

Contribution de l'Unisda au groupe personnes handicapées vieillissantes ou avançant en âge

Mercredi 10 avril 2013

L'Unisda a eu quelques difficultés à rentrer dans la réflexion du groupe, compte tenu des angles choisis, sémantique (plus que le vieillissement ou l'avancée en âge des personnes sourdes, notre sujet est en effet bien celui des personnes sourdes âgées) ou repérage (quasiment impossible aujourd'hui, les personnes sourdes vivant à domicile dans leur immense majorité et les médecins généralistes étant peu sensibilisés à leurs difficultés qui leur apparaissent banales).

Le vieillissement des personnes sourdes en soi offre peu de particularité par rapport à celui des personnes normo-entendantes, il n'est pas plus rapide, il est seulement lié à l'histoire personnelle de chacun, et, compte tenu du grand nombre de personnes concernées (450.000 personnes sourdes sévères ou profondes), d'une grande hétérogénéité.

Aujourd'hui, selon l'enquête Insee 2010, 35 % des personnes dans la tranche d'âge 60-69 ans déclarent présenter une perte auditive ; ce pourcentage s'élève à 45% de 70 à 79 ans et à 50% à partir de 80 ans. Plusieurs millions de personnes sont donc concernées. Ce pourcentage intègre tout à la fois les personnes sourdes ou malentendantes de naissance, les personnes devenues sourdes ou malentendantes au cours de leur vie d'adulte (300.000 personnes, soit les 2/3 des personnes sourdes sévères ou profondes, sont des devenus-sourds), et les personnes dont l'audition se dégrade du fait de l'âge (presbycusie) – et qui peuvent par ailleurs présenter un handicap.

Ce vieillissement entraîne par contre des risques accrus de sur-handicap, qui vont impacter largement la vie de la personne :

- Un déficit visuel, lié à l'âge, peut s'avérer désastreux pour des personnes qui ont appris à compenser avec davantage de vigilance visuelle et des aides techniques spécifiques : ainsi le recours à la langue des signes, à la lecture labiale, ou au sous-titrage télévisé peuvent devenir très difficiles. Aujourd'hui les aides techniques ne sont pas suffisamment transversales et n'intègrent pas les risques de sur-handicap, il devrait être possible, par exemple de généraliser sur tous les téléviseurs une fonction de réglage de la taille, police et contraste du sous-titrage
- Des risques accrus, par rapport aux personnes normo-entendantes, de perte d'équilibre (et donc de chutes), compte tenu des possibles atteintes vestibulaires de l'oreille interne.
- Bien sûr, des risques accrus d'isolement et de détresse psychologique, compte tenu des difficultés de communication déjà présentes.

Ces difficultés deviendront généralement prégnantes à partir d'un certain âge, où il devient difficile de distinguer la part du handicap et la part de l'âge.



Union Nationale pour l'Insertion Sociale du Déficiant Auditif

8, rue Taylor – 75010 Paris / tél : 01 44 07 22 59 / contact@unisda.org / www.unisda.org

L'UNISDA fédère les principales associations nationales représentatives des publics de personnes sourdes ou malentendantes en France et les représente auprès des pouvoirs publics.

Il s'y ajoute des difficultés spécifiques au handicap auditif, mais qui seront les mêmes pour toute personne âgée ou handicapée devenant malentendante ou sourde – sachant qu'on n'y sera pas nécessairement attentif chez une personne atteinte d'un autre handicap et qui, du fait de son vieillissement, deviendra en sus malentendante :

- **Le recours aux prothèses auditives pose toute une série de problèmes, financiers mais aussi pratiques :**

- **La faiblesse de la prise en charge financière.**

Un appareil auditif est pris en charge selon le tarif LPPR à hauteur de 65% de 199 euros, alors que son coût se situe dans une fourchette allant de 1.500 à 2.500 euros (soit 3.000 à 5.000 pour deux appareils). Ce tarif est inchangé depuis plus de 25 ans – seule évolution, la prise en charge de la stéréophonie en 2002, l'une des dernières mesures du gouvernement Jospin. Dans le même temps, le prix des appareils auditifs a largement évolué.

Une personne qui est encore dans la vie professionnelle aura d'autres sources de financement : Agefiph, Fiphfp, prestation de compensation de handicap... ce n'est, aujourd'hui, plus le cas après 60 ans (ou 75 ans selon les cas). Comme pour d'autres handicaps certes. Mais, à la différence de tous les autres handicaps, la surdité, handicap de la communication, ne relève dans la grille AGGIR que des GIR 5 ou 6 et donc n'ouvre pas droit à l'APA et à une quelconque prise en charge complémentaire.

C'est le sens de la mesure 33 du plan handicap auditif 2010-2012 qui prévoyait une étude sur une prise en charge d'un appareillage pour les personnes âgées de plus de 60 ans. Cette mesure n'a pas, à notre connaissance, connu de début d'application.

- **L'inadéquation des appareils de correction auditive**

Les appareils de correction auditive sont de plus en plus performants et sophistiqués certes. Ils sont également de plus en plus petits. Leur ergonomie n'est pas adaptée à la moindre dextérité des personnes âgées et surtout très âgées. Changer les piles – parfois même simplement avoir conscience que la pile doit être changée – n'est souvent plus quelque chose de facile, voire de possible pour une personne âgée. Compte tenu du nombre de personnes concernées, il pourrait être pertinent d'initier des études pour adapter ces prothèses. Aujourd'hui, faute de cette maniabilité, faute de réglages appropriés en temps voulu, un grand nombre de prothèses achetées (et financées, même très partiellement, par la collectivité nationale), sont délaissées.

- **La difficulté d'avoir un suivi prothétique de qualité.**

Le réglage d'un appareil auditif, en particulier s'il s'agit d'un primo appareillage, mais pas seulement, peut requérir un certain nombre de séances, le temps que la personne s'approprie l'appareil et que le professionnel obtienne le réglage qui lui donnera un résultat optimal. Or, pour les personnes âgées, isolées, notamment en milieu rural, les déplacements au cabinet de l'audioprothésiste peuvent être compliqués et chers, et elles y renonceront facilement. Il pourra en être de même pour des personnes atteintes par ailleurs d'un autre handicap.

L'audioprothésiste quant à lui n'a pas la possibilité de se rendre au domicile des personnes, cela lui est interdit, car il doit exercer sa profession dans un local aménagé à cet effet (article L4361-6 et L4361-7 du code de la santé publique).

Résultat : les personnes ne seront donc pas équipées, ou bien leur appareil ne sera pas bien réglé, notamment à mesure que leur audition évoluera. Là encore il y a gâchis et perte de chance de garder une bonne autonomie. On peut recevoir son coiffeur ou son pédicure à



domicile, mais pas son audioprothésiste... Une réflexion avec la profession serait utile, d'autant qu'il existe du matériel mobile.

- **L'absence de réponse pour le maintien à domicile dans de bonnes conditions de communication**

L'accessibilité des services d'alarme ou d'aide à domicile (communication à distance en particulier) n'est pas prévue, non plus que la communication avec les intervenants qui ne sont pas formés (en particulier s'agissant d'intervenir chez des personnes âgées sourdes signantes). Lors de la création du label Handéo, la demande d'une telle accessibilité a semblé trop contraignante et trop coûteuse, et le handicap auditif n'est pas pris en compte par le label.

Là encore, la barrière d'âge est un souci pour les personnes sourdes aujourd'hui âgées : elles ne peuvent pas bénéficier de la PCH aides humaines pour financer un minimum de communication comme les personnes de moins de 60 ou 75 ans, alors qu'elles en auraient un réel besoin.

Les clubs du troisième âge ou activités organisées par la commune ne sont pas accessibles aux personnes sourdes, qu'elles soient signantes ou simplement malentendantes. Elles leur sont donc, de fait, fermées, aggravant leur risque d'isolement.

- **L'absence de réponse en établissement**

Comme l'a souligné le CFPSAA le 21 février, les EHPAD et les EHPA n'ont pas intégré la nécessité d'accessibiliser leurs locaux et leurs services pour les personnes dont le handicap n'est pas seulement moteur.

Il est pourtant certain qu'un fort pourcentage de pensionnaires de ces établissements a des difficultés d'audition. Pour autant l'accessibilité n'est pas systématiquement pensée pour elles : acoustique des lieux (qui peuvent être très réverbérants, ce qui gêne beaucoup la compréhension), équipement des chambres (sous-titrage des télévisions, téléphone adapté..) et des lieux de vie communautaire (recours à l'écrit, installation de boucles magnétiques de qualité et à la norme¹, traduction en langues des signes...) : bien des adaptations, pas nécessairement coûteuses, amélioreraient la qualité de vie de tous – y compris des personnels soignants et des animateurs qui seraient mieux compris.

Par ailleurs, le passage en maison de retraite est particulièrement difficile pour les personnes pratiquant la langue des signes qui s'y retrouvent isolées sans pouvoir communiquer ni avec le personnel ni avec les autres pensionnaires.

Un exemple de maison de retraite dédiée et réservé aux résidents du Nord-Pas-de-Calais et du Nord existe à Lille et ouverte depuis janvier 2013 (L'EHPAD l'ACCUEIL – GHICL – LILLE), mais reste pour le moment isolé. S'y inscrire supposera que les personnes peuvent avoir à s'éloigner de leur lieu de vie antérieur et de leur famille.

On pourrait engager, sans grands frais, une réflexion à chaque niveau départemental pour organiser un regroupement et permettre aux personnes sourdes signantes qui le souhaitent d'aller dans un ou deux établissements qui leur proposeraient de retrouver quelques autres pensionnaires pratiquant la langue des signes, une certaine accessibilité, et du personnel qui, sans être des interprètes, pourraient avoir reçu une formation de base en langue des signes pour la communication la plus courante.

¹ [http://www.unisda.org/IMG/pdf/UNISDA - Referentiel qualite BM.pdf](http://www.unisda.org/IMG/pdf/UNISDA_-_Referentiel_qualite_BM.pdf)

Enfin, d'une façon générale, les professionnels du troisième âge et de la santé méconnaissent largement les problématiques de la surdité, qui semble être, surtout avec l'âge qui apporte son lot de problèmes de santé de tout ordre, quelque chose de banal et de peu grave.

Il est extrêmement fréquent de voir des professionnels de santé ignorer la personne, malentendante ou sourde et s'adresser exclusivement à son accompagnateur. C'est encore plus vrai lorsqu'il s'agit d'une personne âgée que l'on infantilise aisément. Quant aux solutions qui permettent de pallier la surdité, elles sont mal connues.

S'agissant par exemple des personnes hospitalisées : l'appareil auditif est difficile à porter lorsque l'on est couché car il a tendance à siffler au contact de l'oreiller. Il est donc souvent déposé... sur un plateau de repas où il est jeté, perdu dans les draps où il part à la machine à laver, voire – cela s'est vu- mis dans un verre d'eau par l'aide-soignante pour le nettoyer...

- **L'absence de réponse « prévention », y compris s'agissant de toute personne handicapée qui va perdre l'audition en raison de son âge.**

C'est très banal de ne plus bien entendre lorsqu'on vieillit. C'est si banal qu'on ne prend pas vraiment garde à ce que vit la personne qui va, trop souvent, peu à peu s'isoler et se retirer de la vie sociale, familiale – un repas de famille où l'on ne comprend rien, où ceux que vous aimez vous disent juste en passant quelques mots exagérément articulés, c'est une réalité quotidienne. Ce n'est pas trop fort de parler, pour ce quotidien-là - et pour d'autres quotidiens relationnels, de maltraitance par inadvertance.

Plus grave encore, quelques études récentes mettent en évidence une corrélation négative entre perte auditive et maladie d'Alzheimer (2.5 fois plus de chance de développer une maladie d'Alzheimer pour une personne malentendante de 75 ans non appareillée selon l'étude AcouDEM, jusqu'à 4.94 fois plus selon l'étude Pr Lin)¹, et, a contrario, le bénéfice que les personnes âgées tireraient d'un appareillage adéquat et accompagné. Il y a là un véritable enjeu de santé publique. Pour économiser le coût de la prise en charge d'un appareillage, on arrive à un coût humain et financier beaucoup plus lourd pour la personne et pour la société.

Résumé : demande de préconisations

- ▶ Obtenir l'accès aux soins liés à leur pathologie auditive (prise en charge des acouphènes, réglage des appareils auditifs) pour les personnes âgées en perte de mobilité – avec la possibilité d'interventions à domicile. (Réglementation sur le métier d'audioprothésiste à revoir car aujourd'hui elle interdit de telles visites à domicile)
- ▶ Réflexion sur l'ergonomie des appareillages auditifs et des aides techniques, peu adaptées à l'utilisation par des personnes âgées et surtout très âgées.
- ▶ Suppression de la barrière d'âge (prévue par l'article 13 de la Loi du 11 Février 2005) et prise en compte des besoins en aides techniques et humaines des personnes sourdes et malentendantes âgées.



Union Nationale pour l'Insertion Sociale du Déficiant Auditif

8, rue Taylor – 75010 Paris / tél : 01 44 07 22 59 / contact@unisda.org / www.unisda.org

L'UNISDA fédère les principales associations nationales représentatives des publics de personnes sourdes ou malentendantes en France et les représente auprès des pouvoirs publics.

- ▶ Santé publique : Organisation de dépistage de la surdité par l'assurance maladie et campagne nationale d'information sur les risques auditifs et sa prise en charge précoce. Mise en œuvre de la mesure 7 du plan handicap auditif : Instaurer des dépistages systématiques des troubles de l'audition à certains âges de la vie (...) vers 60 ans venant s'ajouter aux dépistages déjà mis en place (bilans de santé de la CNAMTS).
- ▶ Accessibiliser les EHPA et EHPAD pour les personnes sourdes et malentendantes (personnel social pratiquant la LSF, signalétique, boucles magnétiques, aides techniques, recours à l'écrit...).
- ▶ Obtenir à terme, par région puis par département, la mise en place d'accueil dédiés en EHPA et EHPAD pour les personnes sourdes signantes afin d'éviter leur isolement en permettant leur regroupement

Ces préconisations sont développées sur la plate-forme de l'Unisda :

<http://www.unisda.org/spip.php?article479>

ⁱ Etude Acoudem pour le Grap (Groupe Recherche Alzheimer Presbycusie). Publication dans la Revue de Gériatrie N°6 Juin 2007.
<http://www.grapsante.com/bilan/etude-acoudem-juin-2007.pdf>

Etude américaine de chercheurs de l'Ecole de Médecine John Hopkins . Lin FR et al. Hearing Loss Prevalence and Risk Factors Among Older
Parution dans Archives of neurology 214-20 Février 2011
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21320988>