

La réadaptation en locomotion : une urgence pour le maintien de l’autonomie des personnes en situation de handicap visuel

# Introduction

La déficience visuelle, qu’elle soit partielle ou totale, affecte profondément la capacité d’orientation et de déplacement des personnes concernées. Que la perte de vision touche la perception des détails, le champ périphérique ou engendre une cécité nocturne comme dans le cas de certaines pathologies rétiniennes, elle entraîne des difficultés majeures à se repérer dans l’espace, à appréhender les reliefs, les couleurs et les contrastes. La capacité de déplacement est la première impactée. Elle génère un isolement progressif, multiplie les risques de chute et de blessure, et favorise un désengagement social et professionnel majeur.

Dans ce contexte, la réadaptation en locomotion constitue une réponse incontournable. Elle s’inscrit désormais dans un cadre plus large de réadaptation pour l’autonomie, qui a pour objectif l’acquisition, le maintien et l’amélioration de l’autonomie de déplacement chez les personnes atteintes de déficiences visuelles, dans les meilleures conditions de sécurité et de confort. Cette réadaptation, dispensée par des instructeurs pour l’autonomie, s'appuie sur plusieurs facteurs :

* Le développement des capacités sensorielles et cognitives : audition spatiale, sens kinesthésique, sens de l'orientation, représentation mentale, utilisation de la mémoire, de la réflexion logique ;
* L’apprentissage de techniques spécifiques : technique de canne, technique d'analyse de carrefours, techniques de traversées, utilisation des transports en commun ;
* L’appropriation d'outils et d'aides spécifiques : la canne blanche, le chien-guide, les applications dédiées, les GPS, l'utilisation de l'intelligence artificielle…

Or, la pénurie de professionnels formés, associée à des délais d’attente trop longs, constituent un frein majeur à l'accès à cette réadaptation, en particulier pour les enfants, dont la scolarisation est compromise, et les adultes en âge de travailler, dont l’insertion professionnelle est directement menacée.

La situation des personnes âgées est également alarmante : alors que 80 % des personnes aveugles et malvoyantes ont plus de 60 ans, moins de 10 % d’entre eux bénéficient d’une formation à la locomotion[[1]](#footnote-1).

La perte de vision revêt également une dimension psychologique à prendre en compte : elle est souvent vécue comme un deuil profond, avec une perte d’autonomie brutale. Les personnes concernées abordent l’apprentissage de la locomotion dans un état de fragilité psychique qui requiert un accompagnement disponible, patient et personnalisé – ce qui suppose des effectifs formés en nombre suffisant.

C’est pour répondre à ces enjeux que le collectif d’associations de la CFHV appelle à une politique publique ambitieuse et structurée, reconnaissant l’instruction pour l’autonomie comme un levier fondamental de l’accès des personnes aveugles et malvoyantes à la société.

# I/ Améliorer l’accès à la prise en charge en réadaptation en locomotion

La prise en charge en réadaptation en locomotion est restreinte et très mal répartie sur le territoire. 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 : 13 départements proposent des SMR-DV[[2]](#footnote-2) et 30 départements proposent des soins à domicile. En outre-mer, il n’y a qu’un seul établissement SMR, à la Réunion. Ce maillage insuffisant entraîne des délais d’attente considérables. Par exemple, il y a 1 an d’attente pour accéder au Centre de soins médicaux et de réadaptation de l’Hôpital Sainte Marie à Paris.

Par ailleurs, l’accès à ces services est conditionné à une orientation par la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH). Or, les personnes dont le handicap visuel est reconnu après 60 ans sont exclues de ces dispositifs, en raison d’un cadre légal inadapté. Cela contribue à aggraver leur isolement et à retarder, voire empêcher, toute forme de réadaptation.

**Nos propositions :**

* **Prendre en compte les difficultés de déplacement et leur impact sur la santé physique et psychique des personnes non voyantes et malvoyantes, en favorisant l’accès à la rééducation en locomotion.**
* **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.**

# II / Structurer et rendre visible le métier d’instructeur pour l’autonomie

Le nombre de personnes en situation de handicap visuel ne cesse d’augmenter avec le vieillissement de la population française. Cette situation s’inscrit dans une dynamique mondiale : selon le Rapport mondial sur la vision publié par l’Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2019, le nombre de personnes atteintes de déficiences visuelles pourrait tripler d’ici 2050. Cette hausse est directement liée à l’évolution des modes de vie, à l’allongement de l’espérance de vie et à la croissance démographique globale.

Face à cette réalité, la France ne dispose pas aujourd’hui d’un nombre suffisant d’instructeurs pour l’autonomie pour couvrir les besoins, déjà très importants, des personnes déficientes visuelles. Il est donc urgent de structurer la profession d’instructeur pour l’autonomie des personnes déficientes visuelles (IADV). Ce métier est inscrit au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) et son titre est délivré par le ministère des Solidarités et de la Santé. Trois centres de formation, situés à Paris, Lyon et Bordeaux, sont actuellement habilités à former ces professionnels, sous l’égide de la Fédération des Aveugles et Amblyopes de France. En 2024, plus de 80 personnes ont obtenu ce titre à l’issue d’un parcours exigeant de 10 mois[[3]](#footnote-3). La formation est accessible aux professionnels issus du secteur paramédical et social (ergothérapeutes, orthoptistes, infirmiers, éducateurs spécialisés, etc.). Cependant, tous ne disposent pas d’un statut de professionnel de santé, ce qui constitue sans doute un frein à la reconnaissance de leurs interventions par l’Assurance Maladie.

Par ailleurs, certains IADV exercent en libéral sous statut d’autoentrepreneur, avec des tarifs non encadrés, ce qui souligne l’absence de cadre clair sur les conditions d’exercice et d’accès, et alimente les inégalités territoriales et sociales.

Enfin, la formation reste coûteuse pour les employeurs, sans garantie que le professionnel financé exercera ensuite dans leur structure. Ce manque de visibilité sur le retour sur investissement freine l’engagement des établissements à soutenir la formation de leurs salariés, accentuant encore la pénurie de professionnels qualifiés sur le terrain.

Le manque de professionnels qualifiés en orientation et mobilité a des répercussions directes sur l’autonomie des personnes déficientes visuelles : alors que 25 heures sont nécessaires pour une personne malvoyante et 50 heures pour une personne aveugle, l’offre actuelle se limite à quelques heures, centrées sur les bases, qui sont insuffisantes pour obtenir une réelle autonomie. Par ailleurs, ces estimations ne prennent pas en compte les besoins spécifiques de certains publics, comme les enfants face à la découverte de la rue ou certains adultes face l’appropriation de nouveaux outils de compensation.

Plus globalement, la déficience visuelle constitue un enjeu social et économique majeur. Elle freine la participation à la vie professionnelle, réduit l’accès à l’emploi et engendre une perte de rendement économique significative. Selon le rapport « Cécité et déficience visuelle » publié par l’OMS en 2022, le coût économique annuel mondial de la déficience visuelle est estimé à 411 milliards de dollars, principalement en lien avec la baisse de productivité. À titre de comparaison, répondre aux besoins non couverts en soins visuels coûterait environ 25 milliards de dollars par an. Ce déséquilibre souligne le fort retour sur investissement d’une politique publique fondée sur la prévention, l’accès aux soins et la réadaptation.

**Nos propositions :**

* **Sensibiliser les ophtalmologues à l’importance d’une orientation vers une prise en charge en réadaptation en locomotion.**
* **Développer le nombre d’instructeurs et d’instructrices pour l’autonomie grâce à la mise en place d’une politique de promotion et de valorisation de ce métier en tension.**
* **Améliorer la visibilité de cette profession, notamment auprès des centres de formation des professionnels de santé paramédicaux, des médecins et agents de santé.**

# III/ Assurer une prise en charge par la sécurité sociale

En France, la réadaptation en orientation et mobilité est assurée soit par le secteur sanitaire, à travers les SMR-DV[[4]](#footnote-4), soit par le secteur médico-social, *via* les SAMSAH-DV[[5]](#footnote-5) et les SAVS-DV[[6]](#footnote-6), spécialisés dans l’accompagnement à domicile des personnes présentant une déficience visuelle.

Toutefois, à ce jour, seules les réadaptations dispensées par les établissements médicaux et les services médico-sociaux accessibles sur décision d’orientation de la MDPH sont remboursées par l’Assurance Maladie. Cela exclut de fait toute réadaptation proposée par des professionnels exerçant en libéral, même lorsque celle-ci répond à des besoins urgents et clairement identifiés. Cette situation est particulièrement problématique pour les personnes dont le handicap visuel est survenu après 60 ans, une tranche d’âge exclue des dispositifs de prise en charge médico-sociale, alors même que les difficultés de mobilité liées à la perte de vision sont un facteur déterminant de perte d’autonomie.

Par ailleurs, la réadaptation pour l’autonomie ne peut se limiter à un apprentissage en établissement médical. Les apprentissages fondamentaux dispensés dans les SMR nécessitent un relais sur le lieu de vie par les services médico-sociaux, afin de permettre une appropriation concrète des compétences dans l’environnement quotidien. Cette complémentarité est essentielle, notamment pour prévenir les chutes, première cause d’accidents domestiques chez les personnes âgées, dont la déficience visuelle est facteur aggravant majeur.

Le système actuel, qui ne rembourse pas les actes réalisés en libéral, accentue donc les inégalités d’accès à la réadaptation, en particulier dans les territoires dépourvus de structures spécialisées. Il en résulte une rupture d’égalité, privant de nombreuses personnes aveugles et malvoyantes d’une réponse pourtant fondamentale à leur sécurité et à leur autonomie.

Enfin, les prestations de compensation accordées par les MDPH en matière de locomotion restent très hétérogènes selon les départements. Certaines couvrent intégralement les interventions, d’autres partiellement, voire pas du tout. Cette variabilité territoriale engendre de profondes inégalités et constitue, pour les personnes concernées, une véritable perte de chance.

**Nos propositions :**

* **Engager un travail sur la prise en charge par la sécurité sociale des actes de réadaptation en orientation et mobilité permettant d’identifier les modalités de prescription, le tarif, le périmètre d’intervention et la complémentarité avec les structures spécialisées (quand elles existent).**
* **Supprimer la barrière d’âge qui limite l’accès aux soins en réadaptation sur le lieu de vie dispensés par les SAMSAH et les SAVS.**
* **Lever la barrière d’âge des 60 ans pour bénéficier de la PCH lorsqu’un diagnostic de déficience visuelle est posé.**
* **Homogénéiser la prise en charge de l’instruction en locomotion par les MDPH afin de réduire les inégalités territoriales.**

# Conclusion

L’instruction pour l’autonomie est une réponse essentielle à la perte d’autonomie et de sécurité des personnes déficientes visuelles, notamment en matière de déplacements. Or, le faible taux d’accès à la réadaptation en France, conjugué à une augmentation croissante des besoins, montre l’urgence d’un développement ambitieux et structuré de ce métier. Il est nécessaire de reconnaître le rôle fondamental des instructeurs pour l’autonomie dans la construction d’une société plus accessible et solidaire.

1. 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)](https://aveuglesdefrance.org/app/uploads/2024/07/Cahier-thematique-60-ans-et-plus.pdf) [↑](#footnote-ref-1)
2. Soins médicaux et de réadaptation en déficience visuelle. [↑](#footnote-ref-2)
3. Formation des instructeurs pour l’autonomie des personnes déficientes visuelles par la Fédération des aveugles de France : [Formation des Instructeurs pour l'autonomie des personnes déficientes visuelles - Fédération des Aveugles et Amblyopes de France | Fédération des Aveugles et Amblyopes de France](https://aveuglesdefrance.org/nos-formations/formations-qualifiantes/formation-des-instructeurs-pour-lautonomie-des-personnes-deficientes-visuelles-2/) [↑](#footnote-ref-3)
4. Soins médicaux et de réadaptation en déficience visuelle. [↑](#footnote-ref-4)
5. Services d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés. [↑](#footnote-ref-5)
6. Services d’Accompagnement à la Vie Sociale. [↑](#footnote-ref-6)