HANDICAP AUDITIF, LIMITATIONS ET DÉFICIENCES FONCTIONNELLES : PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ 2008-2009, FRANCE

// HEARING IMPAIRMENT, FUNCTIONAL LIMITATIONS AND DEFICIENCIES: MAIN RESULTS OF THE 2008-2009 HANDICAP-HEALTH SURVEY

Mots-clés : Surdit, Troubles de l'audition, Handicap auditif, Limitations fonctionnelles
// Keywords: Deafness, Hearing disorders, Hearing impairment, Functional limitations

L'enqute Handicap-Sant 2008-2009 a t ralise par l'Institut national de la statistique et des tudes conomique (Insee) et la Direction de la recherche, des tudes, de l'valuation et des statistiques (Drees), avec deux volets, l'un portant sur un chantillon de 30 000 personnes vivant en mnage ordinaire et l'autre sur un chantillon de 9 000 personnes vivant en institution. Sont prsents ici quelques rsultats de cette enqute concernant les limitations fonctionnelles auditives (LFA, voir dfinition dans l'encadr ci-aprs) et les dficiences et limitations fonctionnelles qui leur sont associes¹⁻³.

Selon Handicap-Sant, le nombre de personnes souffrant de LFA a t estim en France, en 2008, environ 10 millions, soit 16,1% de la population gnrale. La moiti d'entre elles (5,4 millions, 8,6% de la population) prsentait des LFA moyennes totales (chiffres stables par rapport l'enqute Handicap incapacit dficience ralise en 1998⁴), dont 360 000 souffrant de limitations auditives trs graves ou totales (tableau).

La plupart des personnes ayant des LFA vivaient domicile : seules 2,0% vivaient en institution, essentiellement dans des tablissements pour personnes ges.

Caractristiques des personnes atteintes de limitations fonctionnelles auditives

La prvalence des LFA crot avec l'ge. Sur les 5,4 millions de personnes souffrant de LFA moyennes totales, 330 000 ont eu des problmes auditifs avant l'ge de 20 ans, dont les trois quarts avant 6 ans. 25 ans, moins de 5% de la population ressent de lgres difficults entendre ce qu'il se dit dans une conversation plusieurs personnes, soit une LFA lgre ; 50 ans, 1 personne sur 5 est atteinte de LFA au moins lgre et 1 sur 10 souffre d'une LFA moyenne totale. Aux ges plus avancs, les problmes auditifs deviennent courants : aprs 80 ans, plus de 1 personne sur 2 a des problmes

Encadr

chelle de gravit des limitations fonctionnelles auditives

L'valuation de la gravit des limitations fonctionnelles auditives (LFA) repose sur une chelle comportant quatre niveaux :

1) LFA trs graves ou totales : n'entend pas du tout une conversation plusieurs et se dclare sourd (d'une oreille ou des deux) ou malentendant.

2) LFA graves :

- a beaucoup de difficults entendre une conversation plusieurs ;
- ou n'entend pas du tout une conversation plusieurs et dclare une dficience auditive autre que sourd (d'une ou des deux oreilles) ou malentendant.

3) LFA moyennes :

- a quelques difficults entendre une conversation plusieurs ;
- ou personne quipe d'un appareil et suivant une conversation sans difficult ;
- ou malentendant ou sourd d'une oreille ayant dclar un besoin en appareil auditif et suivant une conversation sans difficult.

4) LFA lgres :

- a quelques difficults entendre une conversation, mais n'a pas de dficience auditive dclare ;
- ou n'a pas de difficult entendre une conversation et dclare une dficience auditive comme les acouphnes ou des sifflements et n'a pas d'appareil auditif.

Estimation du nombre de personnes atteintes de limitations fonctionnelles auditives (LFA) selon l'échelle de gravité dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009, France

Échelle de limitation auditive	Nombre	Intervalle de confiance à 95%	%
Aucun problème*	52 931 000	[52 438 000-53 424 000]	82,5
Légères	4 730 000	[4 471 000-4 989 000]	8,0
Moyennes	3 474 000	[3 264 000-3 684 000]	5,9
Graves	1 600 000	[1 477 000-1 723 000]	2,7
Très graves ou totales	359 000	[311 000-406 000]	0,6
Ensemble	63 094 000		100,0
Total	10 163 000	[9 822 000-10 503 000]	16,1
Dont limitations fonctionnelles auditives moyennes à très graves	5 433 000	[5 190 000-5 675 000]	8,6

Lecture : le nombre de personnes souffrant de limitations fonctionnelles auditives très graves ou totales est évalué à 359 000, dans un intervalle de confiance entre 311 000 et 406 000. Cela représente 0,6% de la population.

Champ : Population vivant à domicile et en institution.

Source : Enquête Handicap-Santé 2008, volets ménages et institutions, Insee.

* Y compris 1 353 000 personnes trop jeunes pour répondre à la question concernant la conversation ou non concernées par cette question du fait de déficiences lourdes.

auditifs, au moins légers, et 20 à 30% ont des limitations graves à totales. Parmi les LFA moyennes à totales, 16%, soit 870 000 personnes, ont un taux d'invalidité ou d'incapacité reconnu par l'une des instances habilitées à le faire.

Les problèmes auditifs touchent plus souvent les hommes que les femmes (17,2% vs 15,1%). De nombreuses études font état de ces différences entre hommes et femmes^{4,5}, qui s'expliqueraient par les spécificités des métiers et des secteurs d'activité, les activités masculines dans les usines ou les ateliers se déroulant dans des univers bruyants, sources de baisse de l'audition. La fréquentation de concerts, l'écoute de musique ou la pratique prolongée de jeux vidéo sont également évoquées comme source de traumatisme sonore, les hommes étant à la fois plus concernés que les femmes par les pratiques à risque et moins sensibles aux campagnes de prévention.

En termes de niveau de diplôme et de catégorie socioprofessionnelle, 19% des personnes âgées de 20 à 59 ans et atteintes de LFA moyennes à totales n'ont aucun diplôme, contre 13% dans la population générale. Seules 10% des personnes ayant des LFA graves à totales sont diplômées de l'enseignement supérieur (vs 30% en l'absence de problème auditif) et la moitié seulement sont en emploi. Lorsqu'elles ont un emploi, elles occupent plus souvent des postes d'ouvriers et plus rarement de cadres supérieurs que les entendants.

La compensation des difficultés d'audition se fait principalement par l'usage de prothèses auditives ou d'implants : de 1 000 000 à 1 112 000 personnes portaient un appareil auditif en 2008, soit 1,8% de la population générale, et 20% des personnes ayant des LFA moyennes à totales en étaient équipées. Cette proportion est plus élevée qu'en 1998, mais 2 millions de personnes déclarent avoir besoin d'un appareil auditif, soit 2 fois plus que celles qui en sont

équipées. À âge égal et pour un même niveau de gravité, les appareils auditifs sont davantage portés par les femmes et par les cadres supérieurs.

Déficiences et limitations fonctionnelles associées aux LFA

Environ 9 personnes ayant des LFA moyennes à totales sur 10 déclarent au moins une déficience autre qu'auditive (dysfonctionnements ou lésions tels que paralysie, malvoyance). Une fois standardisée sur l'âge et le sexe, cette proportion passe à 77,4%, ce qui révèle l'effet de structure d'âge. Néanmoins, les personnes atteintes de LFA restent davantage touchées par les déficiences autres qu'auditives que l'ensemble de la population (63,3%). Parmi elles, 330 000 (6,0%) déclarent des déficiences dans le domaine de la parole (22 000 sont muettes) ou de la vue (6 000 sont aveugles, 110 000 malvoyantes). Les personnes concernées par les LFA se distinguent également par des prévalences des déficiences motrices (généralement une gêne importante dans les articulations, une limitation de la force musculaire ou des troubles de l'équilibre – pour partie liés à l'âge) et des déficiences psychiques, intellectuelles et cognitives 2 fois plus élevées que dans l'ensemble de la population. Les moins de 20 ans sont particulièrement concernés par les déficiences psychiques.

Près de la moitié (46,2%) des personnes ayant des LFA moyennes à totales ressentent également des limitations importantes, et ce davantage que les entendants. La prévalence standardisée sur l'âge est le sexe des limitations fonctionnelles autres que l'audition est de 32% (vs 20% dans la population générale). Les limitations liées aux déplacements extérieurs viennent en tête (25,9%). Les limitations psychiques, intellectuelles ou cognitives sont présentes dans 18% des cas. ■

Références

[1] Les enquêtes Handicap-Santé (2008-2009). [Internet]. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2010. <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-enquetes-handicap-sante,4267.html>

[2] Haeusler L, de Laval T, Millot C. Étude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête « Handicap-Santé ». Document de travail, Série Études et Recherche (Drees). 2014;(131). 156 p. <http://www.drees.sante.gouv.fr/etude-quantitative-sur-le-handicap-auditif-a-partir-de-l,11341.html>

[3] Haeusler L, Mordier B. Vivre avec des difficultés d'audition. Répercussions sur les activités quotidiennes, l'insertion et la participation sociale. Dossiers Solidarité Santé (Drees). 2014;(52):1-17. <http://www.drees.sante.gouv.fr/vivre-avec-des-difficultes-d-audition,11279.html>

[4] Lelièvre F, Sander MS, Tallec A. Handicap auditif en France. Apports de l'enquête HID 1998-1999. Document de travail, Série Études et Recherche (Drees). 2007;(71). 149 p. <http://www.drees.sante.gouv.fr/handicap-auditif-en-france-apports-de-l-enquete-hid-1998-1999,5098.html>

[5] Kochkin S. MarkeTrak VIII: 25-years trends in the hearing health market. *Hear Rev.* 2009;16(11):12-31. <http://www.betterhearing.org/hearingpedia/marketrak-publications/marketrak-viii-25-year-trends-hearing-health-market>

Citer cet article

Handicap auditif, limitations et déficiences fonctionnelles : principaux résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008-2009, France. *Bull Epidémiol Hebd.* 2015;(42-43):796-8. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/42-43/2015_42-43_3.html

> FOCUS // Focus

LES UNITÉS RÉGIONALES HOSPITALIÈRES D'ACCUEIL ET DE SOINS POUR LES SOURDS

// REGIONAL HOSPITAL UNITS DEVOTED TO CARE AND SUPPORT FOR DEAF PEOPLE

Benoît Mongourdin¹ (BMongourdin@chu-grenoble.fr), Alexis Karacostas²

¹ Unité Rhône-Alpes d'accueil et de soins pour les sourds, CHU Grenoble, France

² Unité d'informations et de soins des sourds, AP-HP, Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris, France

Mots-clés : Surdité, Sourds, Handicap auditif, Accès aux soins

// **Keywords:** Deafness, Deaf people, Hearing impairment, Access to healthcare

Porte d'entrée dans le système de santé français pour les patients sourds, les unités régionales d'accueil et de soins pour les sourds (Urass) sont désormais au nombre de 18 en France¹. Implantées pour la plupart dans des CHU, leur mission est d'offrir aux patients sourds des soins de qualité équivalente à celle de la population générale et d'adapter leur parcours de soins. La surdité place les interlocuteurs, sourds ou entendants, en situation de handicap, et les difficultés sont partagées entre les interlocuteurs présents dans l'acte de communication². Ainsi, les médecins et autres soignants sont en grande difficulté face à des patients qu'ils ne comprennent pas et dont ils ne peuvent se faire comprendre.

C'est sous l'impulsion d'usagers sourds eux-mêmes, et particulièrement du groupe Sourds de l'association Aides, que fut créée, en 1995, la première structure de soins en langue des signes. L'épidémie de sida révélait alors l'exclusion criante, mortelle et jusqu'alors invisible des patients sourds des circuits de soins, d'information et de prévention mis progressivement en place pour la population générale^{3,4}. La première unité a été implantée dans un service de médecine interne de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris. Formée d'un médecin, d'une assistante sociale et d'une technicienne de laboratoire sourde (et donc autorisée, par dérogation, à exercer dans la fonction publique hospitalière), son succès a été immédiat.

Les patients porteurs de pathologies très diverses y affluaient, mettant au grand jour la réalité de ce problème de santé publique invisible et non reconnu jusqu'alors : les sourds, en France, étaient peu ou mal soignés, et le système de santé inadapté.

Organisations des Urass

Les principes sur lesquels s'appuie l'organisation⁵ de ces unités sont :

Le transfert de l'exigence linguistique : ce n'est plus aux patients de s'adapter à la langue des professionnels mais aux soignants d'utiliser la langue dans laquelle le patient est le plus à l'aise (français ou langue des signes). Ainsi, les médecins, secrétaires, psychologues et travailleurs sociaux de ces unités possèdent-ils un niveau certifié de langue des signes (au minimum niveau B2 du Cadre européen de référence des langues, acquis ou à acquérir, soit 350 heures de formation linguistique), afin que chacun soit en mesure d'exercer son métier, avec la même qualité, en langue des signes ou en français.

Des équipes formées de professionnels sourds et entendants. Cette mixité est un gage d'amélioration des compétences linguistiques et de vigilance accrue des professionnels entendants en leur permettant d'acquérir les compétences