

LES DÉFICIENCES SENSORIELLES LIÉES À L'ÂGE, UN ANGLE MORT DES POLITIQUES PUBLIQUES

Ce plaidoyer est le fruit d'un engagement interassociatif porté par un collectif d'associations spécialisées dans les situations de handicap visuel, auditif et la surdité. Elles unissent leurs expertises pour alerter sur un enjeu encore trop marginalisé dans les politiques publiques : les déficiences sensorielles liées à l'âge, qu'elles soient auditives, visuelles ou les deux cumulées.

Table des matières

Introduction.....	2
Qui sommes-nous ?	2
Les enjeux	4
Les définitions.....	5
Thème 1 : Prévenir les handicaps sensoriels liés à l'âge.....	7
1. Mettre en place une politique de prévention et de dépistage de la perte de la vision et de l'audition chez les personnes âgées	7
2. Former et sensibiliser les professionnels de santé aux déficiences sensorielles et aux solutions d'autonomie.....	9
3. Améliorer les critères d'évaluation de la dépendance induite par les déficiences sensorielles	11
Thème 2 : Promouvoir les solutions pour une vie autonome.....	14
4. Orienter systématiquement la personne âgée vers des structures spécialisées dès l'annonce du diagnostic.....	14
5. Réviser la prise en charge par l'Assurance-Maladie des aides techniques et des actes spécifiques aux personnes déficientes sensorielles	16
6. Intégrer les nouvelles technologies dans le quotidien des personnes âgées déficientes sensorielles comme une solution d'autonomie.....	17
Thème 3 : Pallier le manque de prise en charge des personnes âgées déficientes sensorielles sur le territoire.....	19
7. Favoriser la prise en charge globale de la personne âgée	19
8. Réduire les inégalités territoriales de l'accès aux soins de réadaptation	22
9. Lever la barrière d'âge pour faciliter l'accès aux soins de réadaptation des personnes âgées déficientes sensorielles.....	25
Bibliographie.....	27

Introduction

Qui sommes-nous ?



La CFPSAA, Confédération Française pour la Promotion Sociale des Aveugles et des Amblyopes, regroupe une vingtaine d'associations de personnes déficientes visuelles. Elle est membre du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) et l'interlocutrice de longue date des pouvoirs publics.



UNANIMES est une association d'intérêt général créée en 2019, succédant à l'UNISDA. Elle est membre du CNCPH. Elle représente, à travers ses associations membres nationales et ses adhérents individuels, l'ensemble des personnes concernées par la surdité : personnes sourdes, malentendantes, devenues sourdes, sourdaveugles, sourdes avec handicap associé, ainsi que les parents d'enfants sourds et leur entourage, quels que soient leur choix de communication, leur histoire et leur parcours.



L'ANPSA, l'association nationale des personnes sourdaveugles, reconnue d'intérêt général et membre du CNCPH, s'adresse aux personnes sourdaveugles, à leur famille, aux professionnels travaillant avec elles et à toutes les personnes qui s'intéressent à la surdicécité.



La Fédération des Aveugles et Amblyopes de France, créée en 1917 et reconnue d'utilité publique en 1921, est également membre du CNCPH. Elle rassemble en son sein des militants, des usagers, des professionnels et des bénévoles qui conjuguent expertises professionnelles et expertises d'usage pour une plus grande inclusion sociale et économique des personnes déficientes visuelles. La Fédération s'est fixée comme objectif de permettre une citoyenneté pleine et entière à toutes les personnes aveugles et malvoyantes, au travers d'une cinquantaine d'associations membres.



SurdiFrance est la fédération des associations de personnes malentendantes et devenues sourdes. Elle est également membre du CNCPH. Elle organise des actions auprès des personnes concernées, des administrations et des établissements recevant du public. Union d'associations créée, animée et gérée par des personnes déficientes auditives, SurdiFrance poursuit deux objectifs : défendre les intérêts des personnes malentendantes et améliorer leurs conditions de vie.

Valentin Haüy, association créée en 1989 et reconnue d'utilité publique depuis 1891, est un acteur historique de l'accompagnement des personnes aveugles et malvoyantes depuis 135 ans. Elle est membre du CNCPPH. Forte de 3600 bénévoles et 425 salariés, elle œuvre sur tout le territoire français, à travers ses 131 comités locaux et ses 18 établissements médico-sociaux, pour favoriser l'autonomie des personnes déficientes visuelles.



Voir Ensemble est à la fois un mouvement associatif et une association gestionnaire d'établissements et services médico-sociaux, créée en 1927 et œuvrant pour l'inclusion des personnes déficientes sensorielles dans la société, à travers une approche unique fondée sur le dialogue entre la personne concernée, sa famille et les professionnels accompagnants



La FISAF (Fédération nationale pour l'Inclusion des personnes en situation de handicap sensoriel et troubles DYS) est une fédération reconnue d'utilité publique, créée en 1925 qui regroupe plus de 200 adhérents. Ses missions principales sont la représentation des acteurs auprès des pouvoirs publics, la formation des professionnels et le développement de pratiques innovantes. Elle promeut l'accessibilité universelle et défend les droits des personnes selon la Convention relative aux droits des personnes handicapées. La FISAF est également un acteur de la formation universitaire et professionnelle, favorisant l'inclusion et l'autodétermination. Elle contribue activement aux politiques publiques et à l'évolution du secteur médico-social pour une société plus inclusive.



La CORERPA Île-de-France (Coordination régionale des retraités et personnes âgées) est une association qui fédère les représentants des formations « Personnes âgées » des CDCA franciliens. Elle a pour mission de mutualiser et coordonner leurs travaux, de porter la voix des retraités et personnes âgées auprès des instances régionales, et de suivre l'évolution des inégalités.

Les enjeux

Les projections démographiques indiquent qu'**un tiers des Français aura plus de 60 ans d'ici 2050**. 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. Or, l'avancée en âge s'accompagne d'une augmentation significative des déficiences sensorielles. **À 60 ans, environ 30 % des personnes sont déjà concernées par une perte auditive**. En France, **60 % des personnes en situation de handicap visuel ont plus de 60 ans**, et près de **50% des plus de 80 ans signalent des troubles de la vision**.

Les déficiences sensorielles acquises avec l'âge, qu'elles soient visuelles, auditives ou les deux, ont des impacts profonds sur la vie quotidienne et génèrent des situations de handicap : entraves à la mobilité, aux échanges sociaux, à l'accès à l'information, à l'autonomie numérique, et souvent, une accentuation de l'isolement. Ces difficultés sont particulièrement exacerbées dans les cas de **surdicécité tertiaire**, lorsque les deux déficiences apparaissent après 60 ans. Aujourd'hui encore, ces personnes ne sont ni identifiées comme sourdaveugles, ni orientées vers des dispositifs adaptés, en raison d'un manque de reconnaissance institutionnelle et de repérage. Selon la Haute Autorité de Santé (recommandation de bonnes pratiques du 13 décembre 2016), 400 000 personnes de plus de 75 ans et plus vivant en établissement souffriraient d'une double déficience auditive et visuelle.

En outre, la barrière d'âge des 60 ans limite l'accès à certains droits liés au handicap si ce dernier n'est pas reconnu avant cet âge, et constitue un frein à une prise en charge globale et adaptée de leurs besoins.

Pourtant, un accompagnement adapté, reposant sur un **dépistage croisé systématique** des deux déficiences et sur une approche **globale**, est essentiel. Il s'agit bien de penser une prise en charge qui respecte les besoins spécifiques des personnes concernées. Cela suppose aussi de **rendre les aides techniques accessibles** et d'améliorer la formation des professionnels intervenant auprès des personnes âgées.

L'accessibilité de l'environnement bâti mais aussi numérique constitue un préalable indispensable à ces mesures de compensation et d'accompagnement vers la plus grande autonomie possible, conformément aux engagements pris par la France dans le cadre de la Convention internationale de 2006 relative aux droits des personnes handicapées.

Dans le contexte de la loi « Bien vieillir » adoptée en avril 2024, qui fait de la prévention de la perte d'autonomie une priorité nationale, il est urgent d'intégrer pleinement les enjeux des déficiences sensorielles liées à l'âge dans les dispositifs de droit commun : services publics départementaux de l'autonomie (SPDA), équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT), structures médico-sociales, EHPAD.

Ensemble, les associations se mobilisent pour que les situations hétérogènes de handicap sensoriel 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 liés à un handicap invisible soient limités.

Les définitions

La déficience visuelle

L'Organisation Mondiale de la Santé décrit **cinq stades de déficience visuelle**, allant de la cécité totale à la vision presque normale.

1. **La cécité absolue** correspond à l'absence de perception de la lumière.
2. **La cécité sévère** est définie par une acuité visuelle inférieure à 1/50 avec perception conservée de la lumière, ou un champ visuel inférieur à 5 degrés.
3. **La déficience profonde** correspond à une acuité visuelle inférieure à 1/20 et supérieure à 1/50 ou un champ visuel inférieur à 10 degrés mais supérieur à 5 degrés.
4. **La déficience sévère** correspond à une acuité visuelle inférieure à 1/10 et supérieure à 1/20.
5. **La déficience moyenne** correspond à une acuité visuelle inférieure à 3/10 et supérieure à 1/10 ou un champ visuel d'au moins 20 degrés.

La déficience auditive

L'Organisation Mondiale de la Santé décrit **cinq stades de déficience auditive**, allant de la surdité totale à la perte d'audition légère.

1. **La surdité totale** correspond à l'absence de perception du son.
2. **La déficience presque totale** correspond à une perte d'audition entre 90 et 120 db. Aucune perception de la parole n'est possible, seuls les bruits très puissants sont perçus.
3. **La déficience profonde** correspond à une perte d'audition entre 71 et 90 db. La personne présente d'importantes difficultés pour percevoir les sons et donc avoir accès à la compréhension. La voix forte près de l'oreille est perçue.
4. **La déficience sévère** correspond à une perte d'audition entre 41 et 70 db. Elle altère l'intelligibilité de la parole qui ne peut être perçue que si elle est forte. Le message oral perçu est incomplet.
5. **La déficience moyenne** correspond à une perte d'audition entre 21 et 40 db. Elle affecte la perception des bruits faibles, des aigus et de certains éléments phonétiques.

La surdicécité

Elle résulte de la combinaison, à des degrés divers, d'une altération des fonctions auditive et visuelle, qui ne se compensent pas mutuellement, engendrant une situation de handicap unique et spécifique n'étant pas la simple addition de ces troubles. Elle peut survenir et s'aggraver à tous les âges de la vie.

La surdicécité peut être congénitale ou acquise. Le moment d'acquisition de la double déficience influence fortement le développement des capacités et détermine les besoins spécifiques de la personne.

On peut établir trois catégories principales:

- 1. La surdicécité primaire:** surdicécité de naissance ou acquise avant la mise en place du langage.
- 2. La surdicécité secondaire:** acquisition progressive de la surdicécité (une personne sourde de naissance perd la vue ou une personne aveugle ou malvoyante de naissance devient sourde).
- 3. Surdicécité tertiaire:** acquisition tardive de la surdicécité (une personne adulte devenant sourdaveugle pour des raisons de santé, ou une personne vieillissante développe les deux déficiences avec l'âge).

Thème 1 : Prévenir les handicaps sensoriels liés à l'âge

Afin de prévenir le handicap sensoriel lié à l'âge, nos associations soulignent l'importance d'un dépistage régulier des déficiences liées à la perte de la vision, de l'audition, mais aussi des autres sens comme l'équilibroception ou la proprioception, qui permettrait d'obtenir une analyse globale de l'état sensoriel de l'individu. Un dépistage systématique de la déficience visuelle et auditive permettrait de repérer rapidement les évolutions de l'état de santé sensoriel des personnes et de mettre en place des réponses adaptées dès les premiers signes de déficiences.

Cette politique de prévention permettrait également d'éviter les coûts associés à ces déficiences : risque accru des chutes et de leurs conséquences, mais aussi coût de l'entrée précoce en établissement pour personnes âgées.

Les professionnels de santé, comme ceux de l'aide à domicile, doivent être formés et sensibilisés à différentes situations de handicap sensoriel et aux solutions d'autonomie, afin de faciliter 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 la vision et de l'audition chez les personnes âgées

[Le rapport mondial de la vision](#) publié par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2020, établit que 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.

Le Rapport mondial sur l'audition de l'OMS, publié en 2021, alerte, quant à lui, sur le fait que de nombreux cas de perte auditive pourraient être évités grâce à un dépistage précoce, une prévention renforcée (hygiène, réduction des bruits, otites, ototoxicité), et une intervention rapide. Pourtant, la surdité liée à l'âge – la presbyacousie – reste largement sous-diagnostiquée, car elle est trop souvent considérée comme une conséquence normale du vieillissement. Ce fatalisme retarde la prise en charge, alors même que la perte auditive non traitée a des répercussions importantes sur la cognition, la santé mentale, la communication, l'inclusion sociale, voire l'emploi. L'OMS souligne que le sous appareillage auditif est causé par un manque de sensibilisation, de formation des professionnels et d'accès aux soins auditifs, en particulier dans les zones sous-dotées. Le

rapport recommande un dépistage auditif systématique à tous les âges clés de la vie, et démontre qu'un dollar investi dans les soins de l'audition génère un retour économique de 16 dollars, à travers la prévention du déclin cognitif, la réduction de la dépendance et une meilleure inclusion sociale.

Les personnes atteintes de la DMLA et de la presbycousie représentent la majorité des personnes sourdaveugles dites "tertiaires". En effet, la DMLA, première cause de handicap visuel chez les personnes de plus de 50 ans en France, concernerait une personne sur trois après 75 ans et une personne sur deux à partir de 80 ans, tandis que la presbycousie – perte progressive de l'audition liée à l'âge – touche une personne sur trois dès 60 ans et plus de 65% des plus de 75 ans, selon l'OMS. En France, on estime que 6 millions de personnes sont malentendantes, dont plus de 65 % ont plus de 75 ans. Le délai moyen entre les premiers signes de perte auditive et la consultation est souvent supérieur à 7 ans.

Pourtant, ces pathologies restent encore largement sous-diagnostiquées, alors que l'OMS recommande un dépistage systématique de la presbycousie à partir de 60 ans, voire dès 55 ans, afin d'améliorer la qualité de vie et maintenir l'autonomie des personnes concernées. La perte auditive non traitée est également un facteur aggravant du déclin cognitif et de l'isolement. Une étude publiée dans *The Lancet* estime que la presbycousie non compensée est le principal facteur de risque modifiable de démence, représentant à elle seule jusqu'à 8 % des cas.

Selon l'enquête de la DREES (2021), la prévalence de la déficience visuelle augmente nettement avec l'âge. Elle touche déjà une part significative des 20–59 ans et atteint près d'une personne sur deux après 80 ans. Au total, cette étude estime à environ 12 millions le nombre de personnes de 20 ans et plus concernées en France.

Ces maladies liées à l'âge soulignent l'importance d'un dépistage précoce afin de garantir une prise en charge adaptée. Une approche systématique du dépistage des déficiences sensorielles dès l'arrivée d'une personne en centre médicalisé comme le recommande [l'Anesm](#), pourrait être pertinente pour mieux accompagner les personnes confrontées à la déficience sensorielle. Il est essentiel d'intégrer cette évaluation dans les protocoles d'admission des établissements pour personnes âgées, qu'il s'agissent d'EHPAD, de résidences autonomie ou de structures hospitalières.

Mettre en place une politique de prévention, c'est informer le grand public sur les moyens de compensation de la perte sensorielle. L'information doit s'adresser également aux personnes concernées elles-mêmes, à leurs proches, aux professionnels de santé et d'accompagnement, aux décideurs, etc.

La sensibilisation et l'information sont en effet des outils clés pour accompagner une personne âgée confrontée à l'apparition d'une déficience sensorielle, afin de préserver son autonomie, son bien-être et limiter l'aggravation de la pathologie. Cela inclut la promotion des environnements physiques et numériques accessibles, des aides à la compensation visuelles et auditives, des boucles magnétiques, des systèmes de transcription en temps

réel, des téléphones amplifiés, etc.

Nos propositions

- **Mettre en place des campagnes de sensibilisation régulières en faveur d'un dépistage annuel des déficiences sensorielles courantes chez les personnes âgées (auditives, visuelles, proprioception, équilobroception);**
- **Définir une politique de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées en situation de handicap visuel, auditif ou de surdicécité;**
- **Rendre systématique l'évaluation de la vision et de l'audition de la personne âgée à son entrée dans un établissement de santé ou médico-social;**
- **Sensibiliser les proches aidants au dépistage des déficiences visuelles et auditives et promouvoir auprès d'eux les solutions d'autonomie.**

2. Former et sensibiliser les professionnels de santé aux déficiences sensorielles et aux solutions d'autonomie

Le dépistage précoce et la formation des professionnels de santé aux premiers signes de déficience sont essentiels pour limiter les risques liés aux déficiences sensorielles. Pourtant, de nombreuses études montrent que ces enjeux de sensibilisation restent encore peu pris en compte, notamment dans les établissements médicalisés pour personnes âgées, tels que les EHPAD, alors même que les déficiences sensorielles concernent une grande partie de leurs résidents, mais aussi auprès des professionnels de l'aide à domicile.

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 trois quarts 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, où la perte de vision est souvent ignorée, et l'impact sur la personne âgée, minimisé, tant par la personne âgée elle-même que 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% de professionnels de santé.

La déficience auditive rencontre les mêmes problématiques. En effet, dans une enquête d'[Infosens](#), on constate que bien que la presbyacousie touche une personne sur deux après 70 ans, moins de 25% des résidents sont appareillés après leur entrée en résidence. En

plus de cela, l'enquête démontre que 80% du personnel soignant ayant été interrogé n'a pas été formé au repérage et à l'accompagnement des déficiences auditives. Le [rapport sur le repérage des déficiences sensorielles](#) indique que seul un tiers des EHPAD procède à un dépistage systématique de ces déficiences sensorielles à l'entrée dans l'établissement.

Par ailleurs, la majorité des aides auditives utilisées en établissement sont mal réglées, mal entretenues ou tout simplement inutilisées par défaut d'accompagnement et de suivi. L'absence de formation des équipes à leur usage engendre des pertes d'efficacité majeures.

Ce manque de formation des professionnels de santé empêche de proposer des solutions d'autonomie adaptées à la personne âgée en situation de handicap visuel, auditif ou de surdicécité, ce qui entretient, voire aggrave, sa dépendance. Pourtant, [une étude de 2022 publiée dans la revue JAMA Neurology](#) démontre que l'utilisation de dispositifs de restauration de l'audition par des individus souffrant de perte auditive est associée à une diminution de 19 % des risques de déclin cognitif à long terme.

Il en va de même pour la déficience visuelle, un dépistage précoce s'avère essentiel. [L'étude de Rogers et Langa](#) constate 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.

De plus, la perte de vision augmente significativement le risque de chute, qui constitue la deuxième cause de décès accidentel chez les personnes âgées de plus de 60 ans. Ce risque est 1,5 à 2 fois plus élevé chez les personnes présentant un déficit visuel, comparativement à celles ayant une bonne acuité visuelle. Ce phénomène représente un coût estimé à 2 milliards d'euros¹ pour la collectivité.

Concernant la déficience auditive, les études convergent pour montrer qu'elle accroît le risque de chutes de 30 % à 50 %, en altérant l'orientation spatiale, la vigilance et l'équilibre postural. Il est en outre prouvé que l'absence de prise en charge de la perte auditive favorise le repli sur soi, accroît les risques de dépression et engendre des difficultés de communication avec l'entourage, souvent peu conscient de la gravité de cette perte. Ces conséquences contribuent à une augmentation de la dépendance chez la personne âgée.

En cas de surdicécité tertiaire, le risque d'isolement est particulièrement élevé, car deux sens essentiels à la communication sont affectés. Les personnes âgées concernées sont souvent confrontées à des ruptures dans les échanges, à des incompréhensions fréquentes et à des confusions dans la réception des messages verbaux. Elles rencontrent des difficultés à suivre une conversation, notamment dans des environnements bruyants. Sans accompagnement adapté, leur dépendance s'accroît. Or, les professionnels de santé ne maîtrisent pas toujours la communication alternative et améliorée (CAA) qui permettrait pourtant de surmonter les obstacles liés à la communication verbale. La dénutrition peut venir s'ajouter à ces difficultés, du fait d'une perte de goût liée à la perte sensorielle

¹ Ministère des Solidarités et des Familles, *Plan antichute des personnes âgées*, 2022.
[Consulter le plan en ligne](#)

visuelle et auditive.

Il est donc essentiel de former correctement les professionnels de santé à la déficience sensorielle, afin de mieux la prévenir, de l'accompagner de manière adaptée et de limiter l'apparition de troubles associés tels que les chutes, la dépression ou l'aggravation des troubles cognitifs. Avec le vieillissement de la population, un nombre croissant de personnes sera confronté à la dégradation d'un de leurs sens.

Nos propositions

- **Rendre obligatoire les formations aux répercussions des déficiences sensorielles (et aux solutions de compensation et d'autonomie) pour toute personne intervenant auprès de personnes âgées, que ce soit dans les établissements de santé et médico-sociaux ou dans le secteur de l'aide à domicile;**
- **Former les professionnels de santé à la communication alternative améliorée (CAA) pour venir compenser les difficultés de communication orale et/ou écrite des individus;**
- **Former les médecins généralistes, porte d'entrée du parcours de soins, aux répercussions des déficiences sensorielles liées à l'âge, mais aussi les sensibiliser aux droits et solutions d'autonomie et d'accompagnement disponibles (centres ressources);**
- **Rendre systématique l'évaluation régulière et simultanée de la vision et de l'audition dans les Ehpad, afin de détecter l'apparition d'une déficience sensorielle ou d'une double déficience;**
- **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 sensoriel et aux réponses adaptées à chacune;**
- **Former les agents des Centres communaux d'action sociale (CCAS) à toute perte d'autonomie sensorielle des personnes âgées ainsi qu'aux parcours de vie qui leur seront adaptés.**

3. Améliorer les critères d'évaluation de la dépendance induite par les déficiences sensorielles

Actuellement, les critères d'évaluation de la perte d'autonomie de la personne âgée se concentrent sur les capacités fonctionnelles (principalement motrices) de l'individu, ce qui est très peu adapté pour évaluer les limitations engendrées par les déficiences

sensorielles. Pour exemple, les grilles d'évaluation prennent en compte la capacité de la personne à se déplacer, c'est-à-dire si son corps lui permet de se mouvoir. Pourtant, une personne âgée qui perd la vue ou l'ouïe après 70 ans, peut avoir la capacité fonctionnelle à se déplacer mais présenter une incapacité totale ou relative à se situer et à se repérer dans l'espace. De ce fait, sa capacité de déplacement est entravée, mais cette limitation ne sera pas correctement prise en compte par les critères d'évaluation de la dépendance.

Il en va de même pour la communication orale, fortement impactée par la déficience auditive, bien que la personne conserve la pleine capacité de parler, de se mouvoir ou de manger. Ce déficit invisible est rarement reconnu comme source de perte d'autonomie.

La grille AGGIR est le principal outil d'évaluation de la dépendance, elle permet notamment d'obtenir une aide financière, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), mais se concentre essentiellement sur la perte d'autonomie physique et psychique. Elle ne prend pas en compte les déficiences sensorielles. 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 dont le handicap sur les déplacements et dans l'accès à l'écrit, notamment la lecture.

Il en va de même pour les déficiences auditives, qui sont mal prises en compte par les critères d'évaluation de la grille AGGIR, et qui sont donc peu identifiées. La majorité des grilles d'évaluation gériatrique prend mal en compte les handicaps sensoriels. Ainsi, la grille PATHOS, qui permet d'évaluer les niveaux de soins requis pour la prise en charge des pathologies en Ehpad, ne prend pas non plus en compte la spécificité des besoins des personnes confrontées à des déficiences sensorielles, pourtant susceptibles d'entraîner une situation de handicap.

AGGIR ne prend pas non plus en compte le potentiel d'autonomie d'une personne senior déficiente sensorielle, variable selon le degré d'atteinte de la vision et de l'audition, 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, ouvrir l'espace de vie pour faciliter la transmission des sons ou équiper le logement d'une boucle magnétique, permettent une meilleure gestion des résidus visuels et auditifs, et majorent l'autonomie pour certains actes de la vie quotidienne.

Dans le cas des situations de handicap visuel, la dépendance peut également être induite par des facteurs qui ne sont pas systématiquement pris en compte, 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.

La surdicécité, la combinaison d'une déficience visuelle et d'une déficience auditive, doit également être prise en compte de manière spécifique, par un dépistage simultané et par une prise en charge adaptée aux besoins des personnes seniors. Le cumul de ces déficiences sensorielles, s'il n'est pas pris en compte de manière adéquate, peut entraîner une perte d'autonomie significative pour les personnes âgées.

Les grilles d'évaluation de la dépendance doivent donc être repensées, afin de prendre correctement en compte les spécificités et la diversité des déficiences sensorielles qui mènent à des situations de handicap complexes, plus ou moins sévères. En établissement, il conviendrait de populariser la grille AVEC (Audition, Vision, Equilibre, Cognition).

Nos propositions

- **Envisager la perte d'autonomie sous un angle plus large que les incapacités fonctionnelles pour intégrer les conséquences de la perte de la vision et de l'audition;**
- **Prendre en compte le potentiel d'autonomie d'une personne avec une déficience sensorielle dans l'évaluation de sa dépendance, avec la prise en considération des moyens de compensation à sa disposition, selon son degré de déficience, 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 spécificité des déficiences sensorielles;**
- **Améliorer la grille PATHOS et y intégrer la grille AVEC pour mieux évaluer en établissement les besoins de soins et de réadaptation, en cas de maladies génératrices de situations de handicaps sensoriels;**
- **Former les évaluateurs des MDPH et de l'APA à la multiplicité et à la diversité des situations engendrées par les déficiences sensorielles et à leurs répercussions sur la vie quotidienne. Face à une situation jugée trop complexe, promouvoir la délégation de l'évaluation à des professionnels spécialistes de la vision, de l'audition et de la double déficience sensorielle, pour assurer une évaluation correcte et une prise en charge adéquate.**

Thème 2 : Promouvoir les solutions pour une vie autonome

Une fois la ou les déficiences sensorielles diagnostiquées, des solutions peuvent être proposées pour maintenir et améliorer l'autonomie de la personne âgée, notamment grâce à l'orientation vers un accompagnement global adapté et le soutien financier nécessaire pour y accéder.

4. Orienter systématiquement la personne âgée 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. Le même constat peut être fait pour les professionnels de l'audition (ORL, audioprothésistes, centres spécialisés), dont l'accès reste complexe dans certaines zones rurales ou pour les personnes âgées isolées.

Ce modèle pourrait être élargi aux déficiences auditives, en intégrant des professionnels de l'audition et des ressources adaptées aux troubles de la communication.

Il n'existe en effet à ce jour que quatre centres « basse audition » en France (Angers, Metz, Poitiers et Paris). Ces CERTA (Centres d'Évaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition) proposent un ensemble de services aux personnes sourdes et malentendantes qui leur permettent de conserver et de développer leur autonomie, grâce aux équipes pluridisciplinaires composées d'orthophonistes, de psychomotriciens,

d'ergothérapeutes, mais aussi de psychologues et de travailleurs sociaux.

Orienter correctement la personne âgée déficiente sensorielle implique également de la guider efficacement vers les moyens de compensation dont elle 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 et aussi de l'audition fonctionnelle en situation réelle (milieu bruyant, groupe), pour analyser les besoins réels de compensation, anticiper les stratégies les plus adaptées à la personne et mettre à sa disposition les aides techniques nécessaires.

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 CICAT¹ et 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.

Il en va de même pour les aides auditives (appareils, boucles magnétiques, alarmes visuelles, téléphones adaptés) qui nécessitent un accompagnement sur le choix, l'installation, l'entretien et l'appropriation par les usagers.

Il pourrait être pertinent de créer une EqlAAT spécialisée en déficiences auditives, visuelles ou sensorielles dans chaque département, en coordination avec des acteurs clés du territoire.

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%).

Ce constat est également valable pour les aides auditives, dont l'efficacité dépend largement de leur adaptation à la personne, mais aussi de l'appropriation et de la formation à leur usage. Beaucoup de personnes âgées abandonnent leur appareil auditif faute de soutien adapté.

1 Les centres d'information et de conseil en aides techniques : <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/principaux-interlocuteurs/les-centres-dinformation-et-de-conseil-en-aides-techniques>

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;**
- **Élargir ce dispositif aux déficiences auditives et à la surdité;**
- **Développer les CERTA;**
- **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;**
- **Informar les personnes âgées sur les aides techniques à leur disposition et les formations accessibles pour apprendre à s'en servir, par exemple en mobilisant les caisses de retraite et les complémentaires santé;**
- **Développer le nombre d'instructeurs en autonomie de la personne déficiente visuelle, avec une politique de promotion et de valorisation de ce métier en tension;**
- **Développer les EqlAAT avec un service dédié spécifiquement aux déficiences sensorielles afin de répondre au mieux aux besoins des personnes âgées.**

5. Réviser la prise en charge par l'Assurance-Maladie des aides techniques et des actes spécifiques aux personnes déficientes sensorielles

Les aides techniques spécialisées sont essentielles pour permettre aux personnes âgées déficientes sensorielles 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 1/4 des personnes âgées de 60 ans et plus de l'étude Homère qui n'utilisent pas d'aides à la 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 actes 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, l'accompagnement psychologique, la formation à l'utilisation des aides techniques et la rééducation en locomotion, spécifiques à la réadaptation des personnes déficientes visuelles, sont essentiels pour améliorer autonomie et qualité de vie et contribue à limiter la dépendance de la personne âgée. Il en va de même pour la réadaptation des personnes sourdes ou malentendantes, accompagnées par des orthophonistes.

En outre, les appareils auditifs sont désormais partiellement remboursés par l'Assurance-Maladie dans le cadre du 100 % santé, mais les accessoires complémentaires (systèmes FM, boucles magnétiques personnelles, téléphones amplifiés, systèmes d'alerte visuelle, micro HF) restent faiblement voire non pris en charge.

De plus, les actes de rééducation auditive (orthophonie, accompagnement à l'appareillage, communication alternative) ne sont pas toujours valorisés dans les parcours de soins gériatriques, alors qu'ils sont indispensables au maintien de la communication.

Favoriser l'accès aux aides techniques permettrait d'améliorer significativement la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées déficientes sensorielles, tout en permettant un maintien à domicile le plus longtemps possible et de meilleures conditions de vie et de sociabilité en établissement.

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 sensorielles 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. Les téléphones amplifiés, les sous-titres automatiques, les systèmes d'alerte lumineuse ou vibrante (pour sonnette, téléphone, alarme incendie), ou encore les assistants vocaux à reconnaissance optimisée, offrent également des solutions précieuses pour les personnes atteintes de déficience auditive.

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. Pour les personnes devenues sourdes ou malentendantes, cela passe aussi par une amélioration de l'environnement sonore et visuel : installation de boucles magnétiques, réduction des réverbérations acoustiques, ajout d'aides visuelles et vocales synchronisées.

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. Les personnes devenues sourdes rencontrent des difficultés similaires : nombreux sont les sites web, plateformes téléphoniques ou services qui ne sont pas pleinement accessibles en LSF, transcription écrite. Dans la fonction publique hospitalière, le sujet de l'accessibilité numérique reste encore méconnu, alors que c'est un enjeu fort en termes d'accès aux soins et de maintien de l'autonomie. Sans une accessibilité universelle intégrant tous les types de déficience sensorielle, l'exclusion numérique des seniors persistera.

Nos propositions

- **Proposer des cours de formation au numérique et aux outils technologiques pour permettre aux personnes âgées avec une déficience auditive, visuelle ou les deux, de continuer à utiliser leur téléphone portable, à lire, à regarder la télé, mais aussi à se déplacer en utilisant un GPS piéton, par exemple;**
- **Améliorer l'accessibilité des logements pour une meilleure autonomie et sécurité des personnes âgées en situation de handicap visuel et auditif;**
- **Développer des gammes de produits et services adaptées aux besoins des personnes âgées déficientes sensorielles;**
- **Accroître le nombre de formateurs en nouvelles technologies adaptées.**

Thème 3 : Pallier le manque de prise en charge des personnes âgées déficientes sensorielles 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 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 obstacles supplémentaires pour accéder aux soins liés à la perte de vue.

La situation est comparable pour les personnes malentendantes ou devenues sourdes : l'offre de rééducation auditive post-appareillage est quasi inexistante, les services d'orthophonie sont saturés, et peu de structures sont formées à la prise en charge des situations de handicaps sensoriels liés à l'âge. La déficience sensorielle liée à l'âge reste encore trop peu identifiée et insuffisamment prise en charge, malgré ses conséquences majeures sur l'autonomie, la mobilité, la santé mentale et la qualité de vie. Qu'il s'agisse de troubles auditifs ou visuels, le repérage est souvent tardif, les parcours de soins peu lisibles, et l'offre de réadaptation encore trop limitée.

7. Favoriser la prise en charge globale de la personne âgée

Les personnes âgées sont souvent confrontées à une difficulté particulière : leur situation globale (fragilités associées, isolement, dépendance) est rarement prise en compte dans une approche intégrée de leur déficience sensorielle. Les besoins cumulés liés au vieillissement, aux pathologies chroniques et à la perte sensorielle exigeraient pourtant une coordination renforcée entre acteurs sanitaires, du médico-social et du social. La coordination entre professionnels, la diversité des acteurs (libéraux, structures médico-sociales, accompagnement psychologique, aides techniques) et les temps d'attente compliquent l'accès à une rééducation efficace, surtout lorsqu'un accompagnement spécifique est nécessaire pour apprendre à vivre avec cette perte sensorielle.

La réadaptation des personnes âgées déficientes visuelles et auditives permettent pourtant 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 et auditives résiduelles grâce à des exercices de stimulation spécifiques. L'objectif de la réadaptation, 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 dans sa thèse publiée en 2022, c'est l'approche

pluridisciplinaire (orthoptiste, instructeur en locomotion, psychologue, opticien basse vision, ergothérapeute, ...). Dans le cas des déficiences sensorielles, il ne s'agit pas simplement de compenser un sens par un autre – par exemple en recourant à la synthèse vocale pour une personne malvoyante et au sous-titrage pour une personne malentendante – mais de mobiliser au mieux les capacités sensorielles résiduelles et d'adapter l'environnement aux besoins spécifiques.

Il est essentiel de considérer la personne dans sa globalité : ses moyens de communication préférentiels, ses capacités cognitives et locomotrices, ses habitudes de vie, ainsi que ce qui lui permet de se sentir à l'aise et actrice de sa propre réadaptation. Cette approche individualisée vise à améliorer la qualité de vie, à réduire l'isolement et à renforcer l'autonomie au quotidien.

Les personnes sourdaveugles présentent des besoins de communication particulièrement spécifiques, qui s'accroissent avec l'avancée en âge. La combinaison des pertes sensorielles, de la diminution des capacités cognitives et de la dextérité manuelle limite l'accès aux modes habituels d'échange et impose d'adapter les supports, les rythmes et les modalités de communication. Ces ajustements sont indispensables pour préserver leur autonomie, favoriser leur participation sociale et garantir un accompagnement réellement respectueux de leurs choix et de leur qualité de vie.

La réadaptation en autonomie est essentielle pour permettre aux personnes en situation de handicap sensoriel, qu'il soit visuel ou auditif, de continuer à se déplacer en sécurité. Si la perte de vision limite la capacité à se repérer dans l'espace, la perte auditive, souvent négligée dans ce domaine, joue elle aussi un rôle majeur dans les troubles de l'équilibre et de la posture, en particulier chez les personnes âgées. En effet, l'oreille interne, qui assure non seulement l'audition mais aussi une fonction clé dans le système vestibulaire, est directement impliquée dans le maintien de l'équilibre. Lorsque celle-ci est altérée, les risques de désorientation et de chutes augmentent significativement.

L'étude Homère a mis en évidence qu'à partir de 65 ans, moins de 10% des personnes déficientes visuelles sont formées à la locomotion, c'est-à-dire à l'apprentissage des déplacements en extérieur de manière sécurisée, 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). Ce constat pourrait s'étendre aux personnes sourdes ou malentendantes, qui sont également trop peu identifiées dans les parcours de réadaptation à la marche, alors même que les liens entre perte auditive et instabilité posturale sont bien établis.

Par ailleurs, le manque de professionnels de la vision et leur inégale répartition sur le territoire renforcent la difficulté d'accès aux soins. 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).

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 un 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.

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 SAVS¹ ou SAMSAH²), 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.

Des dispositifs existent pourtant, à l'image de la réforme du 100 % Santé, qui permet de bénéficier d'équipements auditifs et optiques sans reste à charge. Mais ce dispositif reste encore largement méconnu ou mal compris, en particulier par les publics les plus fragiles, ce qui limite son effet dans la lutte contre le renoncement aux soins.

Nos propositions

- **Prioriser l'accès à une prise en charge globale et personnalisée de la personne âgée déficiente visuelle et/ou auditive, qui prend en compte le cumul possible des handicaps et la complexité du handicap lié à l'âge;**
- **Renforcer l'offre de réadaptation visuelle et créer une offre de réadaptation auditive sur le territoire;**
- **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;**
- **Dès le constat de la perte d'audition ou de la vision, réaliser systématiquement un bilan de l'autre sens, afin de déclencher rapidement une prise en charge globale et coordonnée;**

1 Service d'accompagnement à la vie sociale.

2 Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

- **Mieux faire connaître et comprendre les dispositifs existants, notamment le 100 % santé, encore trop méconnus ou mal compris par les personnes âgées et leurs aidants;**
- **Mettre en place une intervention précoce d'un référent médico-social pour informer la personne âgée et son entourage sur leurs droits, les aides disponibles, les possibilités d'adaptation du logement et des dispositifs d'aménagements.**

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.

Du côté de la déficience auditive, la situation demeure tout aussi préoccupante. L'oto-rhino-laryngologie (ORL) est la troisième spécialité médicale dont les effectifs diminuent le plus : on dénombre 2 345 ORL en 2025, contre 2 425 en 2024. Par ailleurs, un quart de ces spécialistes ont plus de 60 ans, ce qui laisse présager une poursuite du recul des effectifs jusqu'en 2029, en raison des départs à la retraite.

Les médecins généralistes, souvent premiers prescripteurs vers les ORL, font également face à une forte surcharge de travail, à une répartition territoriale inégale, et à un manque de formation spécifique au dépistage auditif, ce qui freine l'accès à un diagnostic précoce.

Cette double pression – raréfaction des ORL et surcharge des généralistes – conduit à des délais d'attente très longs (plusieurs mois) et à des distances importantes à parcourir, surtout en zones rurales. À cela s'ajoutent des freins individuels : le tabou sur la surdité, l'isolement social, ou encore le manque d'information, qui entraînent un retard moyen de sept ans entre les premiers signes de perte auditive et la première consultation.

Ce retard nuit considérablement à la réadaptation, car plus la prise en charge est tardive, plus les mécanismes de compensation sont difficiles à mettre en œuvre, et plus la déficience auditive risque de devenir irréversible.

Enfin, face à la pénurie de médecins spécialistes, on observe un glissement progressif de certaines missions médicales vers les audioprothésistes, qui ne sont ni médecins, ni formés au diagnostic des pathologies auditives complexes. Bien qu'ils jouent un rôle important dans l'appareillage, leur intervention reste encadrée par une logique commerciale, avec un risque de dérive si leur rôle s'étend au-delà de leurs compétences.

Ce glissement des tâches, justifié par la rareté des ORL dans certains territoires, pose une question éthique.

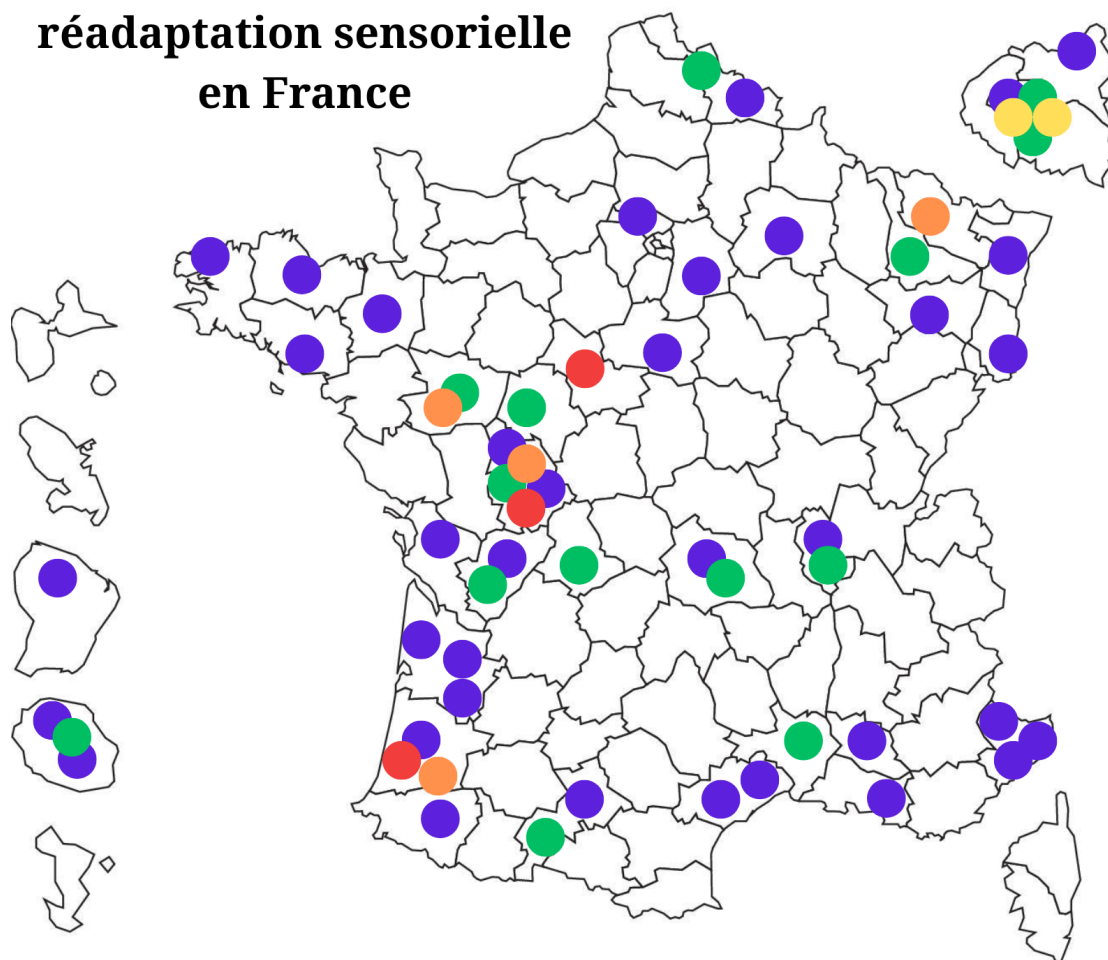
La carte géographique ci-dessous permet de mettre en évidence cette profonde inégalité territoriale dans la prise en charge en réadaptation et dans l'accompagnement des personnes déficientes sensorielles.

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.

Enfin, favoriser la prise en charge en réadaptation doit également passer par la reconnaissance d'une offre «SMR Basse vision» en activité d'expertise, et la définition d'une échelle tarifaire spécifique pour un financement à la hauteur des besoins.

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

Répartition de l'offre de réadaptation sensorielle en France



Réadaptation visuelle

- 37 services d'accompagnement médico-sociaux à domicile (16 SAMSAH et 21 SAVS)
- 14 SMR (Centres de Soins Médicaux et de Réadaptation)

Réadaptation auditive

- 3 pôles sensoriels régionaux
- 2 centres hospitaliers spécialisés
- 4 CERTA (Centres d'Évaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition)

Analyse de la cartographie

Concernant la déficience visuelle, la carte ci-dessus prend en compte les services d'accompagnement médico-sociaux dédiés que sont les 16 SAMSAH (Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés) et les 21 SAVS (Services d'Accompagnement à la Vie Sociale), ainsi que les 14 SMR spécialisés dans la déficience visuelle (Centres de Soins Médicaux et de Réadaptation).

Concernant la déficience auditive, la carte prend en compte les 3 pôles sensoriels régionaux, les 2 centres hospitaliers spécialisés et les 4 CERTA (Centres d'Évaluation et

de Réadaptation des Troubles de l'Audition). Les 5 régions suivantes n'ont aucun service ou centre à proposer pour la réadaptation auditive : Bretagne, Hauts-de-France, PACA, Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes.

La carte fait ressortir l'absence totale de service de réadaptation sensorielle (auditive comme visuelle) dans les régions Normandie, Bourgogne Franche-Comté et Corse. 9 départements de la région Occitanie sont totalement dépourvus, de même que 4 départements de l'est de la Nouvelle-Aquitaine ou encore que 9 départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Enfin, une large partie des Hauts-de-France et le centre de la région PACA sont également en souffrance. Dans le Grand-Est et le Centre-Val-de-Loire, si une offre existe, elle est encore incomplète et laisse des départements sans solution.

Nos propositions

- **Renforcer l'offre de soins et d'accompagnement spécifique à la déficience sensorielle 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 les handicaps sensoriels);**
- **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.**
- **Faire reconnaître l'offre «SMR Basse vision» en activité d'expertise et définir une échelle tarifaire spécifique.**

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

Actuellement, les politiques publiques distinguent les aides pour les personnes âgées de celles destinées aux personnes handicapées, et cette distinction se matérialise notamment par une barrière d'âge d'accès à la compensation. Lorsque la situation de handicap apparaît ou s'accroît 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 car elle sous-entend que la perte sensorielle est une fatalité de la vieillesse, sans amélioration possible grâce à un accompagnement et une compensation adaptée.

Par ailleurs, elle a des réels impacts financiers pour les personnes concernées. En effet, si l'éligibilité à la compensation du handicap est reconnue 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 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 sensoriel 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 sensorielles. 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 sensoriel 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 de la déficience 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 à la compensation (PCH) et à l'accompagnement;**
- **Informers les professionnels de santé et du secteur médico-social sur les droits sociaux des personnes âgées en situation de handicap sensoriel.**

Bibliographie

1. Anesm, 2016, *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées*. (PDF, 96 pages)
[Consulter le rapport au format PDF en ligne sur le site de la Haute Autorité de santé](#)
2. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2025. «Surdité et perte auditive» (Page web)
[Consulter l'article en ligne sur le site de l'OMS](#)
3. Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2020, *Rapport mondial de la vision*. (PDF, 192 pages)
[Consulter le site de l'OMS pour télécharger le rapport au format PDF \(16,54 Mo\)](#)
4. Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2021. *Rapport mondial sur l'audition - Résumé analytique* (PDF, 16 pages)
[Consulter le rapport en ligne au format PDF sur le site de l'OMS](#)
5. Journal officiel de la République française, 2005. *Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.
[Consulter l'article de loi en ligne sur legifrance.gouv.fr](#)
6. Santé Publique France, 2022. « Bien vieillir » (Page web)
[Consulter l'article en ligne sur le site de Santé Publique France](#)
7. 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 »*. (page web)
[Consulter l'article en ligne l'article en ligne sur le site du Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités](#)
8. DREES, 2021, *Enquête Vie quotidienne et santé 2021* (jeu de données DREES, mise à jour : 10 février 2023).
[Consulter les données en ligne sur data.gouv.fr](#)
9. Observatoire régionale de la santé des Pays de la Loire, Juillet 2005. « *La population en situation de handicap visuel en France : importance, caractéristiques, incapacités fonctionnelles et difficultés sociales* ». (PDF, 166 pages)
[Consulter le rapport en ligne sur solidarites-sante.gouv.fr](#)
10. Fondation pour l'audition, 2023, « Accompagner la perte d'audition en EHPAD » (Page web)
[Consulter la page « Accompagner la perte d'audition en EHPAD »](#)
11. Laboratoire de la Mobilité Inclusive, 2014. *Mobilités des seniors en France*, Synthèse de l'étude (PDF 24 pages)
[Consulter la synthèse de l'étude au format PDF en ligne sur mobiliteinclusive.com](#)
12. INFOSENS & GéronD'if, 2021, *Enquête – presbyacousie vue par les personnels soignants*

en EHPAD (Page web)

[Consulter l'enquête en ligne](#)

13. Goman, A.M., Reed, N.S., Lin, F.R., 2022. *The impact of hearing loss on social isolation and loneliness in older adults: A systematic review*. *Frontiers in Psychology*, 13:972639
[Consulter l'article de l'étude en ligne sur PubMed](#)
14. Yeo, B.S.Y., Song, H.J.J.M.D., Toh, E.M.S., Tan, B.K.J. et al., 2022. *Association of Hearing Aids and Cochlear Implants With Cognitive Decline and Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis*. *JAMA Neurology*, 80(2), pp. 134–141.
[Consulter l'article en ligne](#)
15. Mary A M Rogers, Kenneth M Langa, 2010. *Untreated poor vision: a contributing factor to late-life dementia*, *American Journal of Epidemiology*, 171(6), pp.728–735.
[Consulter l'article en ligne sur American Journal of Epidemiology](#)
16. Collectif inter-associatif (Institut National des Jeunes Aveugles – INJA, Voir Ensemble, Fédération des Aveugles et Amblyopes de France, Les Chiens Guides d'Aveugles – FFAC, ANPEA, Les PEP 69 ML, GAPAS, RETINA France), 2021. *Étude HOMÈRE – Mieux connaître les personnes déficientes visuelles en France - Cahier thématique : « déficience visuelle des personnes de 60 ans et plus »*. (PDF, 8 pages)
[Consulter l'étude en ligne au format PDF sur aveuglesdefrance.org](#)
17. GNCHR & CRESAM, 2025. Rapport ministérielle : *améliorer la vie des personnes sourdaveugles*. Rapport remis à Charlotte Parmentier-Lecocq, Ministre déléguée chargée de l'Autonomie et des Personnes handicapées. (PDF, 78 pages)
[Consulter le rapport en ligne au format PDF sur gnchr.fr](#)
18. Hôpital national des Quinze-Vingts, « L'Institut de Réadaptation Visuelle Saint-Louis accueille ses premiers patients » (Page web)
[Consulter l'article en ligne en ligne sur le site de l'Hopital 15-20](#)
19. Claire Gaechter, 2022, « À la rencontre de l'invisible : la psychomotricité auprès du sujet âgé déficient visuel en institution », mémoire de psychomotricité, Université Sorbonne Paris Nord, Médecine humaine et pathologie. (PDF, 91 pages)
[Consulter le mémoire au format PDF en ligne sur le site de DUMAS - cnrs](#)
20. Gérard Cornet & Michael Carré, 2008, « Technologies pour le soin, l'autonomie et le lien social des personnes âgées : quoi de neuf ? », revue *Gérontologie et société*, 31(126), (Pages 113-128)
[Consulter l'article en ligne sur Cairn.info](#)
21. Dr Clair Monique. 2013. « Comment prendre en charge le déficit visuel en Ehpad », Université René Descartes. Paris V. (PDF, 57 pages)
[Consulter le mémoire en ligne sur le site ehpad.org](#)
22. Nicolas Maurage, 2023 « Qualité de vie des patients avec handicap visuel pris en

charge en consultation basse vision», Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales, Aix Marseille Université (PDF, 47 pages)

[Consulter le mémoire au format PDF en ligne sur le site DUMAS - cnrs](#)

23. Jean-Claude Lafon, 1993. « Vieillesse et communication auditive », *Gérontologie et société*, 16(65), pages 67-72.

[Consulter l'article en ligne sur cairn.info](#)

24. LUMEN Magazine n°18. Mars 2020. « Déficience visuelle et grand âge : à quand une vraie prise en charge ? » (PDF, 16 pages)

[Consulter le magazine au format PDF sur lumen-magazine.fr](#)

25. Les Opticiens Mobiles, 2024. « Démence et troubles cognitifs : la vue, un facteur insoupçonné ? » (Page web)

[Consulter l'article en ligne sur lesopticiensmobiles.com](#)

26. Association Valentin Haüy, Guides pratiques disponibles sur [avh.asso.fr](#)

- « Aides à la lecture et déficience visuelle : l'essentiel dans un guide pratique ». (Doc, PDF ou Audio Daisy 20 pages)
[Consulter la page «Lire» du site de l'association pour télécharger le guide aux différents formats](#)
- « Agir pour l'accessibilité physique, numérique et culturelle ». (Page web)
[Consulter la page sur le site de l'association](#)
- « Maintenir son autonomie grâce aux matériels adaptés : aides techniques ». (PDF, dépliant)
[Consulter le dépliant au format PDF](#)
- « DMLA : des solutions pour vivre pleinement ». (PDF, 38 pages)
[Consulter le guide au format PDF](#)

27. Fédération des Aveugles et Amblyopes de France, Guides pratiques disponibles sur [www.aveuglesdefrance.org](#)

- « Accueillir une personne déficiente visuelle – Guide à l'usage du personnel des hôpitaux et maisons de retraite ». (PDF, 28 pages)
[Consulter le guide au format PDF](#)
- « Éducation, rééducation, accompagnement » (Page web)
[Consulter la page « Éducation, rééducation, accompagnement »](#)
- « Personnes âgées et dépendance » (Page web)
[Consulter la page « Personnes âgées et dépendance »](#)
- « Savoir aider nos aînés déficients visuels » (Page web) :
[Consulter le site savoiraider.org](#)

28. 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 ». (PDF, 30 pages)
[Consulter le rapport au format PDF en ligne sur site aveuglesdefrance.org](https://www.aveuglesdefrance.org/)
29. SurdiFrance, Fédération des associations de personnes devenues sourdes et malentendantes article et ressources disponibles sur www.surdifrance.org
- « Les CERTA » (Page web)
[Consulter la page « Les CERTA »](#)
 - « Formation : prendre en compte les troubles auditifs des personnes âgées » (Page web)
[Consulter la page dédiée à la formation sur Surdifrance.org](#)
30. SurdiFrance, Fédération des associations de personnes devenues sourdes et malentendantes, et ARDDS, association de réadaptation et défense des devenus sourds, *6 millions de malentendants*, magazine trimestriel.
- *6 millions de malentendants*, n°51, dossier «Surdicécité», pages 8 et 9.
[Consulter le magazine n°51 sur SurdiFrance.org](#)
 - *6 millions de malentendants*, n°40, dossier «vertiges», pages 8 à 16.
[Consulter le magazine n°40 sur SurdiFrance.org](#)
 - *6 millions de malentendants*, n°30, dossier «Améliorer la prise en charge des personnes malentendantes», pages 10 à 15.
[Consulter le magazine n°30 sur SurdiFrance.org](#)