

Grand âge et perte d'audition : le manque de dépistage finit par coûter cher

Laurence Hartmann, Maîtresse de conférences en sciences économiques - Economiste de la santé, laboratoire LIRSA EA4603, Cnam

Publié le 10 septembre 2026 – Mis à jour le 10 septembre 2026

Longtemps reléguée au rang des « petits maux » du vieillissement, la perte auditive est encore trop souvent perçue comme une gêne inévitable. Pourtant, chez les personnes âgées, ses effets dépassent largement la seule difficulté à entendre : elle peut compromettre l'autonomie, fragiliser la sécurité au quotidien et altérer la qualité des soins.



Une perte auditive non prise en charge peut entraîner des difficultés de communication, un repli social, un état dépressif, un déclin cognitif plus rapide ainsi que des troubles de l'équilibre et des accidents.

L'ESSENTIEL

La perte auditive, qui survient avec l'âge, reste insuffisamment dépistée et prise en charge.

Les données montrent pourtant clairement que le fait de porter des appareils auditifs prévient les chutes ainsi que le déclin cognitif.

Ne pas suffisamment prendre en charge la question de l'audition dans les politiques du grand âge a un coût sanitaire, mais aussi économique.

Longtemps reléguée au rang des « petits maux » du vieillissement, la [perte auditive](#) est encore trop souvent perçue comme une gêne inévitable. Pourtant, chez les personnes âgées, ses effets dépassent largement la seule difficulté à entendre : elle peut compromettre l'autonomie, fragiliser la sécurité au quotidien et altérer la qualité des soins.

Et, comme souvent en santé publique, les réponses existent, qu'elles soient techniques, cliniques ou organisationnelles. C'est leur intégration dans les parcours de prise en charge qui fait défaut, en particulier en établissement médico-social.

Un fardeau sanitaire... et économique

La prévalence de [la perte auditive](#) augmente fortement avec l'âge. Elle est de l'ordre d'un tiers autour de 65-75 ans et atteint environ une personne sur deux aux âges les plus avancés (80 ans et plus), selon des [données européennes](#). Cette progression est également observée en France dans la cohorte CONSTANCES, où la prévalence de la perte auditive [dépasse 60 % chez les 71-75 ans](#).

Les conséquences sont non seulement individuelles, mais aussi collectives : une perte auditive non prise en charge peut entraîner des difficultés de communication, des malentendus dans les consignes de soin, un repli social, un état dépressif, un déclin cognitif plus rapide ainsi que des troubles de l'équilibre et un risque accru d'accidents.

Elle génère ainsi des coûts directs pour le système de santé, mobilise du temps et de l'énergie pour les proches, et entraîne surtout une perte de qualité de vie souvent invisible dans les comptes publics. L'Organisation mondiale de la santé ([OMS](#)) estime ainsi que la perte auditive non prise en charge représente [près de mille milliards de dollars par an dans le monde](#) ; ce chiffre, qui couvre l'ensemble des âges, doit moins être lu comme une mesure exacte que comme un signal d'ampleur.

Dans la littérature récente, le lien de la perte auditive avec le [déclin cognitif](#) et les démences occupe une place croissante. [La Commission Lancet 2024](#), qui fait référence en matière de prévention des démences, a identifié 14 facteurs de risque modifiables pouvant théoriquement prévenir ou retarder près de 45 % des cas de démence.

Parmi eux, la perte auditive se distingue comme le premier facteur de risque modifiable de la vie adulte, avec une fraction attribuable de 7 %, soit autant que le [cholestérol LDL élevé](#) (surnommé « mauvais cholestérol » parce que, en excès, il se dépose sur les parois des artères, *ndlr*), et davantage que le [diabète](#), le [tabagisme](#) ou l'[hypertension artérielle](#). L'effet dose-réponse est documenté : chaque aggravation de 10 décibels est associée à une hausse de 16 % du risque de démence.

Surtout, des données interventionnelles viennent désormais conforter ces associations observationnelles. [L'essai clinique randomisé ACHIEVE](#) a montré, chez les personnes âgées présentant un risque élevé de déclin cognitif, une réduction de 48 % du déclin cognitif global à trois ans dans le groupe appareillé par rapport au groupe témoin.

En parallèle, une [méta-analyse de huit études observationnelles](#) portant sur plus de 127 000 participants, suivis depuis deux ans à vingt-cinq ans, a montré que l'usage d'aides auditives était associé à une réduction de 19 % du risque de déclin cognitif à long terme, par rapport à une perte auditive non corrigée.

Ces résultats suggèrent un bénéfice potentiel de l'appareillage sur le plan cognitif. Sur le plan économique, une [modélisation britannique](#) estime que la fourniture d'[appareils auditifs](#) pourrait également être génératrice d'économies nettes, notamment en raison de son effet potentiel sur l'incidence de la démence.

Avec [57 millions de personnes atteintes de démence dans le monde en 2019](#) et des projections à 153 millions d'ici à 2050, tout levier de prévention susceptible d'infléchir, même modestement, cette trajectoire représente un enjeu humain et économique considérable.

[La littérature scientifique internationale](#) associe la perte auditive à la [fragilité](#) définie comme un état de vulnérabilité accrue aux événements de santé résultant notamment d'une diminution des réserves physiologiques. Cette association est retrouvée de façon robuste dans plusieurs travaux combinant données transversales et longitudinales, même si la part exacte de causalité reste discutée.

Fragilité, perte d'audition et... chutes

Les chutes illustrent concrètement ce lien entre audition et fragilité. [Un résultat récent issu de l'essai ACHIEVE renforce ce constat](#) : les participants ayant bénéficié d'une intervention auditive ont présenté, sur trois ans, un nombre moyen de chutes inférieur de 27 % à celui du groupe témoin.

En France, les chutes constituent l'un des marqueurs les plus visibles de la perte d'autonomie. [Le plan national triennal antichute des personnes âgées](#), lancé en 2022, en faisait déjà un enjeu majeur de santé publique et estimait leur coût à 2 milliards d'euros par an, dont 1,5 milliard à la charge de l'Assurance-maladie.

Selon les [données récentes de Santé publique France](#), en 2024, près de 175 000 hospitalisations et plus de 20 000 décès en lien avec une chute ont été recensés chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Entre 2019 et 2024, les taux standardisés d'hospitalisation et de mortalité associés aux chutes ont respectivement augmenté de 20,5 % et de 18 %. Ces évolutions interrogent d'autant plus que le plan visait une réduction de 20 % des chutes mortelles ou invalidantes à l'horizon 2024.

La question n'est donc plus de savoir si l'audition mérite une place dans les parcours de soins des personnes âgées, mais comment lui en donner une concrètement.

En Ehpad, des déficiences sensorielles fréquentes

En Ehpad (« *nursing homes* » dans la littérature internationale), la perte auditive est loin d'être marginale. Elle s'inscrit souvent dans un faisceau de fragilités sensorielles, cognitives et fonctionnelles.

En France, [l'enquête Handicap-Santé 2014](#) montrait déjà qu'en [institution](#), 42 % des résidents souffraient de limitations fonctionnelles auditives, dont 15 % de formes graves ou très graves, soit une prévalence près de deux fois et demie supérieure à celle observée à domicile.

[L'étude européenne SHELTER](#), menée dans huit pays, aboutissait à l'époque à un constat du même ordre : près de deux résidents sur trois présentaient au moins une déficience visuelle ou auditive, et près d'un tiers cumulait les deux. Autrement dit, en établissement, les troubles sensoriels ne relèvent pas de l'exception, mais du quotidien. Pourtant, le repérage reste inégal, et c'est là que se situe l'un des angles morts de la prise en charge.

Ce problème n'est pas nouveau. Dès les années 2000, des [travaux en nursing home](#) montraient qu'une perte auditive importante restait non détectée chez plus de la moitié des résidents, et plaidaient pour des évaluations régulières ainsi que pour de véritables politiques institutionnelles de dépistage.

Vingt ans plus tard, le sujet est clairement identifié en France, sans être systématiquement intégré aux organisations de soins. En 2021, le rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGESR) sur la [filière auditive](#) recommande toutefois la désignation d'un « référent audition » pour un Ehpad ou un groupe d'Ehpad et l'expérimentation d'un protocole adapté au dépistage, à l'appareillage et au suivi des personnes âgées dans l'incapacité de se déplacer.

Autrement dit, le besoin est repéré de longue date ; ce qui manque encore, c'est sa traduction systématique dans les pratiques ordinaires.

Des solutions éprouvées, une organisation à construire

Les obstacles sont bien connus : banalisation du trouble notamment chez les personnes âgées – notamment lorsqu'elles sont polypathologiques ou présentent des troubles cognitifs –, accès inégal aux filières audiolinguistiques, fatigabilité des patients, difficulté d'usage réel des aides auditives et, surtout, absence de routine institutionnelle.

À titre d'illustration, un [essai pragmatique en soins primaires](#) montre combien l'organisation concrète du dépistage conditionne son effectivité : lorsque celui-ci était proposé et réalisé sur place, l'adhésion était près de quatre fois supérieure à celle observée lorsqu'il devait être effectué à domicile.

Chez les personnes présentant des troubles cognitifs, les [revues de littérature récentes](#) soulignent en outre les limites des seuls auto-questionnaires et l'intérêt de méthodes d'évaluation adaptées à cette population.

Un levier majeur est donc organisationnel : intégrer le repérage des troubles auditifs à l'entrée en Ehpad et à leur suivi, former des référents, faciliter l'accès à la filière audiolinguistique et accompagner l'usage effectif des aides auditives au quotidien. Autant de pistes déjà identifiées, notamment par l'IGAS et l'IGESR, mais qui restent à inscrire plus systématiquement dans les pratiques.

À l'heure où la France cherche à structurer sa politique du grand âge, faire de l'audition un volet à part entière du parcours de soins en établissement n'est pas un luxe : c'est une dimension de la qualité de la prise en charge.

Laurence Hartmann, Maîtresse de conférences en sciences économiques - Economiste de la santé, laboratoire LIRSA EA4603, *Conservatoire national des arts et métiers (Cnam)*

Cet article est republié à partir de The Conversation sous licence Creative Commons. Lire l'article original.

 | Société | Economie | Recherche | Handicap | Santé publique

<https://recherche.cnam.fr/au-coeur-des-labos/grand-age-et-perde-d-audition-le-manque-de-depistage-finit-par-couter-cl>