable diagnostiquée, la CFPSAA propose un ensemble de mesures visant à limiter la dépendance de la personne âgée et à améliorer son autonomie, notamment grâce à l'orientation vers une prise en charge globale adaptée et au soutien financier nécessaire pour y accéder.

## 4. Orienter systématiquement le patient vers des structures spécialisées dès l'annonce du diagnostic

L'étude Homère met en évidence que la proposition de prise en charge dès l'annonce du diagnostic de perte de vision est encore largement insatisfaisante : 52% des participants âgés de 60 ans et plus n'ont reçu aucune proposition de prise en charge à l'annonce du diagnostic. De fait, les médecins et ophtalmologues sont souvent peu informés des ressources disponibles sur le territoire et n'orientent pas leurs patients. Pourtant, orienter correctement une personne âgée en situation de handicap visuel peut lui permettre de bénéficier d'un accompagnement de qualité, qui l'aidera à préserver son autonomie et sa qualité de vie.

En mars 2024, l'Association Valentin Haüy, l'hôpital national des 15-20, et le CECOM de la Fondation d'Entreprise Optic2000 Lissac Audio2000 se sont réunis pour développer le [pôle d'accueil, de coordination et d'orientation \(PACO\)](#), pour les patients confrontés à un déficit visuel invalidant. Il centralise les informations relatives à la déficience visuelle, propose les solutions adaptées aux besoins spécifiques de chaque patient et coordonne les soins vers la réponse la plus appropriée à apporter. Ce type de structure devrait être généralisé à tous les départements dans le cadre de la mise en place du Service public départemental de l'Autonomie, en vue d'apporter une réponse rapide et efficace à toutes les personnes concernées. Il semble néanmoins nécessaire de souligner qu'orienter correctement les personnes en situation de handicap visuel lié à l'âge signifie qu'il faut avoir en amont suffisamment de professionnels de santé formés pour répondre à la demande. Or la France fait face à un manque important de professionnels de la vision, dont la répartition est, par ailleurs, très inégale sur le territoire.

Orienter correctement le patient âgé déficient visuel implique également de le guider efficacement vers les moyens de compensation dont il aura besoin pour maintenir son autonomie et favoriser sa sécurité, notamment lors de déplacements au sein de son domicile et à l'extérieur. En ce sens, il est nécessaire de réaliser un bilan de la vision fonctionnelle par un orthoptiste basse vision afin d'analyser les besoins réels de compensation de la personne et de mettre à sa disposition les aides techniques les plus adaptés aux spécificités de son handicap. Proposer un panel d'aides techniques suffisamment précises et variées pour s'adapter aux différents degrés de handicap visuel nécessite néanmoins un réel investissement financier et une veille technologique documentée. Les EqLAAT doivent développer une expertise dans le domaine du matériel adapté aux personnes handicapées visuelles avec des conseillers formés à l'hétérogénéité des situations de handicap visuel ou proposer une EqLAAT spécialisée en basse vision dans chaque département.

L'accès à l'information est une priorité, l'étude Homère rapporte en effet que les deux principales raisons pour lesquelles les personnes âgées de 60 ans et plus n'utilisent pas ou peu d'outils de compensation sont qu'ils ne connaissent pas les outils existants (28%), qu'ils ne savent pas s'en servir et qu'ils auraient besoin d'une formation pour apprendre à s'en servir (26%).

### **Nos propositions :**

- Transformer en service national le [pôle d'accueil, de coordination et d'orientation \(PACO\)](#) spécialisé dans la déficience visuelle en développant notamment une plateforme téléphonique et des antennes locales.
- Sensibiliser les ophtalmologues à l'importance d'une orientation vers une structure susceptible d'apporter une réponse de qualité adaptée aux besoins

**et aux attentes du patient confronté à un déficit visuel inéluctable qui perturbe sa vie quotidienne.**

- **Informier les personnes âgées des outils techniques à leur disposition et des formations accessibles pour apprendre à s'en servir, par exemple en mobilisant les caisses de retraite.**
- **Développer le nombre d'instructeurs en autonomie, avec une politique de promotion et de valorisation de ce métier en tension.**
- **Développer les EqLAAT avec un service dédié spécifiquement à la déficience visuelle afin de répondre au mieux aux besoins des personnes âgées en situation de handicap visuel.**

## **5. Revaloriser la prise en charge par la sécurité sociale des aides techniques et des actes de soins spécifiques à la déficience visuelle**

Les aides techniques spécialisées sont essentielles pour permettre aux personnes âgées déficientes visuelles de vivre de manière autonome. Le [guide des aides à la lecture](#), proposé par l'Association Valentin Haüy, souligne par exemple l'utilité des loupes électroniques ou des logiciels de grossissement pour continuer à lire. Pourtant, presque ¼ des personnes âgées de 60 ans et plus de l'étude Homère qui n'utilisent pas d'outils de compensation invoquent un prix trop élevé pour les acheter.

Ainsi, les filtres thérapeutiques qui améliorent les contrastes nécessitent l'achat d'une deuxième paire de lunettes, non remboursée. Les loupes électroniques sont prises en charge par la sécurité sociale, mais uniquement jusqu'à 20 ans, ce qui exclut de fait toutes les personnes confrontées à un handicap visuel lié à l'âge.

En parallèle, la plupart des soins de réadaptation relatifs à la déficience visuelle en France sont réalisés par des professionnels du secteur médico-social, ce qui ne permet pas une prise en charge par la sécurité sociale. Pourtant, les actes de soin du secteur médico-social, tels que l'accompagnement psychologique, la formation à l'utilisation des aides techniques et la rééducation en locomotion, spécifiques à la réadaptation des personnes déficientes visuelles en situation de handicap visuel, sont essentiels pour améliorer autonomie et qualité de vie et contribue à limiter la dépendance de la personne âgée.

Favoriser l'accès aux aides techniques permettrait d'améliorer significativement la qualité de vie des personnes âgées déficientes visuelles en réduisant leur dépendance, tout en réalisant des économies à long terme pour le système de santé, notamment grâce au maintien à domicile.

### **Nos propositions :**

- **Assurer un remboursement du coût des aides techniques par la sécurité sociale.**
- **Reclassifier les actes de soin du secteur médico-social comme des actes paramédicaux, pris en charge par la sécurité sociale.**

## **6. Intégrer les nouvelles technologies dans le quotidien des personnes âgées déficientes visuelles comme une solution d'autonomie**

Que ce soit pour continuer à lire ou pour maintenir le lien social grâce à un téléphone adapté, les nouvelles technologies doivent se développer au service des personnes âgées avec un handicap visuel afin d'optimiser leur maintien à domicile, leur autonomie et leur bien-être.

Comme le soulignent Gérard Cornet et Michel Carré dans un article publié en 2008 dans le magazine « Gérontologie et société », les nouvelles technologies de la communication et les aides techniques aident à agencer un environnement favorable au maintien de l'autonomie des personnes âgées en situation de handicap visuel. Le réglage de la luminosité peut, par exemple, être automatisé, et des combinés téléphoniques à grosses touches sont maintenant disponibles pour faciliter l'utilisation des outils de communication. L'accessibilité des logements des personnes âgées en situation de handicap visuel doit être une priorité afin de sécuriser leur lieu de vie et favoriser leur maintien à domicile le plus longtemps possible.

Le numérique doit également s'adapter aux besoins des personnes âgées déficientes afin de préserver leur autonomie. L'étude Homère montre que, par rapport au grand public dans son ensemble, la part des personnes de 60 ans et plus déficientes visuelles qui n'utilise pas internet quotidiennement est bien plus importante que dans le reste de la population. Près de la moitié des 60 ans et plus ont renoncé à effectuer des démarches administratives à cause de leur problème visuel.

### **Nos propositions :**

- **Proposer des cours de formation au numérique et aux outils technologiques pour permettre aux personnes âgées déficientes visuelles de continuer à utiliser leur téléphone portable, à lire, à regarder la télé.**
- **Favoriser l'accessibilité des logements pour sécuriser les déplacements des personnes âgées en situation de handicap visuel.**
- **Développer des gammes de produits et services adaptées aux besoins des personnes âgées déficientes visuelles.**
- **Développer le nombre de formateurs en nouvelles technologies adaptées.**

## **Thème 3 : Pallier le manque de prise en charge des personnes âgées déficientes visuelles sur le territoire**

Que ce soit sur le plan sanitaire, social ou médico-social, plus de la moitié des départements ne proposent aucune structure pour les adultes déficients visuels. Parmi ces départements, seulement 43<sup>1</sup> proposent une prise en charge en réadaptation. Le manque de professionnels de la vision et la barrière d'âge des 60 ans s'ajoutent alors comme des obstacles supplémentaires pour accéder aux soins liés à la perte de vue. L'accès aux

---

<sup>1</sup> D'après le recensement des ESMS et des SMR fait par la Fédération des Aveugles et Amblyopes de France en 2022 : [https://aveuglesdefrance.org/app/uploads/2023/03/Panorama-de-l-offre-daccompagnement-et-de-reeducation-en-direction-des-personnes-deficientes-visuelles\\_access.pdf](https://aveuglesdefrance.org/app/uploads/2023/03/Panorama-de-l-offre-daccompagnement-et-de-reeducation-en-direction-des-personnes-deficientes-visuelles_access.pdf)

soins doit être amélioré afin de proposer une prise en charge adaptée du handicap visuel lié à l'âge sur l'ensemble du territoire.

## **7. Favoriser la prise en charge globale de la personne âgée déficiente visuelle**

Chez la personne âgée, la déficience visuelle vient s'ajouter aux pathologies liées à l'âge, et peut donc se cumuler à d'autres handicaps, tels que les situations de handicaps auditifs, moteurs ou cognitifs. En ce sens, il est important de proposer une prise en charge adaptée mais aussi globale, qui prend en compte les difficultés rencontrées par la personne âgée dans leur ensemble et sa fragilité.

La rééducation et la réadaptation des personnes âgées déficientes visuelles permettent d'offrir une prise en charge globale et un suivi personnalisé et adapté, faisant intervenir différents professionnels de santé et du secteur médico-social selon le degré d'atteinte. Elles sont assurées par les professionnels du secteur sanitaire et du secteur médico-social de façon graduée, le secteur libéral pour les cas modérés, les structures pour les cas sévères.

L'objectif de la rééducation est d'obtenir une meilleure utilisation et un meilleur rendement des possibilités visuelles résiduelles grâce à des exercices de stimulation spécifiques. L'objectif de la réadaptation de la personne en situation de handicap visuel, quant à lui, est de restaurer une qualité de vie optimale et favoriser l'indépendance pour les activités de la vie quotidienne. Comme le souligne Nicolas Maurage sa [thèse](#) publiée en 2022, c'est l'approche pluridisciplinaire (orthoptiste, instructeur en locomotion, psychologue, opticien basse vision, ergothérapeute, ...) qui permettra au mieux de réduire la dépendance, l'isolement, et plus globalement d'améliorer la qualité de vie des personnes déficientes visuelles.

La réadaptation en locomotion est notamment essentielle pour continuer à pouvoir se déplacer en sécurité malgré la perte de vision. L'étude Homère a pourtant mis en évidence qu'à partir de 65 ans, moins de 10% des personnes déficientes visuelles sont formées à la locomotion, alors que les difficultés à se situer dans l'espace sont plus importantes. Pour les personnes de 60 ans et plus qui ont bénéficié d'une prise en charge, seuls 35% ont bénéficié d'une formation en locomotion (contre 59% des moins de 60 ans).

Par ailleurs, le manque de professionnels de la vision et leur inégale répartition sur le territoire renforcent la difficulté d'accès aux soins. Dans le cadre de la réadaptation, il faut souvent se déplacer loin, voire hors de son département pour en bénéficier, et les temps d'attente sont en moyenne d'un à deux ans. Pour bénéficier d'un accompagnement à domicile (par SAVS<sup>2</sup> ou SAMSAH<sup>3</sup>), le temps d'attente est d'un an, alors même que l'instruction en locomotion est une urgence pour que la personne âgée puisse préserver son autonomie dès l'annonce de la perte de vision.

### **Nos propositions :**

- Prioriser l'accès à une prise en charge globale de la personne âgée déficiente visuelle qui prend en compte le cumul possible des handicaps et la complexité du handicap lié à l'âge.**

---

<sup>2</sup> Service d'accompagnement à la vie sociale.

<sup>3</sup> Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

- **Renforcer l'offre de réadaptation sur le territoire pour qu'elle soit présente dans chaque département, afin de maximiser le potentiel d'autonomie de la personne âgée déficiente visuelle.**
- **Assurer la qualité des formations initiales et professionnelles, et promouvoir les métiers de la basse vision « orthoptiste, opticien basse-vision, instructeur pour l'autonomie, ergothérapeutes, ... ».**
- **Systématiser le recours aux psychologues, aux instructeurs en locomotion ou en autonomie dans les organismes qui accueillent des personnes âgées déficientes visuelles.**

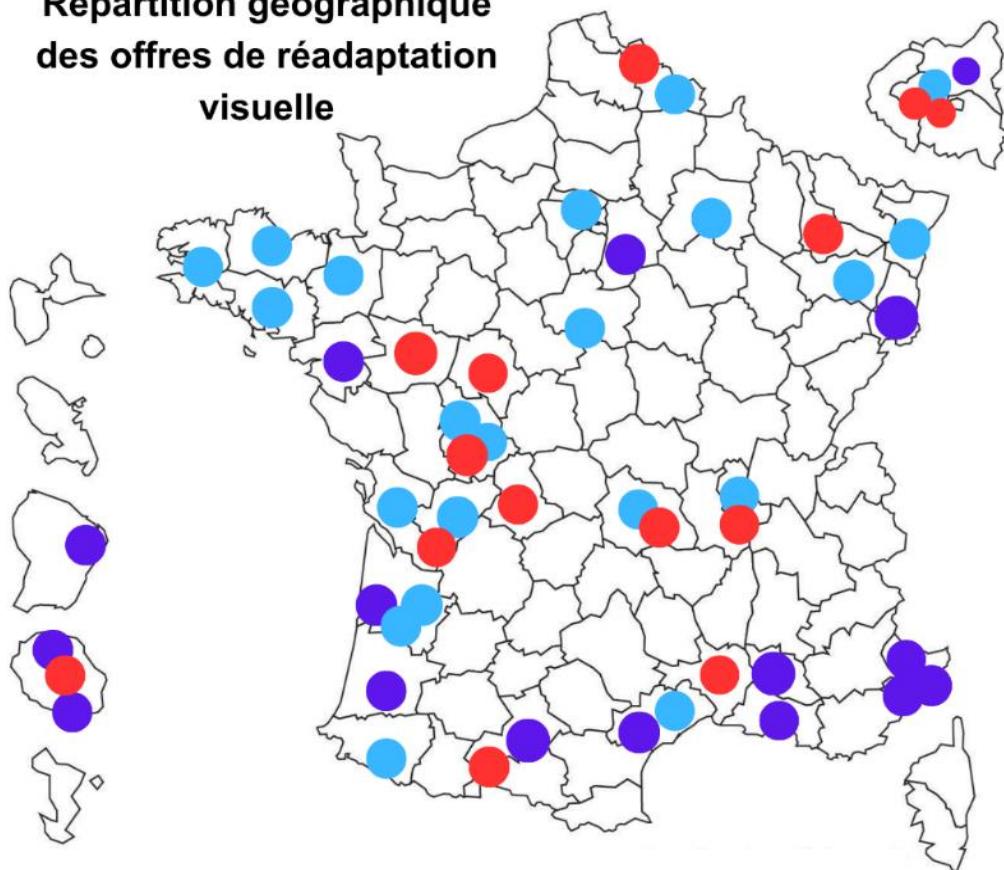
## **8. Réduire les inégalités territoriales de l'accès aux soins de réadaptation**

Actuellement, seulement 43 départements proposent une prise en charge en réadaptation pour les personnes adultes en situation de handicap visuel, sur le plan sanitaire ou médico-social. Elle est proposée au sein des établissements de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), et par les Services d'aides à domicile (SAVS et SAMSAH) : 13 départements proposent des SMR et 30 proposent des soins à domicile. En outre-mer, il n'y a qu'un seul établissement SMR, à la Réunion.

Par conséquent, l'accessibilité aux soins est profondément inégale selon la situation géographique de la personne âgée déficiente visuelle, qui peut tout à fait vivre dans l'un des 58 départements qui ne proposent aucun accompagnement pour les adultes déficients visuels. Dans les départements ruraux, notamment, l'offre est quasi inexistante.

La carte géographique ci-dessous permet de mettre en évidence cette profonde inégalité territoriale dans la prise en charge en réadaptation.

## Répartition géographique des offres de réadaptation visuelle



### Légende

#### Soins à domicile

- 16 SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)
- 21 SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale)

#### Soins en établissement

- 14 SMR (soins médicaux et de réadaptation)

Par ailleurs, seuls les soins de réadaptation proposés en SMR sont pris en charge par l'assurance maladie. Les prestations du secteur médico-social, soit les actes proposés par les SAVS et les SAMSAH, relèvent des prestations de compensation du handicap délivrées par les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et ne seront pas accordées si la situation de handicap est reconnue après 60 ans.

Par conséquent, pour construire une société du bien vieillir, il est nécessaire d'augmenter les offres de soins spécifiques aux personnes âgées déficientes visuelles sur l'ensemble du territoire et de faciliter les déplacements jusqu'aux espaces de soins.

### Nos propositions :

- Renforcer l'offre de soins spécifique à la déficience visuelle en proposant dans chaque département au moins un service médico-social de réadaptation à domicile et dans chaque région, au moins un établissement de réadaptation sanitaire prenant en charge le handicap visuel.

- Prendre en compte les difficultés de déplacements des personnes âgées situées dans des départements sans aucune offre de soins spécifique en proposant un maillage de services de déplacement spécialisé plus dense dans les zones les plus désertifiées.

## **9. Lever la barrière d'âge pour faciliter l'accès aux soins de réadaptation des personnes âgées déficientes visuelles**

Actuellement, les politiques publiques distinguent les aides pour les personnes âgées des aides pour les personnes en situation de handicap, et cette distinction se base classiquement sur l'âge de 60 ans. Sauf si le département déroge à cette règle, lorsqu'une personne déclare un handicap après 60 ans, elle entre dans le champ de la dépendance de la personne âgée, et ne peut pas bénéficier de la prestation de compensation du handicap (PCH). Les limites d'âge imposées pour l'accès à la réadaptation, notamment aux services médico-sociaux, freinent la qualité de prise en charge des personnes âgées.

Cette barrière d'âge est souvent dénoncée comme une discrimination liée à l'âge, car elle sous-entend que la perte de vision est une fatalité de la vieillesse, sans amélioration possible grâce à une prise en charge.

Par ailleurs, elle a des réels impacts financiers pour les personnes concernées. En effet, si le handicap visuel est reconnu avant 60 ans, la personne peut bénéficier de la prestation de compensation du handicap (PCH). Cette aide peut se décliner en aide humaine, matérielle et technique, pratiquement sans condition de ressources. Si la déficience visuelle est diagnostiquée après 60 ans, on n'entre plus dans le champ du handicap mais dans celui de la dépendance, et c'est l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui intervient mensuellement au lieu de la PCH. Seulement, les aides techniques relatives au handicap visuel sont très peu, voire pas du tout prises en charge par l'APA.

Ce sont surtout les critères d'évaluation de la dépendance pour obtenir l'APA qui ne sont pas adaptés aux personnes âgées déficientes visuelles. Ils sont basés sur la grille AGGIR, qui évalue le handicap à partir des incapacités fonctionnelles tels que faire sa toilette, s'habiller, manger, en mettant de côté les incapacités liées aux déficiences sensorielles. Ainsi, les personnes âgées en situation de handicap visuel bénéficieront la plupart du temps du minimum des aides accessibles par l'APA, car la grille d'évaluation AGGIR ne prend pas ou mal en compte le retentissement fonctionnel de la déficience visuelle sur la vie quotidienne de la personne.

Par ailleurs, [l'article 13 de la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005](#) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoyait la suppression de cette barrière d'âge pour la compensation du handicap dans les 5 ans suite à la promulgation de la loi. Cette suppression n'a, depuis 19 ans, jamais été suivie d'effet.

### **Nos propositions :**

- Supprimer la barrière d'âge qui limite l'accès aux soins en réadaptation sur le lieu de vie.
- Supprimer la barrière d'âge des 60 ans pour bénéficier de la PCH lorsqu'un diagnostic de déficience visuelle est posé.
- Informer les professionnels de santé et du secteur médico-social sur les droits sociaux des personnes âgées en situation de handicap visuel.

# Bibliographie

1. Association Valentin Haüy, Guides pratiques
  - « Aides à la lecture et déficience visuelle : l'essentiel dans un guide pratique ». [Aides à la lecture et déficience visuelle : l'essentiel dans un guide pratique | association Valentin Haüy \(avh.asso.fr\)](#)
  - « Le défi de l'accessibilité au quotidien : accessibilité des lieux et accessibilité numérique ». [depliant\\_accessibilite\\_2017\\_0.pdf \(avh.asso.fr\)](#)
  - « Maintenir son autonomie grâce aux matériels adaptés : aides techniques ». [depliant\\_avh\\_nantes\\_boutique.pdf \(loire-atlantique.fr\)](#)
  - « Que faire si votre vue baisse ? Préservez votre autonomie, découvrez nos solutions ! ». [Depliant 3 volets que faire si votre vue baisse generique 2022.pdf \(avh.asso.fr\)](#)
  - « DMLA : des solutions pour vivre pleinement » [DMLA : découvrez nos nouveaux supports d'information et de prévention | association Valentin Haüy \(avh.asso.fr\)](#)
2. Claire Gaechter. 2022. À la rencontre de l'invisible : la psychomotricité auprès du sujet âgé déficient visuel en institution. Médecine humaine et pathologie. [À la rencontre de l'invisible: la psychomotricité auprès du sujet âgé déficient visuel en institution \(cnrs.fr\)](#)
3. Cornet, G. & Carré, M. (2008). Technologies pour le soin, l'autonomie et le lien social des personnes âgées : quoi de neuf ? *Gérontologie et société*, 31(126), 113-128. <https://doi.org/10.3917/gs.126.0113>
4. Dr Clair M. 2013. Comment prendre en charge le déficit visuel en Ehpad. Université René Descartes. Paris V. [Microsoft Word - mémoire malvoyants.docx \(ehpad.org\)](#)
5. DREES, 2021, Enquête Vie quotidienne et santé, [Enquête Vie quotidienne et santé 2021 - Données détaillées — DATA.DREES \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)
6. Etude Homère. 2021. Mieux connaître les personnes déficientes visuelles en France. Cahier thématique « déficience visuelle des personnes de 60 ans et plus ». [Étude HOMÈRE - Cahier thématique : Déficience visuelle des personnes de 60 ans et plus \(aveuglesdefrance.org\)](#)
7. Fédération des Aveugles et Amblyopes de France. 2022. Panorama de l'offre d'accompagnement et de réadaptation en direction des personnes déficientes visuelles et sourdaveugles. [Panorama de l'offre d'accompagnement et de réadaptation en direction des personnes déficientes visuelles et sourdaveugles \(aveuglesdefrance.org\)](#)
8. Institut de Réadaptation Visuelle Saint-Louis. 7 février 2024. Communiqué de presse « L'institut de réadaptation Visuelle Saint-Louis accueille ses premiers patients ». [CP\\_InstitutStLouis\\_060224.pdf \(15-20.fr\)](#)
9. Laboratoire de la Mobilité Inclusive. 2014. Mobilités des seniors en France. [La-mobilité-des-seniors-en-France.pdf \(mobiliteinclusive.com\)](#)

10. Les Opticiens Mobiles. 30 mars 2024. *Démence et troubles cognitifs : la vue, un facteur insoupçonné ?* [Démence et troubles cognitifs : la vue, un facteur insoupçonné ? Les Opticiens Mobiles](#)
11. LUMEN Magazine n°18. Mars 2020. Déficience visuelle et grand âge : à quand une vraie prise en charge ? [lumen-18-web.pdf \(lumen-magazine.fr\)](#)
12. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, 17 novembre 2023, *Préparer la France de demain, ajouter de la vie aux années – Stratégie « Bien Vieillir ».* [Préparer la France de demain, ajouter de la vie aux années – Stratégie « Bien Vieillir » | solidarites.gouv.fr](#) | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités
13. Observatoire régionale de la santé des Pays de la Loire, Juillet 2005, *La population en situation de handicap visuel en France.* [Microsoft Word - Couverture.doc \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)
14. OMS, 2020, Rapport mondial de la vision. [Rapport mondial sur la vision \(who.int\)](#)
15. Santé Publique France, 30 novembre 2022, *Bien vieillir.* [Bien vieillir - Santé publique France \(santepubliquefrance.fr\)](#)