

Déficits auditifs en France : livre blanc

Mars 2017





Le Collège National d'Audioprothèse veille à la qualité technique, scientifique et pédagogique de l'enseignement de la profession d'audioprothésiste et assure la représentation et la défense des intérêts déontologiques et moraux des audioprothésistes.

Dans ses formations, le CNA organise un enseignement post-universitaire auquel participent plus de 1000 professionnels.

Il est présidé depuis 2015 par Stéphane Laurent.

Pour toute information complémentaire, visitez le site :

www.college-nat-audio.fr



Le Syndicat National de l'Audition Mutualiste est le Syndicat de l'enseigne Audition Mutualiste, enseigne gérée par les organismes relevant du Code de la Mutualité. Elle compte plus de 400 centres d'audition en France métropolitaine et en outre-mer et est animée par 420 professionnels salariés. Le réseau Audition Mutualiste offre une réponse supplémentaire au mode d'exercice de la profession d'audioprothésiste avec près de 10% de part de marché national.

Conseiller, équiper et accompagner sont les grandes lignes directrices d'Audition Mutualiste - Votre Audition, Notre Priorité.

Il est présidé depuis 2008 par Marc Greco.

Pour toute information complémentaire, visitez le site :

www.auditionmutualiste.fr



Syndicat National des Entreprises de l'Audition

Le Syndicat National des Entreprises de l'Audition (SYNEA) regroupe douze des plus importantes entreprises d'audioprothésistes : Audika, Amplifon, Conversons, Audio 2000, Audilab, Audition Santé, Audition Conseil, Grand Audition, Audionova, Krys Audition, Vivason, Entendre. Le SYNEA représente aujourd'hui plus de 50% de la profession, avec plus de 2500 centres d'audition répartis sur toute la France et 3000 employés dont plus de 1300 audioprothésistes. Ces chiffres en font un acteur incontournable du marché français de l'appareillage auditif.

Face au vieillissement de la population française, le rôle du SYNEA est de sensibiliser et d'informer la population et les pouvoirs publics sur la déficience de l'audition, véritable enjeu de santé publique.

Il est présidé depuis 2014 par Guillaume Flahault.

Pour toute information complémentaire, visitez le site : www.synea.net



Le Syndicat national des audioprothésistes (UNSAF), né en avril 2011 de la fusion des trois syndicats historiques de la profession, est l'organisme professionnel représentatif des 3 300 audioprothésistes.

Il siège notamment à l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) et au Haut Conseil des professions paramédicales (HCPP). Il est le signataire de la convention nationale de tiers-payant conclue avec les Caisses Nationales d'Assurance Maladie. L'UNSAF est également présent au niveau européen au sein de l'Association européenne des audioprothésistes (AEA).

Il est présidé depuis juin 2012 par Luis Godinho.

Pour toute information complémentaire, visitez le site : www.unsaf.org

Sommaire

Partie 1 : Déficience auditive : étiologie, épidémiologie et conséquences	p.7
Fiche 1 - Qu'est-ce que la surdité ? Qu'est-ce que la presbyacousie ?	p.8
Fiche 2 - Les malentendants, 9 % de la population française. Épidémiologie et enjeux du bruit et du vieillissement	p.12
Fiche 3 - Les conséquences de la surdité : solitude, dépression, déclin cognitif et coûts sociaux	p.15
Fiche 4 - Les bénéfices de l'appareillage	p.19
Partie 2 : Le parcours vécu du déficit auditif : place et rôle de l'audioprothésiste	p.23
Fiche 5 - Le repérage des troubles auditifs par l'audioprothésiste, souvent la première étape du parcours de soins, faute d'un dépistage systématique	p.24
Fiche 6 - Diagnostic et prescription : pourquoi seule la moitié des malentendants ont une prescription d'appareillage	p.27
Fiche 7 - Après l'ORL, la décision de s'appareiller et les freins à l'appareillage	p.31
Fiche 8 - Trouver un audioprothésiste : une offre abondante et concurrentielle	p.35
Fiche 9 - L'appareillage, un acte individuel, paramédical et technique - Qu'est-ce que la réhabilitation auditive ?	p.40
Partie 3 : Audioprothèses, reste à charge et couverture maladie : leçons européennes	p.53
Fiche 10 - Le prix de l'appareillage auditif : la France dans la moyenne basse européenne	p.54
Fiche 11 - La prise en charge par la Sécurité sociale et les complémentaires : la France à la traîne en Europe	p.59
Fiche 12 - Comprendre le taux d'équipement : pas d'observance sans satisfaction	p.66

PARTIE 1 :

Déficiences auditives : étiologie, épidémiologie et conséquences

FICHE n°1

Qu'est-ce que la surdité ? Qu'est-ce que la presbyacousie ?

La surdité se définit comme une altération quantitative ou qualitative de l'acuité auditive.

Elle peut ne concerner qu'une oreille – on parle de surdité unilatérale - ou les deux oreilles (surdité bilatérale).

Une perte quantitative de l'audition, exprimée en décibels (dB)(1), peut être plus ou moins sévère.

Selon la classification audiométrique des déficiences auditives retenue par le Bureau international d'audiophonologie (BIAP)(2) :

- Un seuil auditif compris entre 0 dB HL et 20 dB HL correspond à une audition sub- normale.
- Une perte auditive comprise entre 20 et 40 dB HL pour la meilleure des deux oreilles constitue une surdité dite « légère », qui rendra surtout difficiles les conversations en milieu bruyant. En pratique, on appareille à partir d'un déficit de 30 dB, mais une thèse récente préconise un appareillage de la « surdité succinique » dès 15 dB de perte(3).
- Pour une perte comprise entre 40 et 70 dB, dans la meilleure oreille, on parle de « surdité moyenne ». Dans cette situation, une conversation, même dans un endroit calme, est difficile à suivre sans aide auditive.
- La surdité est considérée comme « sévère » entre 71 et 90 dB de perte. Si un appareillage auditif ad hoc peut améliorer la perception (dans le silence), le suivi d'une conversation en milieu bruyant suppose en général un recours complémentaire à la lecture labiale.
- Enfin, au delà de 91 dB de perte, la surdité est dite « profonde ». Pour communiquer, les personnes atteintes doivent impérativement utiliser lecture labiale et rentrent dans le cadre d'une implantation cochléaire (lire fiche n°9).

L'étiologie de la surdité fait ressortir deux causes principales : les pathologies de naissance et la presbyacousie.

Dans leurs efforts pour appréhender la surdité, les pathologistes ont été amenés à différencier les cas de surdité :

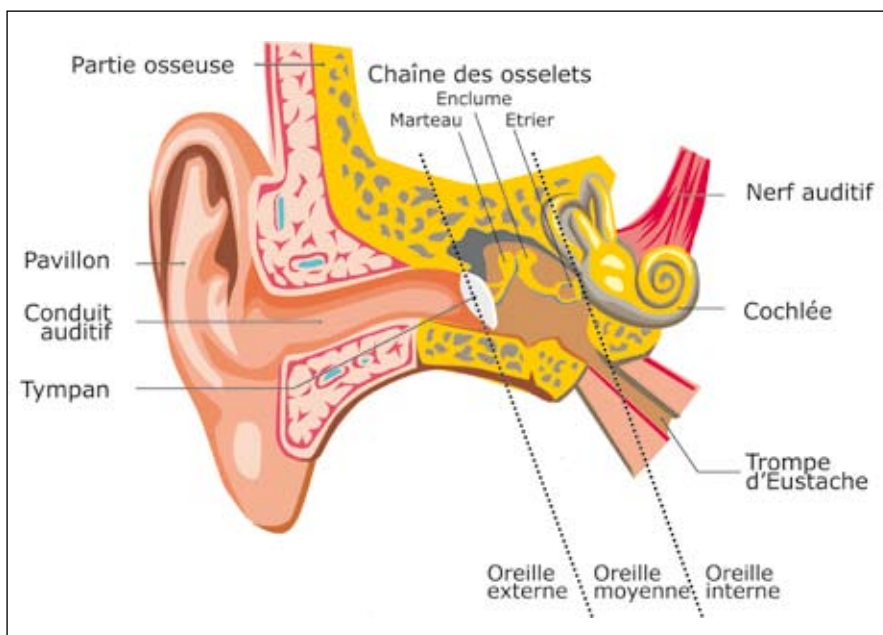
1/ en distinguant surdités néonatales (génétiques ou acquises intra-utérus) et surdités acquises au cours de la vie...

Dans les surdités chez le jeune enfant l'aspect génétique est majeur. Les premières acquises avant la naissance ou survenues peu après la naissance, sont généralement liées aux maladies qui ont touché la mère pendant la grossesse (rubéole, syphilis), d'origine génétique (syndromes d'Alport(4), d'Apert(5), d'Usher(6)...), ou liées aux conditions de la naissance (asphyxie à la naissance, poids insuffisants, administrations de certains médicaments).

Les surdités peuvent par la suite frapper l'individu quel que soit son âge et résultent notamment de maladies infectieuses (méningites bactériennes, rougeole, oreillons, otite chronique chez l'enfant), des effets indésirables de médicaments ototoxiques (aspirine, certains antipaludéens) ou de causes mécaniques (blessures, traumatismes sonores, exposition au bruit).

2/... et en opposant d'une part « surdité de transmission » ou « de conduction » et d'autre part, « surdité neurosensorielle » ou « de perception »(7).

La surdité dite de transmission résulte d'une anomalie de l'oreille externe (aplasie partielle ou majeure, bouchon de cérumen, corps étranger) et/ou d'une affection pathologique (otospongioses, otites suppuratives, cholesteatome..). La plupart de ces pathologies sont pris en charge de manière chirurgicale.



La surdité neurosensorielle se caractérise par une atteinte, dans l'oreille interne, de la cochlée(8) constituée de canaux enroulés en spirale abritant les quelques 15 000 cellules ciliées(9) qui transforment le signal sonore mécanique en signal électrique transmis par le nerf auditif et interprétable par le cerveau. Un dysfonctionnement atteignant ces cellules ciliées crée donc des distorsions qui déforment le signal sonore. **En l'état actuel de la science et de la technologie, les surdités de perception ne se compensent pas totalement par l'appareillage, la perte de qualité des**

informations liées à ces dysfonctionnements étant définitive.

90 % des surdités de naissance sont neurosensorielles, mais l'inverse n'est pas vrai. Les surdités neurosensorielles peuvent être des surdités acquises, liées à l'âge, à des affections neurologiques (syndrome de Ménière(10), sclérose en plaque, accident vasculaire), de maladies infectieuses ou à une exposition au bruit ou de la prise de médicaments ototoxiques.

Naturellement, au-delà de cette distinction entre surdité de conduction et surdité de perception s'observent des surdités mixtes, avec des dysfonctionnement affectant à la fois l'oreille externe, l'oreille moyenne et la cochlée.

La presbycousie est une surdité de perception se développant progressivement avec l'âge, de façon bilatérale. La perte de l'audition commence par les fréquences aiguës et altère la perception des consonnes.

Cependant ce terme unique de « presbycousie » rassemble en fait une pluralité de situations. Les études(11) distinguent notamment :

- une presbycousie sensorielle, marquée par la diminution du nombre des cellules ciliées ;
- une presbycousie nerveuse, consistant en une réduction du nombre de neurones innervant la cochlée ;
- une presbycousie liée à l'atrophie de la strie vasculaire, qui alimente la cochlée en liquide (endolymphe) participant au processus de transduction du signal sonore en impulsion nerveuse
- une presbycousie mécanique, touchant la membrane basiliaire qui sépare les canaux de la chochlée.

La presbycousie est une **pathologie** par nature **évolutive** et dont **l'aggravation**, est plus ou moins lente (de 1 à 3 dB par an en fonction de la fréquence).

Si elle ne conduit que « *rarement à une surdité profonde, à moins (...) d'être atteint d'une presbycousie précoce, ou d'une forme d'évolution rapide, ce qui ne représente qu'un faible pourcentage aujourd'hui (Bouccara, 2011) »(12), il reste qu'en l'absence de traitement, les capacités cognitives peuvent être atteintes atteintes (lire fiche n°3) rendant la réhabilitation moins efficace.*

En résumé

La surdité se définit comme la perte partielle ou totale de la perception des sons.

Si la surdité peut avoir de nombreuses origines, la plus fréquente est la presbycusie, une pathologie liée à l'âge et qui s'aggrave inéluctablement avec le temps.

Notes

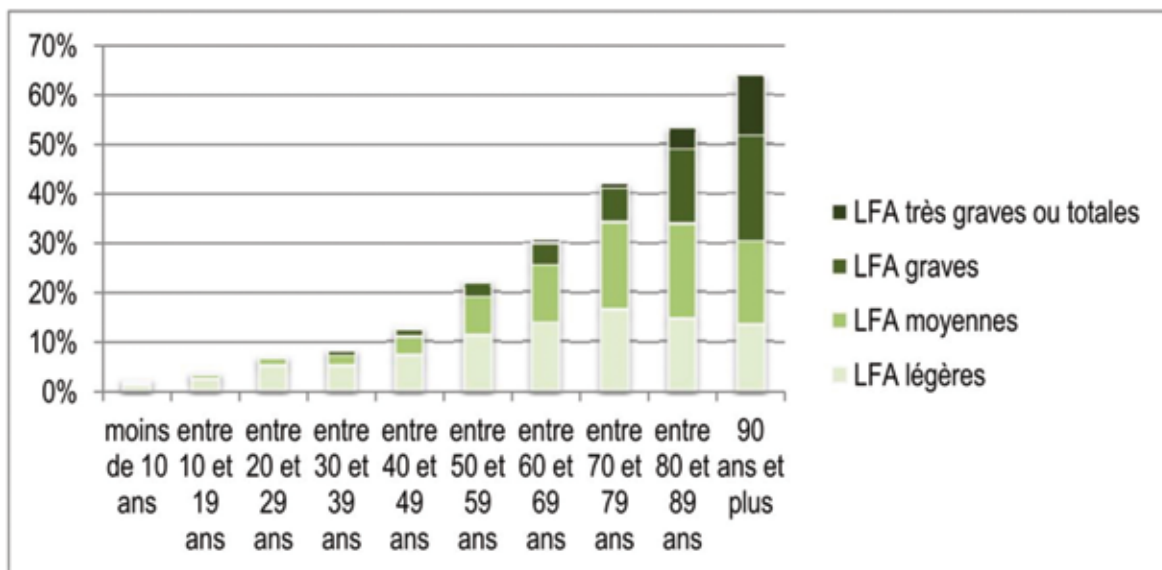
- (1) S'agissant de la perception humaine des sons, on utilise le décibel SPL (sound pressure level) qui est une mesure de la variation de pression acoustique de l'air, mesure que l'on pondère selon une courbe (dite courbe A) correspondant à la sensibilité moyenne d'une personne ayant une audition considérée comme normale. La mesure du bruit perçu s'exprime donc en dB A : décibels selon la pondération A.
- (2) Classification du BIAP : <http://www.biap.org/fr/component/content/article/65-recommandations/ct-2-classification-des-surdites/5-recommandation-biap-021-bis>
- (3) LEUSIE Séverine, Privation sensorielle auditive et réhabilitation chez le sujet âgé : conséquence sur le fonctionnement cognitif, Thèse de doctorat d'université, Lyon : université Claude Bernard Lyon I, mars 2015, 427 pages. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01148565/document>
- (4) Syndrome d'Alport : maladie héréditaire touchant la membrane basale des cellules et pouvant provoquer une surdité.
- (5) Syndrome d'Apert : maladie génétique entraînant la soudure de la suture fronto-pariétale.
- (6) Syndrome d'Usher : surdité neurosensorielle en général associée à une rétinite pigmentaire.
- (7) Voir par exemple : John D. Firth, Claire Nicholl, Debra King, et al., Gériatrie et soins palliatifs (Broché) de Boeck University, 2009.
- (8) N'entrent pas donc pas tout-à-fait dans cette catégorie les surdités dites rétro-cochléaires, provenant d'une affection située en aval de la cochlée, touchant notamment le nerf auditif.
- (9) Un nombre peu élevé par rapport aux autres récepteurs sensoriels ; en comparaison, la rétine compte environ 100 millions de bâtonnets.
- (10) Dans le syndrome de Ménière, la surdité, en général unilatérale, s'accompagne d'acouphènes et de vertiges, et résulte d'une augmentation de pression dans l'oreille interne (cochlée et système vestibulaire).
- (11) classification établie par Schuknecht HF. Pathology of the ear. Philadelphia : Lea and Febiger ; 1993. . Voir citation et analyse dans : Bouccara D., Ferrary E., Mosnier I., Bozorg Grayeli A., Sterkers O. Presbycusie. EMC (Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-185-C-10, 2005. <http://sofresc.com/Download/Articles/EMC-presbycusie.pdf>
- (12)cf. note 3. ibid. p. 112.

FICHE n°2

Les malentendants, 9 % de la population française Épidémiologie et enjeux du bruit et du vieillissement

Selon les estimations, environ 6 millions de malentendants sont aujourd'hui recensés en France, soit 8 à 10 % de la population. Le chiffre de 9,3 % fait consensus.

Part des personnes ayant des Limitations auditives fonctionnelles (LFA) selon l'âge et la gravité



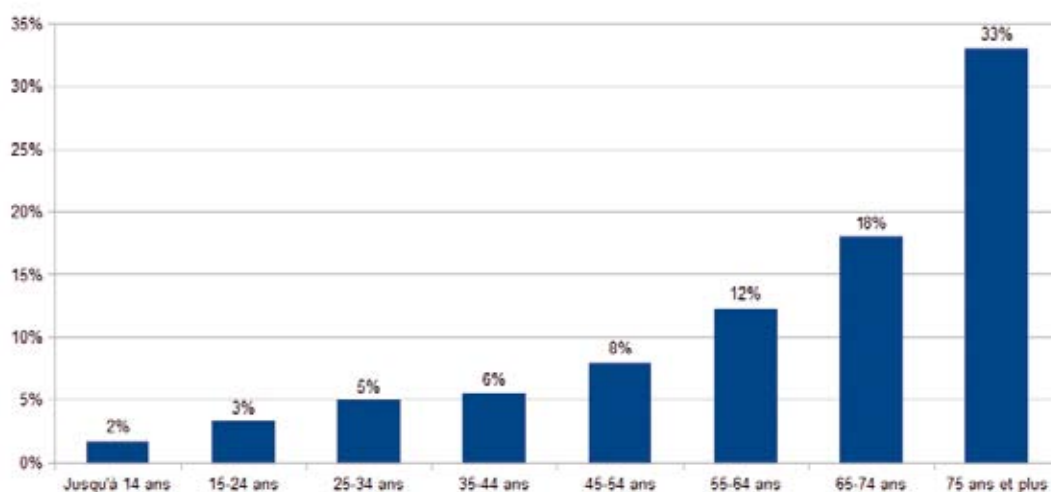
LECTURE : 11 % DES PERSONNES ÂGÉES DE 50 À 59 ANS ONT DES LIMITATIONS AUDITIVES DE NIVEAU LEGER. 8 % SONT ATTEINTES DE LIMITATIONS MOYENNES ; 4 % DE LIMITATIONS GRAVES ET MOINS DE 1 % DE LIMITATIONS TRÈS GRAVES OU TOTALES.
CHAMP : PERSONNES VIVANT À DOMICILE OU EN INSTITUTION.
SOURCES : ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ 2008, VOLET MÉNAGES ET INSTITUTIONS, INSEE.

Les presbycousiques représentent la grande majorité des malentendants(1)

En France, la surdité touche chaque année environ 1000 nouveau-nés (0,25 %) dont 40 % sont atteints de surdités sévères et profondes.

Puis, la prévalence de la surdité augmente avec le vieillissement.

Le nombre de cas augmente avec chaque tranche d'âge, et ce quelles que soient les études. Pour la France, les données plus récentes sont celles de l'Eurotrak-Anovum 2015 :



Ces chiffres sont congruents avec ceux qui ressortent d'études conduites pour des pays comparables. Dans son travail de 2006, Bridget Shield(2) notait ainsi : « Les recherches montrent que la presbycousie affecte environ 30 % de la population de plus de 65 ans (Gates et al., 1990) et qu'environ la moitié des plus de 75 ans ont une perte auditive significative (Cruickshanks et al., 1998). »

La population malentendante devrait s'accroître dans les années qui viennent.

Comme cela apparaît sur l'histogramme de la page 10, cet accroissement résulte d'abord mécaniquement du vieillissement de la population.

Selon les prévisions de l'INSEE, « **En 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. La part des jeunes diminuerait, ainsi que celle des personnes d'âge actif. (...)** Ces résultats sont sensibles aux hypothèses retenues, mais aucun scénario ne remet en cause le vieillissement, qui est inéluctable. »(3) Pour Séverine Leusie, « la perte auditive démarrant entre 50 et 55 ans, on peut oser imaginer qu'en 2050, plus d'une personne sur trois sera presbycousique »(4).

Notes

(1) « Ce chapitre sera consacré à cette réhabilitation fonctionnelle de l'audition chez les presbycousiques. La population concernée représente plus de 90 % des malentendants » cf. fiche n°1, note 3. LEUSIE S. op. cit. p.269.

(2) SHIELD Bridget, Evaluation of the Social and Economic Costs of Hearing Impairment Octobre 2006, Hear-it AISBL.

(3) ROBERT-BOBEE, Isabelle : « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 : La population continue de croître et le vieillissement se poursuit » in. Insee premières, Paris, INSEE, juillet 2006. <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1089/ip1089.pdf>

(4) cf. fiche n°1, note 3. LEUSIE S. op. cit. p.39.

FICHE 2

En résumé

Le consensus politique et scientifique tend à évaluer la population malentendante française à 6 millions de personnes, dont l'essentiel sont atteintes de presbycousie.

La presbycousie devient le plus souvent manifeste à partir de 65 ans et sa prévalence ne fait ensuite que croître avec l'âge.

La prévalence des troubles auditifs est appelée à s'accroître inmanquablement sous l'effet du vieillissement de la population.

FICHE n°3

Les conséquences de la surdité : solitude, dépression, déclin cognitif et coûts sociaux

De façon évidente, la surdité entrave et limite la communication de l'individu avec son entourage.

Cette vérité intuitive est aujourd'hui solidement étayée par des travaux que rappelle Bridget Shield : « Dans une étude sur les adultes sourds de tout âge au Canada, David et Trehub (1989) ont trouvé que les sujets, éprouvant de l'anxiété au sujet des contacts sociaux, se retirent des situations sociales (...). Knutson et Lansing (1990) ont étudié les problèmes d'adultes de 22 à 71 ans souffrants tous de surdité profonde (perte supérieure ou égale à 95 dB). Leur échantillon s'avéra plus socialement introverti et suspicieux que le reste de la population, la plupart des sujets souffrant de solitude (...). Selon Hallberg (1996) **la solitude et l'isolement** sont une conséquence des pertes auditives résultant d'une exposition au bruit chez les travailleurs. »(1)

Cette solitude qui se manifeste à tous les niveaux – aussi bien dans le monde du travail que dans les relations avec les professions de santé – n'est pas sans conséquences graves pour la santé des malentendants.

La première et plus fréquente conséquence de cet isolement des personnes malentendantes est la dépression.

L'Institut national sur la surdité et autres troubles de la communication aux États-Unis a montré en 2014(2) que seuls 5 % des adultes bien entendants se sentent déprimés, contre 11,4% des personnes mal entendantes.

En France, l'INPES a entrepris en 2011/2012 un baromètre santé sourds et malentendants (BSSM) et comparé les résultats de cette enquête avec les enseignement du baromètre 2010 réalisé sur la population générale. En comparaison avec la population générale :

- « – deux fois plus de répondants du BSSM déclarent une santé mauvaise ou médiocre ;
- presque trois fois plus sont concernés par une détresse psychologique ;
- les répondants du BSSM déclarent cinq fois plus de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et près de trois fois plus de tentatives de suicide au cours de la vie. »(3)

En outre, un nombre croissant d'études mettent en évidence un lien entre déficit auditif et troubles cognitifs.

Dès 2011, les travaux de Frank Lin, du Centre Johns Hopkins, montraient(4) que, **pour chaque perte de 10 décibels, le risque de démence à 12 ans augmente d'environ 20 % parmi les participants.** En 2013, une seconde étude(5) de Frank Lin sur 1 984 adultes âgés en moyenne de 77 ans confirme ces résultats : au bout de six ans d'observation, **les personnes souffrant d'une perte auditive courent un risque 24 % plus important que les personnes bien entendant de développer des troubles cognitifs.**

En 2014, un travail de Richard K. Gurgel et al.(6) mené sur des sujets de plus de 65 ans ne souffrant pas de démence au début de l'étude, en 1995, confirme que les personnes souffrant de perte auditive ont davantage de risques de développer une démence : 16,3 % des sujets mal entendants de l'étude ont développé une démence contre 12,1 % des personnes bien entendantes. Cette étude révèle en outre que **les personnes mal entendantes développent une démence plus rapidement (10,3 ans) que les personnes bien entendantes (11,9 ans).**

Une autre étude, AcouDem, réalisée dans les EHPAD français par le Pr Denis Pouchain en 2007 pour le GRAP santé (Groupe de Recherche Alzheimer Presbycousie) sur 319 sujets âgés de plus de 75 ans, montre que **les sujets atteints d'une presbycousie avec gêne sociale ont 2,48 fois plus de risques d'être atteints de troubles cognitifs** (perte de mémoire immédiate, troubles de la concentration, dépression, désintérêt général, isolement) que des sujets bien entendants.

Par ailleurs, une fois la maladie déclarée, elle progresse plus vite chez les malentendants que chez les bien entendants.

L'étude de Frank Lin de 2013(5) montre en effet que les personnes ayant une perte auditive au départ de l'étude ont **des taux annuels de déclin de la fonction cognitive globale et de la fonction exécutive respectivement 41 % et 32 % plus élevés** qu'une personne bien entendant. L'étude de Gurgel et al. montre également que **les personnes mal entendantes déclinent 54 % plus vite** que les personnes bien entendantes.

Enfin, l'équipe de l'Unité Inserm 897 « Épidémiologie et Biostatistiques » de Bordeaux a montré en octobre 2015(8) un déclin des fonctions cognitives plus important chez les personnes souffrant d'un déficit auditif que chez les personnes bien entendantes ou portant des prothèses auditives. L'étude est basée sur l'observation des 3670 sujets âgés de 65 ans et plus de la cohorte PAQUID (personne âgée quid) constituée en 1988.

Ces travaux ont encore été confirmés tout récemment par une étude canadienne (9) concluant que chaque tranche de 10 dB de perte auditive augmente le risque d'isolement social de 52 % et va de paire avec un déclin cognitif correspondant à quatre années de vieillissement.

Enfin, la presbyacousie, en perturbant l'appréciation de l'environnement immédiat de la personne, accroît son risque de chute.

Cela a notamment été mis en évidence par d'autres travaux de Frank Lin, conduits avec Luigi Ferrucci, montrant que 10 % de perte auditive multiplient par 1,4 la probabilité de chute dans l'année. La même étude conclut qu'une perte de 25 dB, soit un déficit auditif léger, multiplie par presque trois le risque de chute(10);

Dans ces conditions, au-delà de ce qu'implique, à l'échelle individuelle, une surdité non traitée, il est difficile de ne pas s'interroger sur le coût qu'emporte, à l'échelle nationale, une prise en charge insuffisante des déficits auditifs.

Paradoxalement, malgré les coûts en jeu, peu d'essais de chiffrage avaient jusqu'ici été entrepris, y compris par les pouvoirs publics ou les organismes de Sécurité sociale.

A partir des travaux de Bridget Shield, une première évaluation réalisée par Hear-it estimait que « *le non traitement de la déficience auditive coûte 213 milliards d'euros par an à l'Europe (...) ce qui équivaut à 473 euros par adulte européen par an* » et évaluait cette dépense à 22,4 milliards d'euros pour la France(11);

Plus récemment, deux chercheurs du Conservatoire national des Arts et Métiers, Jean de Kervasdoué et Laurence Hartmann, se sont attachés à mesurer l'impact économique du déficit auditif en France (12). Selon leur étude :

- « *Si la population atteinte de déficit avéré ne bénéficiait d'aucune intervention pour améliorer son état de santé (c'est-à-dire si personne en France n'était appareillé), les coûts intangibles* » associés au déficit auditif « *seraient de l'ordre de 23,5 milliards d'euros en France métropolitaine et 24 milliards en France entière* ».
- Sur ce montant, « *l'appareillage actuel en France permet d'éviter des coûts intangibles de 6,6 milliards d'euros : c'est la valeur du gain en qualité de vie obtenu grâce aux aides auditives.* » Le reste, soit 16,7 milliards d'euros de coûts intangibles représente « *la valeur de la perte de qualité de vie liée au déficit auditif* ».
- Enfin « *Si la France égalait le taux cible de 50% de déficients auditifs appareillés (le Danemark ayant pratiquement atteint cette cible optimale), le coût évité par un appareillage optimal serait de 8,7 milliards d'euro, les coûts intangibles seraient donc « réduits » à 14 milliards d'euros.* » Il serait donc possible d'éviter « *un coût de 2,1 milliards d'euros en révisant les règles d'accès aux aides auditives de manière à atteindre la cible de 50% de personnes appareillées* »(13).

En résumé

Le déficit auditif a un impact négatif sur la qualité de vie et la santé des personnes.

En particulier, un important corpus de travaux scientifiques récents démontrent que le déficit auditif chez les âgés rend le déclin cognitif plus probable, plus rapide et plus sévère.

Au-delà du drame humain que cela représente pour les personnes et leur famille, cela pose la question du coût des déficits auditifs qui, à l'échelle nationale, peut être évalué à plus de 20 milliards d'euros.

Notes

(1) Bridget Shield op.cit. p.66

(2) Li C-M, Zhang X, Hoffman HJ et al. Hearing impairment associated with depression in US adults, National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2010. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 2014. Publié en ligne le 6 mars. Voir aussi : Audrey SITBON, « Le rapport à la santé des personnes sourdes et malentendantes, quelles spécificités ? » Evolutions n°25 – avril 2012 <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1399.pdf>

(3) source : synthèse du BSSM 2011/2012 par l'INPES : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1680.pdf>

(4) Chuan-Ming Li, MD, PhD1; Xinzhi Zhang, MD, PhD2; Howard J. Hoffman, MA1; Mary Frances Cotch, PhD3; Christa L. Themann, MA, CCC-A4; M. Roy Wilson, MD2,5. Hearing Impairment Associated With Depression in US Adults, National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2010. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2014 ; 140 (4) : 293-302.

(5) Lin FR, Metter EJ, O'Brien RJ, Resnick SM, Zonderman AB, Ferrucci L. Hearing loss and incident dementia. Arch Neurol 2011 ; 68 (2) : 214-220.

(6) Gurgel RK, Ward PD, Schwartz S, Norton MC, Forter NL, Tschanz HT. Relationship of Hearing Loss and Dementia: A Prospective, Population-Based Study. Otolology & Neurotology. 2014. Vol.00, No 00.

(7) Lin FR, Yaffe K, Xia J, et al. Hearing loss and cognitive decline in older adults. JAMA Intern Med 2013 ; 173 (4) : 293-299.

(8) Amieva H, Ouvrard C, Giulioli C, Meillon C, Rullier L, Dartigues JF. Self-reported hearing loss, hearing aids, and cognitive decline in elderly adults: A 25-year study. J Am Geriatr Soc. 2015 Oct ; 63(10) : 2099-104.

(9) Mick, P, et al. Is Hearing Loss Associated with Poorer Health in Older Adults Who Might Benefit from Hearing Screening? Ear and Hearing. 2016; 37(3):194-201.

(10) « For every 10 dB increase in hearing loss, there was a 1.4 fold (95% CI: 1.3-1.5) increased odds of an individual reporting falling over the preceding 12 months. » (...) « The magnitude of the association of hearing loss with falls is clinically-significant with a 25 dB hearing loss (equivalent from going from normal to mild hearing loss) being associated with a nearly three-fold increased odds of reporting falling over the preceding year. » in Lin FR, Ferrucci L. Hearing loss and falls among older adults in the United States, Arch Intern Med. 2012 Feb 27; 172(4): 369-371. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3518403/>

(11) source : <http://www.hear-it.org/fr/le-non-traitement-de-la-deficience-coute-213-milliards-d-euros-par-an-a-l-europe>

(12) de KERVASDOUE J., HARTMANN L., « Impact économique du déficit auditif en France et dans les Pays développés », mars 2016

(13) « on observe donc que l'effectif non équipé non appareillable équivaut par définition à 50% de la population malentendante » ajoutent les auteurs ; à ce sujet, voir fiches n°7 et 13.

FICHE n°4

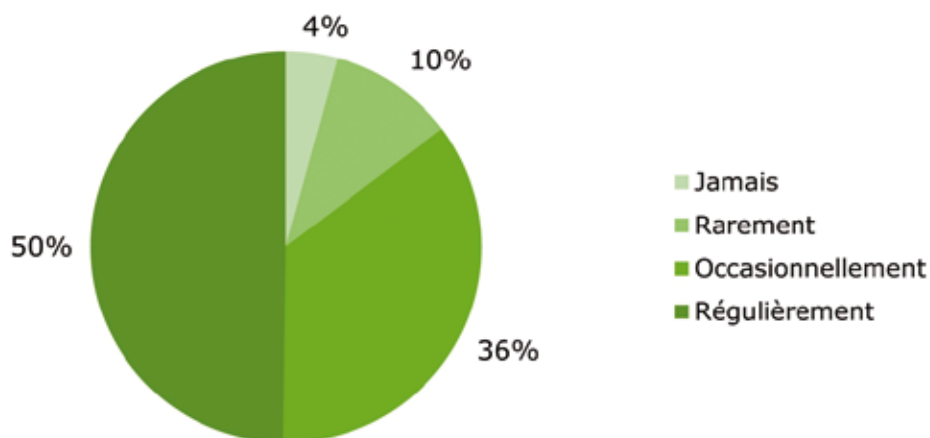
Les bénéfices de l'appareillage

Si certains troubles auditifs relèvent d'un traitement médical ou chirurgical (lire fiche n°6), ce n'est pas le cas de tous. Lorsque aucune réponse médico-chirurgicale n'est retenue, le médecin ORL conseille une réhabilitation par un appareillage auditif : si, pour les surdités de perception, il n'existe pas aujourd'hui de « réparation » possible des cellules de l'oreille interne, un appareillage et un accompagnement appropriés (lire fiche n°9) permettent de compenser partiellement la perte auditive et d'améliorer de façon très significative la qualité de participation des patients appareillés, protégeant ainsi les capacités cognitives.

Les bénéfices de l'appareillage sont aujourd'hui connus et les études montrent qu'il permet de réduire chacun des effets négatifs de la surdité (fiche n°3).

Ainsi, en France 86 % des utilisateurs déclarent que leurs aides auditives améliorent au moins occasionnellement leur qualité de vie, et c'est « régulièrement » le cas pour 50 % d'entre eux.(1).

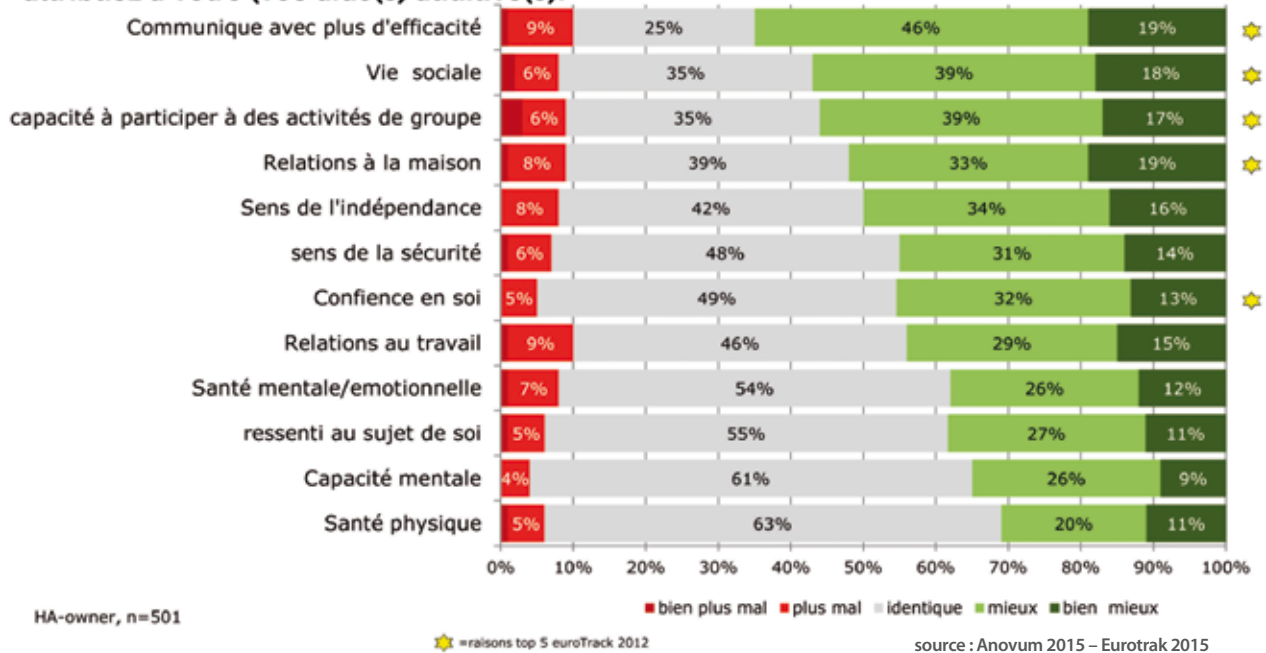
De quelle manière vos aides auditives améliorent elles votre qualité de vie?



source : Anovum 2015 – Eurotrak 2015

Et cet impact est plus particulièrement positif pour ce qui touche à la communication ou à la vie sociale :

Depuis que vous avez commencé à utiliser votre (vos) aide(s) auditive(s), veuillez évaluer les changements que vous avez expérimenté dans chacun de ces différents domaines et que vous attribuez à votre (vos aide(s) auditive(s).



Or, explique le Professeur Hélène Amieva, « le port d'une prothèse auditive agirait positivement sur la cognition en restaurant les capacités de communication, en favorisant le maintien d'activités sociales et la qualité de vie. » Concluant l'étude menée par l'INSERM à partir de la cohorte PAQUID(2), qui montre que le déclin cognitif des personnes appareillées est similaire à celui des personnes entendant normalement, elle souligne que « pour la première fois, un résultat suggère que le port d'une prothèse auditive participe à atténuer [le déclin cognitif] ».

Au total, soulignait Jean de Kervasdoué en présentant une revue de la littérature, « toutes les études montrent que l'appareillage permet de prévenir efficacement la dégradation de l'état de santé et rapidement - dès 3 mois »(3).

Il reste que ces bénéfices de l'appareillage sont maximisés lorsque ce dernier n'est pas tardif.

Face aux conséquences d'une surdité non traitée (cf. fiche n°3), et alors que le premier appareillage se fait en moyenne à 72 ans? chercheurs et médecins plaident pour une meilleure prévention et une entrée aussi rapide que possible dans le parcours de soins.

Il y va d'abord de la facilité et du succès de la réhabilitation auditive, et cela en raison précisément du lien entre perte auditive et déclin cognitif.

Pour Séverine Leusie, « l'aggravation inéluctable de l'hypoacousie accentue les difficultés liées à la

surdité et rend la réhabilitation de plus en plus difficile. Prendre l'habitude de reconstruire des formes sonores est en effet beaucoup plus facile pour le patient lorsque les déformations sont minimales : plus il aura commencé tôt, plus les automatismes rendront le travail aisé plus tard (lorsque la perte sera plus importante ou encore lorsqu'il faudra changer les appareils) (Pr vel et al., 2003). »(4)

Le premier stade de la presbyacousie, note encore Séverine Leusie, ou stade pré-clinique, « *pas-se généralement inaperçu alors qu'il offre toutes les chances au patient de retrouver une audition normale [bien que discordante avec ce qui était précédemment entendu, ndlr] grâce au port de deux aides auditives (traitement habituel) (Gates et al., 2005 ; Fausti et al., 2005). Cette phase est une période idéale pour comprendre comment travailler son oreille lorsque la surdité va s'aggraver, grâce à une r ducation dite « audio-verbale » (Humes et al., 2004 et 2013 ; Denni-Krichel et al., 2011). »(5)*

Une précocité également recherch e par les financeurs de la protection sociale ?

En 2013, le président de la Mutualité Française, Etienne Caniard déclarait : « *On parle toujours de la prévention en santé, qui peut avoir des résultats extraordinaires, mais pour les atteindre il faut énormément de ténacité et de pugnacité, s'inscrire dans la durée, parce que les retours sur investissements sont lents. On parle beaucoup moins de prévention dans la dépendance, domaine où les retours sur investissements sont pourtant beaucoup plus rapides. Il est extrêmement facile de retarder de quelques mois l'entrée en dépendance. (...) Je me bats pour que l'on évalue l'efficacité de ce que l'on peut faire en prévention. Il y a des domaines, trop négligés à mes yeux, dans lesquels nous pouvons être efficaces. L'exemple de la dépendance le démontre. Le sujet est à nouveau en débat, et si l'on veut traiter cette question uniquement sous l'angle assurantiel, c'est-à-dire à partir de la seule solvabilisation du coût de la dépendance lourde quand on est en institution, l'équation est insoluble. En revanche, travailler sur des approches préventives et de développement de services permettrait de développer des services essentiels en matière de prévention. »(6)*

Reste que pour l'heure, les propositions faites pour systématiser un dépistage ou un repérage de troubles auditifs (fiche n 5) puis un appareillage précoce de la surdité peinent à s'imposer, alors que les 5 079 centres auditifs(7) présents sur le territoire sont près à soutenir cette démarche, et ce malgré des sommes en jeu relativement faibles (fiche n 10) surtout quand on les rapporte aux 16,7 milliards que représente aujourd'hui le non-traitement de la surdité (fiche n 3).

Notes

(1) Eurotrak 2015 –  tude réalisée par Anovum (Zurich) pour l'Association Européenne des Fabricants d'Aides Auditives (EHIMA). Les échantillons pour la France sont de 14824 personnes (panel 1, échantillon représentatif) et 1320 malentendants (panel 2 dont 501 personnes appareillées et 819 non-appareillées).

(2) propos tenus par le Pr. Hélène Amieva lors du Congrès de l'Unsaf en avril 2015, peu avant la publication de l'étude Inserm (cf. Fiche 3, note n 8) en octobre 2015. Elle a ajouté : « Avec d'autres stratégies de prévention, telles que l'exercice physique, un régime alimentaire de type méditerranéen, le maintien d'une bonne audition devrait figurer parmi les stratégies de 'vieillessement réussi' à promouvoir. »

(3) de KERVASDOUE J., HARTMANN L., conférence de presse de présentation de leur étude sur l'impact économique du déficit auditif, dossier de présentation – mars 2016.

(4) LEUSIE S., op. cit., p.230

(5) ibid., p.117

(6) déclaration d'Etienne Caniard lors du Café Nile du 6 février 2013 : <http://www.nile-consulting.eu/drop/1-420.pdf>

(7) source : Annuaire Français d'Audiophonologie 2017

FICHE 4

En résumé _____

L'appareillage auditif améliore la qualité de vie du malentendant et prévient le risque du sur-déclin cognitif associé au déficit auditif chez les personnes âgées.

Encore doit-il intervenir précocement, ce qui supposera à terme non seulement un dépistage systématisé mais aussi la levée des freins à l'appareillage.

Les montants en jeu pour ce dépistage et cet appareillage sont sans commune mesure avec les dépenses liées à la dépendance et aux maladies cognitives.

PARTIE 2 :

Le parcours vécu du déficit auditif : place et rôle de l'audioprothésiste

FICHE n°5

La détection des troubles auditifs par l'audioprothésiste, souvent la première étape du parcours de soins, faute d'un dépistage systématique

Les Français aussi bien que leurs médecins généralistes sont encore peu sensibilisés au sujet de la presbycusie et de ses risques. Peu d'entre eux vont donc consulter un ORL : selon un sondage Opinionway de 2011(1), alors que 97 % des 45 ans et plus ont consulté un ophtalmologue pour la vue, seulement 47 % sont allés voir un ORL pour leur audition.

Or, pour répondre à la nécessité d'un appareillage précoce (voir fiche n°3), l'idéal serait de pouvoir dépister la surdité dès les premiers signes.

Mais les dépistages systématiques restent limités à trois cas.

- Dans toutes les maternités, il est procédé à un dépistage de la surdité néonatale, mais ce n'est que très récemment qu'il a été rendu obligatoire – par un arrêté du 23 avril 2012, précisé par un cahier des charges défini dans l'arrêté du 13 novembre 2014.
- La médecine scolaire et la protection maternelle et infantile procèdent en outre au cours de la troisième et de la sixième année à un repérage des troubles sensoriels (dans le cadre des 8 examens conduits sur les enfants entre deux et six ans).
- Enfin, dans le cadre de la prévention de la surdité professionnelle, il est prévu que le médecin du travail procède à une surveillance renforcée permettant de dépister la surdité chez les salariés exposés au bruit (80 dB A sur 8 heures ou à un niveau crête, même sur courte durée, de 135 dB A).

Ailleurs, c'est surtout au médecin traitant ainsi qu'aux médecins scolaires et du travail d'assu-

rer le dépistage, sans qu'un protocole particulier et systématisé soit prévu.

Des signes existent certes d'une prise de conscience au sein des pouvoirs publics de cette nécessité d'un dépistage précoce et généralisé. Cependant, faute de moyens, aucune mesure concrète n'a encore été prise.

Ainsi, dans le cadre du plan 2010-2012 en faveur des personnes sourdes ou malentendantes(2), était prévue parmi 13 mesures-phares la « *mise en place de dépistages systématiques à certains âges de la vie (16- 25 ans et autour de 60 ans)* » - sans néanmoins que l'engagement ait été suivi d'effets.

Plus récemment, dans le cadre du projet de loi de modernisation de notre système de santé, alors qu'un amendement(3) avait dans un premier temps été adopté pour procéder à un dépistage des jeunes lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC), les parlementaires sont finalement revenus à un dispositif moins lourd prévoyant qu'à l'occasion de cette journée, « *une information est dispensée sur la prévention des conduites à risque pour la santé, notamment celles susceptibles de causer des addictions et des troubles de l'audition.* »(4)

Autre signe positif, le plan national de prévention de la perte d'autonomie(5) remis en septembre par le Docteur Jean-Pierre Aquino à la secrétaire d'État chargée des Personnes âgées, recommande notamment de « *mettre en place des dépistages précoces* » en précisant : « *le dépistage de la surdité doit se faire dans la tranche d'âge des 55/65 ans si l'on veut augmenter la proportion des personnes de plus de 70 ans qui portent régulièrement leur appareil auditif* ».

Pour l'heure, ces recommandations n'ont pas été suivies d'effets.

Les audioprothésistes mobilisent leurs équipements et leurs compétences pour proposer différents types de tests pour l'ensemble de la population.

En première approche, de simples questionnaires écrits peuvent permettre au déficient auditif de prendre conscience de sa perte auditive.

Des tests en ligne, de qualité variable, sont également proposés par certaines enseignes, et l'association France Presbyacousie propose un test téléphonique validé par le corps médical.

Enfin, nombre d'audioprothésistes proposent gratuitement un repérage des troubles auditifs, et les mutuelles organisent parfois de telles opérations, par exemple lors de la journée nationale de l'audition.

Il reste qu'en aucun cas les tests de repérages réalisés par un audioprothésiste ne constituent un diagnostic. Ils ont pour but de constituer le déclic qui va amener le patient à s'engager dans le parcours de soin en lui faisant prendre conscience que leurs difficultés sont liées à son déficit et non à son entourage.

L'objectif de ces tests de repérage est à la fois de sensibiliser le public aux enjeux de l'audition, et de repérer un trouble auditif patent.

Un audioprothésiste, constatant un trouble auditif chez une personne, orientera cette dernière vers son médecin traitant qui la mettra en relation avec un spécialiste ORL.

En résumé

De la précocité du dépistage dépendent la facilité et la rapidité de la réhabilitation auditive (cf. fiches n°4 et 7).

FICHES

Face à une systématisation du dépistage qui peine à s'imposer faute de volonté politique, le repérage des troubles auditifs proposés par les audioprothésistes, s'il ne constituent pas un diagnostic médical, ouvrent bien souvent la porte du parcours de soins.

Notes

(1) Etude CAWI réalisée en novembre 2011 par Opinionway pour Sonalto auprès de 1 000 individus âgés de 45 ans et plus.

(2) voir le plan : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_en_faveur_des_personnes_sourdes_ou_malentendantes_-_10_02_2010.pdf

(3) Adt AS738 de Gérard Bapt, adopté en Commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale en première lecture : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/2302/CIION-SOC/AS738.asp>

(4) Article 8 de la loi de modernisation de notre système de santé : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=241FCF48F9A357AA97E275C19EE6202C.tpdila18v_2?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id

(5) rapport Aquino : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf

FICHE n°6

Diagnostic et prescription : Pourquoi seule la moitié des malentendants ont une prescription d'appareillage

Dans le cadre du parcours de soin coordonné, c'est le médecin traitant qui adresse le patient à un médecin spécialisé en oto-rhino-laryngologie (ORL).

Seul un médecin peut formuler un diagnostic quant au trouble auditif du patient :

il s'agit de :

- situer l'atteinte (oreille externe ? Cellules ciliées?)
- qualifier le trouble (est-il d'origine infectieuse ? S'agit-il d'un syndrome de Ménière ? D'une presbyacousie ?)
- quantifier la perte auditive (nombre de décibels perdus ? Pour quelles fréquences ? Avec quelle perte d'intelligibilité ?)

Pour cela, après avoir invité le patient à décrire sa gêne et à rappeler ses antécédents (interrogatoire) et avoir réalisé une otoscopie, l'ORL réalise des tests audiométriques dans le but de préciser les caractéristiques de la surdité. Il entreprend dans un premier temps une série de tests subjectifs, utilisant un audiomètre calibré tonal et vocal – leur bonne réalisation dépend du savoir-faire, de l'expérience du médecin et de la participation active du patient – puis, dans un second temps – des tests objectifs complémentaires utilisant des recueils électriques, réalisés sans la participation du patient, et permettant de valider certaines épreuves subjectives et de préciser certaines étiologies.

Tests subjectifs

Le premier de ces tests est une audiométrie médicale systématique, dans des conditions strictes qui ont fait l'objet d'un recueil de bonnes pratiques établi par la Société française d'audio-

logie(1). On entreprend d'abord une audiométrie tonale conduite dans une cabine insonorisée et au moyen d'un casque permettant de connaître pour chaque principale plage de fréquences de la conversation humaine(2) le seuil en décibel à partir duquel le patient entend. Cette audiométrie dite aérienne (au casque) est complétée par une audiométrie dite osseuse (un vibreur est placé sur la mastoïde). La comparaison des deux courbes obtenues permet de préciser l'étiologie (surdité de perception, de transmission, ou mixte).

Suit une audiométrie vocale, dans laquelle le patient est invité à répéter des mots, ce qui permet d'évaluer sa capacité de compréhension pour différentes intensités de présentation des mots.

Tests objectifs

La tympanométrie, réalisée au moyen d'un tympanomètre, analyse en quelque sorte la qualité de la mobilité du tympan et de la chaîne qu'il forme avec les osselets. Cette tympanométrie permet également la recherche du réflexe stapédien (un réflexe musculaire visant à protéger l'oreille interne des intensités sonores trop élevées en rigidifiant la chaîne des osselets).

Des tests complémentaires peuvent également être entrepris, tels que :

- les Potentiels évoqués auditifs, un test réalisé avec des électrodes et qui permet d'apprécier la diffusion du signal nerveux depuis sa transduction dans la cochlée jusqu'au cerveau ;
- une IRM etc.

En fonction du diagnostic auquel le conduisent ces tests, le médecin ORL peut alors prescrire le traitement adapté.

Certains déficits auditifs ont des causes particulières relevant d'un traitement médical ou chirurgical et l'ORL peut alors proposer une prise en charge adaptée.

Lorsqu'il n'y a pas de réponse médico-chirurgicale retenue, le médecin ORL conseille une réhabilitation par un appareillage auditif dont la délivrance est soumise à sa prescription.

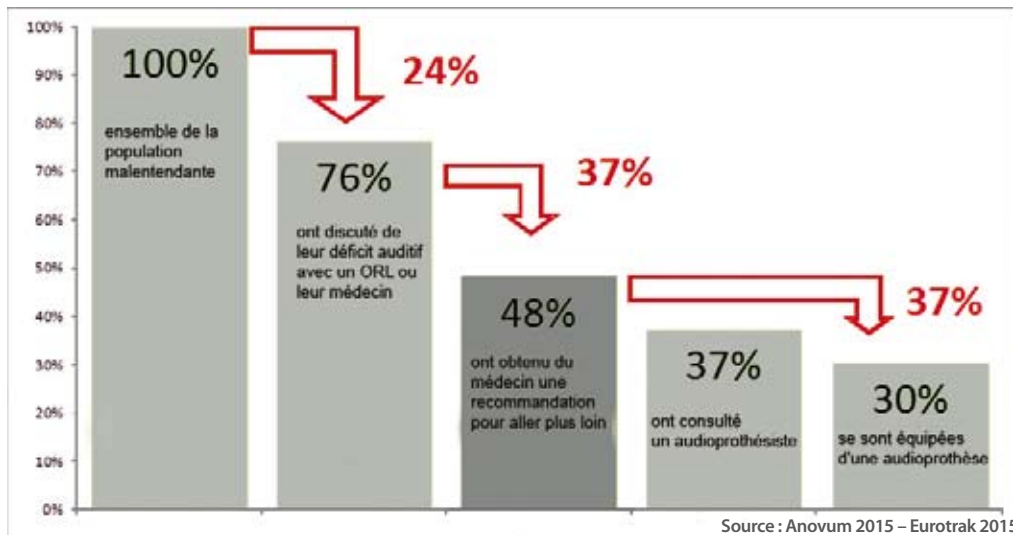
On retiendra donc que la prescription d'appareillage n'est pas automatique.

Le sondage Eurotrak 2015, conduit auprès de 1320 malentendants montre que seuls 48 % d'entre eux disposaient d'une prescription médicale, chiffre qui étaye le consensus scientifique considérant que la population appareillable représente 50 % de la population malentendante(3).

Ce serait donc la moitié environ des six millions de malentendants qui ne disposerait pas d'une telle prescription :

- soit que leur médecin a jugé que la pathologie ne justifie pas un appareillage ;

- soit qu'ils appartiennent aux 2 millions de malentendants dont la perte comprise entre 20 et 30 dB ne correspond pas aux règles habituelles d'appareillage (perte moyenne supérieure à 30 dB et perte à 2000 Hz supérieure à 35 dB)
- soit qu'ils n'ont pas consulté un médecin ORL.



On notera que, selon la même étude Eurotrak, cette proportion de malentendants sans prescription est supérieure en France à ce qu'elle est dans d'autres pays européens, notamment la Norvège et le Royaume-Uni. Dans ces trois pays en effet, 75 % environ des malentendants consultent un médecin. En revanche, au Royaume-Uni comme en Norvège, 73 % des patients sont

orientés vers un audioprothésiste. En France, seuls 63 % des patients sortent de chez le médecin avec une prescription.

Enfin, cette proportion de malentendants sans prescription devrait s'accroître avec :

- le vieillissement de la population déjà évoqué
- la réduction inévitable du nombre d'ORL dans les années qui viennent, du fait d'un vieillissement prononcé de la profession et de départs en retraite que les nombreux clausus des dernières années ne permettront pas de remplacer : 30 % des ORL en exercice ont plus de 60 ans, et 66,7 % ont plus de 50 ans. (4)

Dans ces conditions, obtenir un rendez-vous chez un ORL à l'avenir pourrait s'avérer aussi difficile que d'avoir aujourd'hui rendez-vous chez un gynécologue ou un ophtalmologue. D'ores et déjà, le délai d'attente pour un rendez-vous s'est accru de 29 jours en 2011 à 36 jours en 2014. (5)

Notes

(1) <http://sfaudiologie.fr/documents/AM21908.html>
 (2) soit de 250 Hertz à 8000 Hertz
 (3) Voir par exemple de KERVASDOUE J., HARTMANN L. : « La méthodologie d'Alcimed-CNSA (2009) est la suivante : (...) l'étude avait retenu un taux uniforme de prévalence du déficit auditif de 12 % pour en inférer la population appareillable (le taux de 50 % de la population ayant une déficience auditive faisant consensus auprès des experts) », Op. Cit. p.47
 (4) Atlas national de la démographie médicale 2015 – p.308 : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medecale_2015.pdf
 (5) Observatoire Jalma / IFOP 2014 sur l'accès aux soins – 18 novembre 2014 : <http://www.fhf.fr/en/content/download/87651/564293/version/1/file/CP+Jalma+Observatoire+regi ons++020215.pdf> Enquête réalisée auprès d'un échantillon de 1 021 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

En résumé _____

Seul un médecin peut formuler un diagnostic de déficit auditif à compenser par un appareillage auditif.

La prescription d'un appareil auditif n'est donc pas automatique, et l'on considère que la population appareillable représente la moitié de la population malentendante.

FICHE 6

L'accès aux médecins ORL devrait se réduire dans les années qui viennent en raison du régime démographique très déséquilibré de cette profession, ce qui risque d'avoir des conséquences sur l'accès à l'audioprothèse, si des mesures ne sont pas prises aujourd'hui.

FICHE n°7

Après l'ORL, la décision de s'appareiller et les freins à l'appareillage

Ce n'est donc qu'une fois muni d'une prescription médicale que le patient peut se rendre chez un audioprothésiste et s'équiper. Néanmoins, entre le diagnostic et le moment où le patient s'équipe effectivement, un long délai s'écoule souvent.

Un appareillage souvent tardif

Alors que cela peut se traduire par une réhabilitation auditive plus délicate et par un déclin cognitif irrémédiable (voir fiche n°3), les Français ont tendance à s'équiper tardivement, ainsi que cela ressort clairement du sondage Opinionway de novembre 2011(1) :

- 58 % déclarent qu'ils préfèrent personnellement attendre pour s'équiper que leur gêne auditive soit vraiment importante ;
- 90 % des répondants estiment que les Français attendent le dernier moment pour s'équiper.

Les sondés envisagent de s'équiper à 72 ans, ce qui correspond sensiblement à l'âge auquel les patients s'équipent effectivement (71 ans selon l'Autorité de la concurrence(2)).

Ce caractère tardif du premier équipement ne se constate pas seulement avec l'âge, mais aussi avec le niveau de perte auditive qu'attendent d'atteindre les patients avant de s'appareiller.

Ce délai rencontre deux explications principales : si le coût de l'appareillage, en raison de l'importance du reste à charge (voir fiche n°10) est souvent évoqué, la prégnance d'obstacles psychologiques est indéniable.

- Contrairement à une idée reçue et à ce qu'expriment parfois les sondages, les études économiques montrent que le prix n'est en aucun cas la première raison de retarder l'équipement ou de ne pas acquérir d'audioprothèse. Ainsi, les travaux conduits au Henry Ford Hospital (Detroit, Michigan) concluent

que, pour les cas de surdité légère (mild hearing loss) **la simple réduction du coût de l'audioprothèse ne favorise pas un équipement plus précoce**(3).

Une autre étude américaine de 2012 portant sur les facteurs connus entravant l'adoption des aides auditives conclut de même que « *le prix n'est clairement pas la première barrière à l'adoption* » (4)

De même, en Belgique, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé soulignait en 2009 : « *Du côté de la demande, il importe de comprendre que la demande est relativement inélastique au prix, car les appareils auditifs sont perçus comme des biens de nécessité et que les patients sont mal placés pour apprécier la relation entre les différentiels de prix et les différentiels d'efficacité* »(5).

■ Dans le même ordre d'idées, il est frappant de constater que selon Eurotrak 2015, la proportion des patients qui ont une prescription et qui s'équipent finalement d'une audioprothèse est sensiblement la même en France (71 %) que ce qu'elle est au Royaume-Uni et en Norvège (73 %). Et cela alors que le reste à charge est nettement plus élevé en France que dans ces deux autres pays, où il peut être nul.

■ Dans le même temps, les Français eux-mêmes confessent la réalité du refus d'appareillage et d'**obstacles psychologiques**.

Ces derniers relèvent pour partie d'un **déni de surdité** que connaissent bien les professionnels de santé, encouragé par les représentations sociales, et qui frappe aussi bien les jeunes – à travers leur parents – que les plus âgés.

Ce déni est en grande partie dû au fait que la surdité est insidieuse et que la compensation centrale puisse masquer au départ le déficit, le patient continuant à comprendre certains interlocuteurs. C'est alors l'entourage qui est accusé de la mauvaise audition : le bruit ambiant, les interlocuteurs qui n'articulent pas assez...

Psychanalyste et maître de conférence à l'université d'Anger, Alix Bernard évoque ainsi « *ce que peut être le déni de la surdité, lorsque l'environnement valorise essentiellement la norme et la capacité de l'enfant à s'en approcher* ». « *Une telle valorisation, poursuit-il, est explicitement recommandée par la loi d'orientation du 30 juin 1975, en faveur des personnes handicapées. Cette loi privilégie en effet une éducation ordinaire et l'oppose à une éducation spéciale, préconisée « à défaut ». La première permettrait à l'enfant de « faire accepter sa différence » alors que la seconde, « ségrégative », « risque[rait] de renforcer [...] le sentiment de différence qu'elle prétend effacer* ». *Dans cette logique, la différence doit être acceptée par les autres mais se sentir différent est présenté comme ségrégatif. Pourtant se sentir différent est un fait et il importe de pouvoir se sentir sourd quand on l'est. Si les parents intériorisent de manière rigide l'idéal proposé par ce texte, le risque est important qu'ils ne puissent accueillir ce qui, chez leur enfant, diffère de ce modèle.* »(6)

Et ce phénomène de déni se retrouve chez les adultes. Un sondage réalisé par TNS-Sofrès pour le Synea en 2015 montre que les troubles auditifs liés à l'âge sont pour les jeunes typiques de la vieillesse, tandis que les plus âgés n'y pensent pas : alors que pour les 15-24 ans et les 25-34 ans, la vieillesse se marque surtout par les

troubles de l'audition et le fait de faire répéter sans cesse (56 % et 46 %), les plus de 65 ans tiennent pour caractéristiques de la vieillesse les problèmes de vue (45 %) et de mémoire (43 %)(7). De même selon Opinionway(8), **dans 31 % des cas, le retard d'équipement s'expliquerait en partie par une minimisation d'une perte auditive jugée trop légère pour justifier un équipement.**

Ce déni est aussi intrinsèquement lié à la **perception culturelle du vieillissement**. Selon le même sondage **40% des sondés estiment que porter une aide auditive « fait vieux »**. Or comme le soulignait le sociologue Michel Billé à l'occasion de l'étude du Synea : « *quand il s'agit d'un appareil auditif, souvent plus discret pourtant, presque invisible même, tout devient difficile parce que la prothèse fait l'objet d'une représentation négative, c'est un attribut identitaire négatif taxé de ringardise alors que les écouteurs du smartphone font chic, branché, connecté et à la mode* »(8).

Et cela car « *nous vivons dans un déni de vieillesse* », observait encore Michel Billé lors d'une autre intervention(9). « *Cela peut paraître paradoxal dans une société qui ne cesse de regarder la vieillesse comme un poids. Pourtant, parce qu'elle nous paraît détestable, il faut la tenir à distance quitte à la contenir dans des établissements ad hoc ou à la dénier, comme si ce déni nous permettait d'y échapper. Tout nous invite partout à « bien vieillir » dans une injonction paradoxale qui nous suggère de dissocier la vieillesse, à la fois de prendre l'âge et de ne pas vieillir, ou de vieillir sans devenir vieux, bref d'avancer en âge sans connaître la vieillesse* ».

On opposera cette analyse des représentations françaises à ce qui se passe aux États-Unis où Bill Clinton ne faisait pas mystère de son appareillage.

A ce jour, on ne peut donc que déplorer la totale absence de communication des pouvoirs publics sur le sujet pour expliquer que ce n'est pas l'appareillage qui fait le vieillissement, mais au contraire le fait de s'isoler faute de pouvoir entendre. Ce déficit d'information, qu'il faut mettre en relation avec la faiblesse des dispositifs de dépistage systématique existants (lire fiche n°5) ne va en effet pas dans le sens d'une levée des freins à l'appareillage.

Note

- (1) Etude CAWI réalisée en novembre 2011 par Opinionway pour Sonalto auprès de 1 000 individus âgés de 45 ans et plus.
- (2) Autorité de la concurrence « Quelles pistes pour améliorer la concurrence dans le secteur des audioprothèses en France ? », document de consultation publique, juillet 2016, p. 31 § 40. L'Autorité de la concurrence s'appuie notamment sur : DRESS, Etude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête handicap-santé.
- (3) Ramachandran V., Becker E., Stach B., « Reducing hearing aid cost does not influence device acquisition for milder hearing loss, but eliminating it does », Hearing Journal : May 2011 - Volume 64 - Issue 5 - pp 10,12,14,16-18 http://journals.lww.com/thehearingjournal/Fulltext/2011/05000/Reducing_hearing_aid_cost_does_not_influence.3.aspx Selon cette étude, la précocité de l'équipement est inélastique au prix – sauf dans un seul cas : lorsque le coût de l'équipement (reste à charge) est nul pour le porteur (prise en charge à 100 %).
- (4) « Clearly, price is not the primary barrier to adoption » in. Amlani A., Taylor B. Three Known Factors That Impede Hearing Aid Adoption Rates Hearing Review. 2012;19(05):28-37. - <http://www.hearingreview.com/2012/05/three-known-factors-that-impede-hearing-aid-adoption-rates/#sthash.OcNTIbxO.dpuf>
- (5) Centre fédéral d'expertise des soins de santé, « Appareils auditifs en Belgique – Health technology assessment », KCE reports 91B, 2008 : https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027368.pdf
- (6) BERNARD, A. D'un corps à l'autre, expériences de surdité - Champ psychosomatique 2004/1 (no 33) : Déni du corps, p.55-68
- (7) sondage TNS Sofres pour le SYNEA – avril 2015 <http://www.synea.net/wp-content/uploads/2015/05/dossier-de-presse-synea1.pdf>
- (8) cf. note 1. ci-dessus.
- (9) intervention de Michel Billé aux Assises nationales des aides soignantes à Poitiers le 5 juin 2012. <http://fnaas.e-monsite.com/medias/files/intervention-mr-bille.pdf>

En résumé _____

Plusieurs années s'écoulent entre le premier diagnostic et l'âge du premier équipement, qui est de 72 ans.

Alors que le coût est considéré comme le premier frein à l'appareillage, les études montrent qu'une baisse de coût n'améliore pas la précocité de l'appareillage.

Des obstacles psychologiques demeurent : alors que le malentendant ne se perçoit presque jamais comme tel, le port d'un appareil auditif même très discret reste associé à l'âge.

Les campagnes publiques d'information sur le sujet font défaut.

FICHE 7

FICHE n°8

Trouver un audioprothésiste : une offre abondante et concurrentielle

Seul un audioprothésiste est en mesure d'appareiller un malentendant.

Aux termes de l'article L4361-1 du Code de la Santé Publique : « *Est considérée comme exerçant la profession d'audioprothésiste toute personne qui procède à l'appareillage des déficients de l'ouïe.* »

Un audioprothésiste est donc un professionnel de santé, spécialiste du fonctionnement des appareils auditifs et de la façon dont ces appareils peuvent et doivent être adaptés au fil du temps à chaque individu (voir fiche n°9).

En France, il faut pour être audioprothésiste avoir obtenu un diplôme d'État sanctionnant trois années d'études après le bac – études qu'on ne peut entreprendre, dans sept centres d'enseignements en université ou en écoles spécialisées(1), qu'après la réussite d'un concours comportant des épreuves en physique, en mathématiques, et biologie. « *Comme pour toute profession de santé opérateur-dépendante, la formation comporte de nombreux stages :*

- *2 semaines dans une institution gériatrique*
- *10 semaines dans un service hospitalier d'ORL comprenant un département d'exploration fonctionnelle audio-vestibulaire*
- *et 36 semaines dans un laboratoire d'audioprothèse dont l'audioprothésiste responsable possède l'agrément de maître de stage »(2)*

Étant donnée l'importance des évolutions techniques et scientifiques dans ce domaine ces dernières années, des propositions sont faites pour passer cette durée d'études à cinq années.

En outre, les conditions d'exercice de la profession sont précisément encadrées qu'il s'agisse de la déontologie qu'elle doit respecter ou du lieu sur lequel elle conduit son exercice : un plateau technique comportant des matériels spécialisés.

Une pluralité d'offres sur un marché très concurrentiel

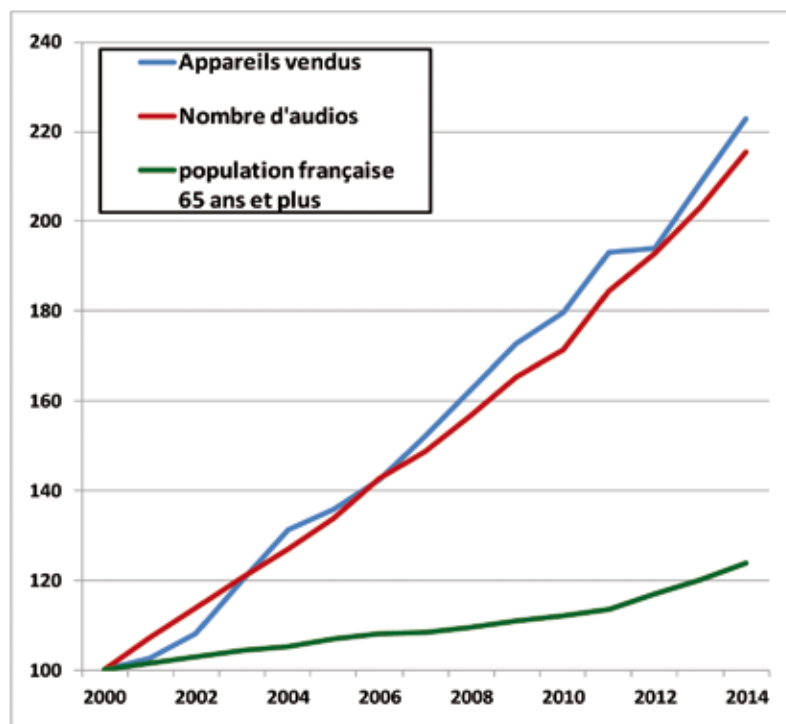
Le nombre de centres d'audioprothèse a doublé ces dix dernières années et 4 925 centres(3) maillent aujourd'hui le territoire.

3 264 audioprothésistes(4) y travaillent. Ce nombre était de 1 422 en 2000, ce qui représente une multiplication des effectifs par 2,3 en 15 ans environ.

Si les pouvoirs publics sont hésitants sur les modalités de régulation de la démographie de la profession, avec la mise en place en 2015 d'un numerus clausus critiqué fin 2016 par l'Autorité de la concurrence, force est de constater que cette démographie a toujours suivi l'évolution du marché : l'Autorité de la concurrence relève ainsi que « sur cette même période, le nombre d'appareils vendus est passé de 288 248 à 640 578 unités [soit une multiplication par 2,2]. Ainsi, on constate une évolution parallèle du nombre d'audioprothésistes et du nombre d'appareils vendus. (...) L'évolution du nombre d'appareils vendus et du nombre d'audioprothésistes est à mettre en relation avec l'accroissement de la population des seniors (65 ans et plus), qui a augmenté de 23,7 % entre 2000 et 2014. (...) Dans une volonté de soutenir l'accroissement de la population des audioprothésistes, nombre de professionnels ont encouragé la création de deux nouvelles écoles d'audioprothésistes à Cahors et Bordeaux qui se sont ajoutées aux cinq écoles existantes. »

Conséquence de cette croissance parallèle du marché et du nombre d'audioprothésistes : le nombre d'appareil vendu par professionnel reste à un niveau constant d'environ 200, comme le montrent les rapports annuellement établis par le SNITEM et la DREES : *les professions de santé au 1er janvier*

Un nombre d'audioprothésistes en croissance continue plus rapide que la population appareillable



Un nombre constant d'appareils par audioprothésiste

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Appareils vendus	268 248	275 297	290 090	321 998	351 773	364 647	381 934	407 796	435 884	463 118	482 155	518 045	519 994	559 260	597 543
Nombre d'audios	1 422	1 526	1 620	1 714	1 806	1 905	2 029	2 116	2 229	2 352	2 437	2 625	2 740	2 890	3 064
Nbre appareils/audio	188,64	180,40	179,07	187,86	194,78	191,42	188,24	192,72	195,55	196,90	197,85	197,35	189,78	193,52	195,02

Sources : Snitem et Drees (Rapports « *Les professions de santé au 1er janvier* »)

Graphique et tableau établis par l'UNSAF : Evolution du nombre d'audioprothésistes de 2000 à 2014. Note publiée le 3 septembre 2015.

On observera à ce sujet :

- que ce chiffre est dans la moyenne européenne ;

Comparaisons européennes pour l'année 2011

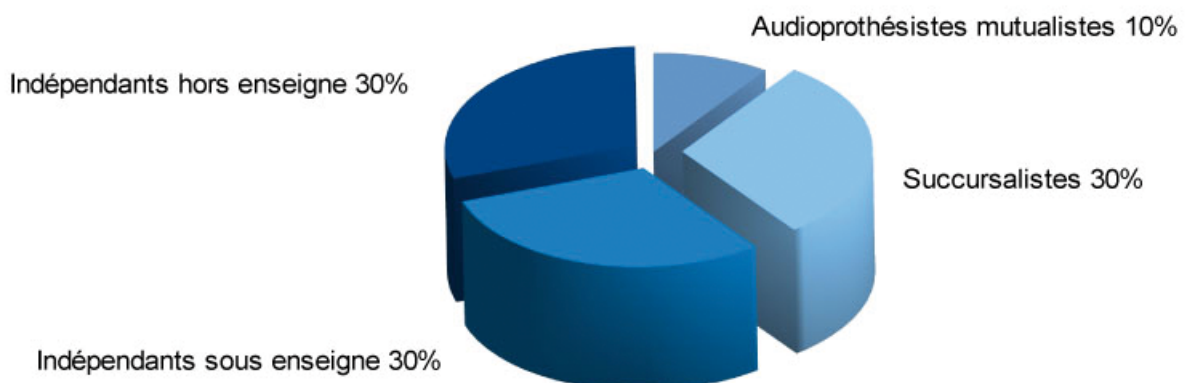
Pays	Allemagne	Pays-Bas	Belgique	Espagne	Italie	France
Nombre d'ORL	3900	550	626	2200	4000	3029
Appareils vendus	887000	220000	73500	130000	350000	518045
Nombre d'audios	4850	900	600	1200	3300	2625
Nombre apps/audio	182,89	244,44	122,50	108,33	106,06	197,35

Source : GODINHO L. What is the Most Efficient Reimbursement System in Europe? A statistical look at the wide range of European hearing aid reimbursement systems. Hearing Review. 2016;23(1):16

- alors que la France est le pays d'Europe où le taux de satisfaction des personnes appareillées, de 85 %, est le plus élevé (voir fiche n°12),
- et qu'il n'y a quasiment aucun temps d'attente pour obtenir un rendez-vous.

Il s'agit d'un marché très vivement concurrentiel :

- Comme le note l'Autorité de la concurrence(5), le marché est très atomisé puisque les indépendants en représentent 60 % ;
 - Les indépendants sont des audioprothésistes installés « à leur compte ».
 - Certains indépendants font le choix d'exercer sous une enseigne commune. Cette dernière peut n'être qu'une enseigne commerciale avec une charte commune, ou fournir aussi un ensemble de services (centrale d'achat, référencement, paiement, aide à l'implantation etc.) aux audioprothésistes. Audio 2000, Entendre, Audition Conseil, Audio-centrale, Audioprox, ou Audition santé sont autant d'exemples d'enseignes rassemblant des indépendants.
 - Les audioprothésistes exerçant dans des succursales appartenant à des groupes tels qu'Amplifon, Audika, Audionova, Optical Center, pèsent pour environ 30 % du marché. Parmi ces groupes, aucun ne représente plus de 11 % du marché.
 - Enfin, les centres d'audition mutualistes représentent 10 % du marché.



Source : L. Godinho - UNSAF, Analyse sectorielle de l'audioprothèse en France

La concurrence est ainsi « triple »(6) : concurrence entre indépendants, concurrence entre réseaux et indépendants et concurrence entre réseaux.

■ Dans ces conditions, les deux cas d'intégration verticale au sein de la filière (avec l'entrée au capital de deux enseignes de fabricants d'appareils auditifs) restent donc un phénomène très minoritaire.

■ Il n'y a pas de barrière à l'entrée sur ce marché comme l'atteste l'entrée récente de nouveaux acteurs venus du monde de l'optique. Comme le note l'Autorité de la concurrence, « depuis 2007, de nouveaux entrants ont stimulé la concurrence en pratiquant des prix plus bas. Il s'agit surtout des enseignes d'optique dont le cœur de l'activité est arrivé à maturité et qui sont à la recherche de relais de croissance. Elles profitent de leur attractivité en raison de leurs actions commerciales offensives et de leur clientèle comprenant une part notable de personnes âgées. Les magasins d'optique bénéficient généralement d'un 'effet d'image' par rapport aux centres d'audioprothèses, en étant moins associés au handicap et au vieillissement. (...) Grâce aux mutualisations de coûts de structure et aux économies de publicité liées à l'image de marque, ces chaînes peuvent adopter un positionnement offensif sur les prix, qui apparaissent sensiblement inférieurs à ceux des enseignes d'audition ou des indépendants. (...) Selon certaines associations de patients ou de consommateurs, les opticiens pratiquent des prix inférieurs d'environ 15 à 20 % à ceux constatés sur le marché toutes gammes confondues. » (8) Selon le même document, quatre enseignes d'optique ont désormais une part de marché d'environ 10 % (9).

Quels critères de choix ?

Dans ce choix d'un audioprothésiste, plusieurs considérations peuvent intervenir et aider le patient à s'orienter :

- la recommandation du médecin traitant, de l'ORL(10) ou d'un proche, mais aussi les renseignements disponibles sur Internet, tant sur les sites des enseignes que sur ceux des indépendants, et les guides à l'usage du patient.
- **l'appartenance ou non de l'audioprothésiste au réseau de soin** de la complémentaire santé du patient, qui influe sur le niveau de remboursement (voir fiche n°11) ;
- **la proximité géographique**, s'agissant d'un professionnel chez lequel il faudra ensuite revenir régulièrement ;
- **le prix** proposé pour l'appareillage – c'est-à-dire, (voir fiche n°10) pour l'appareil et les prestations de réglage, d'adaptation et de suivi qui en sont indissociables. La réglementation en vigueur prévoit un devis normalisé – conformément à un modèle-type. Chaque devis fait ressortir distinctement le prix de l'appareil et celui des prestations d'accompagnement, permettant au patient une comparaison aisée.
- **la confiance** qu'inspire l'audioprothésiste et la qualité de la relation qui s'établit avec lui.

Et ce dernier point n'est secondaire que pour les novices. En effet, si, selon le sondage Eurotrak, les personnes non-appareillées se disent à 48 % très influencées par le prix et seulement à 10 % par l'audioprothésiste, il n'en va pas de même pour les utilisateurs : pour 49 % des personnes appareillées, la personne de l'audioprothésiste est déterminante tandis que le prix ne l'est que pour

10 %(11). On trouve très certainement l'origine de ce renversement de point de vue le fait que l'appareillage apporte une meilleure compréhension du rôle exact de l'audioprothésiste (voir fiche n°9).

On notera enfin que ce rôle clé de l'audioprothésiste n'est pas mis en évidence uniquement par les sondages : un article récent du docteur Aryn M. Amlani, portant sur ses travaux en cours, s'intitule très explicitement : « La croissance du taux d'équipement en appareils auditifs dépend de la relation entre le patient et le vendeur »(12) et met en avant des opportunités de croissance pour les audiologistes américains qui entretiennent une relation de long terme avec leurs patients.

En résumé

L'audioprothésiste est un professionnel de santé que le patient choisit d'abord pour sa proximité et la relation de confiance qu'il établit.

3 264 audioprothésistes exercent dans 4 925 centres : rien n'est plus facile que de trouver un audioprothésiste et il n'y a quasiment aucun temps d'attente pour obtenir un rendez-vous.

Sur ce marché très concurrentiel, la majorité des audioprothésistes exercent en indépendant.

FICHE 8

Notes

(1) Paris, Lyon, Montpellier, Nancy, Fougères, Cahors et Bordeaux

(2) source : Godinho L., « Analyse sectorielle de l'audioprothèse en France », UNSAF 2015.

(3) Source : Annuaire français d'audiophonologie consulté le 5 octobre 2016. www.annuaire-audition.com

(4) Source : DREES <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableView/tableView.aspx?ReportId=2541>. Ce chiffre est également celui retenu par l'Autorité de la concurrence dans son Avis de décembre 2016.

(5) Avis n° 2016-A-24 du 1^{er} décembre 2016 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur des audioprothèses. Sur ce point et sur l'organisation du marché (structure d'exercice par des indépendants et taille des entreprises) : les données utilisées ici sont celles fournies par l'Autorité de la concurrence au § 45 à 51.

(6) Blanc P.-O., Place actuelle et avenir de l'indépendant sur le marché de l'audioprothèse, Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Audioprothésiste Nancy, Université Nancy I Henri Poincaré, 2011. p.60

(7) Denis Cosnard, « Audika détrôné par Amplifon sur le marché français des appareils auditifs », Paris : Le Monde, 11 mars 2014 : http://www.lemonde.fr/economie/article/2014/03/11/audika-detronne-par-amplifon-sur-le-marche-francais-des-appareils-auditifs_4381233_3234.html

(8) Avis n° 2016-A-24 du 1^{er} décembre 2016 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur des audioprothèses, § 67 à 69.

(9) *Ibid* § 47

(10) Une enquête de l'UFC-Que choisir de 2009 concluait que « 40 % des patients s'adressent au professionnel indiqué par leur ORL » et ajoutait : « Le plus sûr est encore de se fier au bouche-à-oreille et surtout de consulter plusieurs enseignes avant de faire son choix. (...) L'important est de sentir qu'une relation de confiance peut s'établir sur le long terme. » <http://www.quechoisir.org/sante-bien-etre/maladie-medecine/acte-medical/enquete-audioprotheses-s-equiper-la-marche-a-suivre>

(11) source : Eurotrak 2015

(12) Aryn M. Amlani, Ph.D. « Growth in hearing aid adoption depends on the patient-provider relationship », in. Audiology Practices – hiver 2015-2016. Voir l'article en ligne ; <http://www.audiologypractices.org/growth-in-hearing-aid-adoption-depends-on-the-patient-provider-relationship> ; l'auteur explique : « the absence in sizeable growth stems from the market's lack of understanding patient factors that promote an increased utility towards hearing aid adoption and, ultimately, re-adoption through loyalty. This paper provides a theoretical framework of the hearing aid adoption process from the patient's perspective, along with growth opportunities available to the provider that support a long-term relationship with the patient. »

FICHE n°9

L'appareillage, un acte individuel, paramédical et technique

Qu'est-ce que la réhabilitation auditive ?

Alors que la prescription de l'ORL n'indique que la nécessité d'appareillage (unilatéral ou bilatéral), l'audioprothésiste est celui à qui incombe de déterminer toutes les modalités de l'appareillage.

Si, en matière d'optique, l'ophtalmologue indique sur son ordonnance la correction à apporter, il n'en va pas de même en matière d'appareillage auditif. Comme le relève l'IGAS, « les médecins prescripteurs de par la loi de l'appareillage ne sont tenus que de fournir une prescription attestant du besoin d'appareillage. Ils ne font pas une prescription permettant de choisir et d'adapter une audioprothèse (...) En effet ce choix que l'on peut nommer préconisation relève d'une compétence qu'ils n'ont pas : il s'agit d'une connaissance des appareils disponibles d'une part, du choix à faire selon le type de déficience et l'environnement sonore de la personne, mais aussi du réglage. »(1)

Et l'IGAS conclut : « Aucun professionnel sauf l'audioprothésiste n'est compétent pour effectuer cette opération de préconisation, essai, accompagnement. Le choix de la prothèse est donc laissé aux seules mains de l'audioprothésiste et ne pourrait être contrô-

The image shows a medical prescription form for a hearing aid. At the top left, it identifies the doctor as 'DOCTEUR ANCIEN INTERNE' with a redacted name and address. The specialty is listed as 'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE'. The date is 'Paris, le 16/05/2014'. The patient is identified as 'Monsieur [redacted] ierry'. The prescription is for 'APPAREILLAGE AUDITIF BILATERAL'. There are checkboxes for 'Parcours de soin' and 'Hors parcours de soin', with the latter being checked. A handwritten signature is present at the bottom right. At the bottom of the form, there is contact information for the clinic, including phone numbers for emergency and urgent care, and hospital affiliations: 'ENFANTS : HOPITAL NECKER' and 'ADULTES : HOPITAL LARIBOSIERE'.

Reproduction d'une ordonnance d'appareillage
Source : L.Godinho / UNSAF

lé que par un professionnel disposant de la même compétence. »

Ce rôle nécessaire de l'audioprothésiste tient au fait qu'appareiller un patient, c'est d'abord adapter un appareil produit en série pour en faire une solution sur mesure.

Une aide auditive quelconque, qui n'aurait pas fait l'objet de ces réglages, ne serait en effet d'aucune utilité à son porteur.

Le métier de l'audioprothésiste est de choisir, en accord avec le patient, une audioprothèse, mais aussi et surtout d'adapter cette dernière à la spécificité anatomique et pathologique du patient.

Car à chaque malentendant sa déficience auditive. Le corps médical est unanime sur ce point : *« la date d'installation de la surdité, son évolutivité et son retentissement sont caractérisés par une importante variabilité interindividuelle »*, soulignent Bouccara et al.(2)

Cette variabilité interindividuelle peut être répartie en trois domaines pour lesquels l'audioprothésiste devra adapter son intervention technique et psychologique :

■ **Variabilité acoustique** : chaque oreille est physiologiquement unique (forme et dimensions du conduit auditif, texture de la peau, impédance du tympan et de la chaîne ossiculaire) et les phénomènes de propagation du son, de l'aide auditive au tympan, sont très variables, fluctuants et imprévisibles. Un réglage standard est donc inenvisageable ne serait-ce que de ce point de vue.

■ **Variabilité neurosensorielle** : chaque perte auditive liée à une pathologie de l'oreille interne recèle en réalité un caractère d'une extrême diversité : atteinte des seules cellules ciliées externes, internes, dysfonctionnements synaptiques, électrochimiques, pertes dites « neuronales » liées aux premiers neurones, etc. Ces aspects impliquent un fonctionnement non linéaire de l'oreille interne et, en conséquence, une grande variabilité – qui plus est évolutive – quant aux sensations sonores liées aux sons faibles à forts. Cette variabilité neurosensorielle se retrouve également dans les capacités de compréhension de la parole dans le calme et le bruit.

■ **Variabilité cognitive** : la plupart des pertes auditives s'installent insidieusement, au cours de plusieurs années. Il en résulte une adaptation du système nerveux central (plasticité cérébrale) propre à chaque individu, à son histoire et son cadre de vie. S'ajoute un aspect à la fois émotionnel, social, à même d'influer considérablement sur la capacité d'un sujet donné à s'acclimater à une audition nouvelle.

Ces trois aspects doivent évidemment être considérés ensemble et, de la synthèse de tous ces éléments, naît la correction auditive initiale et son plan d'évolution.

Avant toute vente, une visite chez l'audioprothésiste commence donc par un long travail pour mieux appréhender la spécificité du patient et déterminer quelle prothèse lui conviendra le mieux.

Pour cela, l'audioprothésiste procède à **plusieurs examens qui constituent le bilan auditif**.

Le premier est **l'anamnèse**, un questionnaire permettant au professionnel de connaître l'histoire du patient : ses antécédents médicaux (diabète, tension artérielle, vertiges, problèmes de vue, etc.), s'il a des acouphènes, des douleurs au niveau des oreilles, l'origine de la perte auditive, l'exposition au bruit subie dans le passé, ses conditions de vie, l'âge auquel est apparue la perte auditive, si celle-ci a été brutale ou progressive, si les deux oreilles sont touchées, dans quelles conditions se manifestent les difficultés de compréhension (dans un environnement bruyant, devant la télévision, etc.), s'il y a des antécédents familiaux de perte auditive. Quel est le retentissement social et psychologique de la perte auditive ? Comment l'entourage considère-t-il la perte auditive ? Quel peut être son rôle dans la réhabilitation ? Quels sont les freins à l'appareillage auditif ? Quelle est la motivation réelle pour l'appareillage auditif ?

Le second examen pratiqué par l'audioprothésiste est **l'examen otologique**, l'otoscopie, c'est-à-dire un examen visuel de l'oreille, qui lui permet d'avoir un aperçu de la texture du conduit auditif externe, de l'aspect du tympan, de la sécrétion de cérumen.

Le troisième examen est **l'audiométrie tonale**, qui permet une mesure de l'audition. L'audioprothésiste fait écouter au patient équipé d'un casque des sons à différentes fréquences et différents niveaux d'intensité, afin de déterminer en première intention le seuil de détection des sons par le patient. Est testée la conduction du son à la fois par voie aérienne, via le tympan et les osselets, et par voie osseuse, à travers les os du crâne.

Cet examen se poursuit par une recherche du seuil d'inconfort (le niveau sonore à partir duquel le son devient inconfortable, afin d'éviter une surcorrection et un éventuel effet iatrogène avec l'appareil), puis du seuil de confort et éventuellement par une analyse des acouphènes (intensité subjective, fréquence, masquabilité).

Le quatrième examen est **l'audiométrie vocale**, qui permet de mesurer le niveau de compréhension des mots. Elle consiste à faire répéter des mots avec ou sans bruit et donne lieu à une analyse fine des erreurs commises. Cet examen a une finalité d'évaluation de la gêne sociale, des moyens de compensation mis en place, de stratégie d'amplification et d'accompagnement du patient quant aux limites probables de l'appareillage.

Elle permet en outre de déterminer le seuil de tolérance vocale, c'est-à-dire le niveau vocal devenant inconfortable du point de vue sonore. Cela vient en complément du niveau vocal donnant la meilleure intelligibilité.

Des tests complémentaires peuvent en outre être mis en œuvre, notamment pour les enfants ou pour les sujets très âgés.

En fonction des résultats de ces différents examens, l'audioprothésiste prend l'empreinte de l'oreille, afin de créer un embout sur mesure, et, parmi une dizaine de marques et plusieurs centaines de références, conseille le patient sur le type d'appareil le plus adapté.

Cette forte personnalisation de l'appareillage se retrouve dans la diversité des préconisations des audioprothésistes. C'est ainsi que l'Observatoire des restes à charges, sur un échantillon de 7500 appareils vendus, « trouve 521 modèles différents dont 165 ne figurent que sur un seul devis »(3).

Le choix de l'appareil par l'audioprothésiste, prévu au code de la santé publique (article L.4361-1), est un acte professionnel fondamental : caractéristiques techniques, performances, fiabilité, esthétique, consommation de piles, accessoires (systèmes TV, connexions Bluetooth), ergonomie du logiciel de réglage, qualité du SAV du fournisseur, etc. sont autant de paramètres qui vont conduire l'audioprothésiste à s'approprier un type d'appareil et à mieux adapter l'aide auditive pour proposer une solution qui soit parfaitement adaptée au cas du patient.

Cela étant, les 651 185 appareils auditifs délivrés en 2015 se répartissent en trois grands types.

Une première forme de prothèse auditive est **l'intra-auriculaire**, l'appareil étant entièrement placé dans le conduit auditif. L'intra-auriculaire peut être décliné en différentes tailles : le semi-profond (complètement logé dans le conduit auditif, très discret mais pas adapté à tous les conduits), l'intra canal, plus puissant et dont une partie concerne la conque et, enfin, l'intra-conque qui est intégré et dans la conque et dans le conduit auditif. D'une manière générale l'intra-auriculaire est adaptée aux pertes auditives légères à moyennes mais a priori déconseillé lorsque l'audition des basses fréquences est bien conservée (phénomène de résonance lié à l'occlusion du conduit auditif). De même qu'il est contre-indiqué dans les cas de presbycusie trop importante dans les aigus ou si le conduit auditif du patient est trop étroit.

S'il apporte de bonnes performances auditives, ce type d'appareil demande une période d'adaptation (le patient a dans un premier temps l'impression d'avoir l'oreille bouchée). Il est également plus fragile que les contours d'oreille et nécessite un entretien minutieux et de fréquentes visites d'entretien, du fait de son exposition au cérumen et à l'humidité.

Deuxième forme, dérivée du contour d'oreille classique, **l'appareil extra-auriculaire**, constitué d'un fil très fin quasi-invisible, se situe à mi-chemin entre le contour d'oreille et l'intra-auriculaire. Il s'agit d'un appareil dont la partie électronique – moins volumineuse que celle d'un contour d'oreille classique – se place derrière le pavillon, tandis que l'autre partie se place à l'entrée du conduit auditif, les deux étant reliées par un tube.

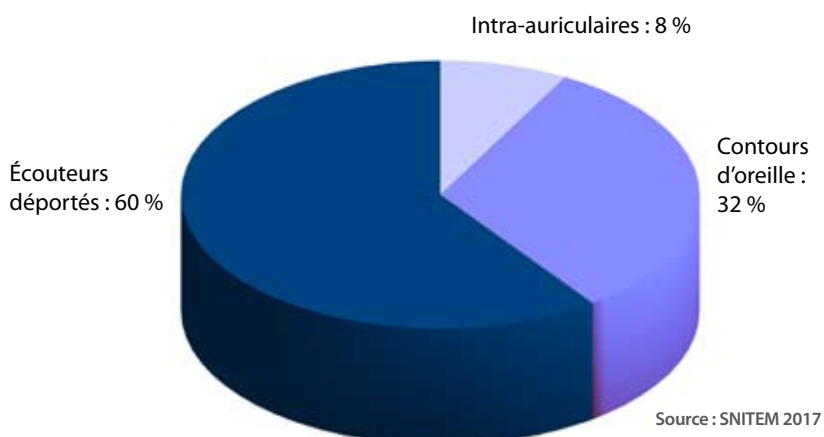
Comme pour l'intra-auriculaire, cet appareil est réservé aux pertes auditives légères à moyennes. Il est déconseillé pour les pertes auditives évolutives car il ne permet pas de corriger toutes les fréquences.

Une autre variante de ce type d'appareil existe depuis peu : le **RITE** (Receiver in the ear),

esthétiquement plus discret que le mini-contour d'oreille. Dans ce cas, l'écouteur est placé directement dans le conduit auditif. L'amplification des sons est similaire à celle d'un contour d'oreille, ce qui fait qu'il peut être conseillé pour des pertes auditives moyennes à sévères.

Troisièmement et bien sûr, il existe enfin **le contour d'oreille**. La partie électronique qui capte les sons est placée derrière le pavillon de l'oreille. Elle est reliée par un tube à un embout auriculaire placé à l'entrée du conduit

708 816 aides auditives délivrées en 2016 dont :



auditif. C'est l'appareil le plus résistant et le plus polyvalent, puisqu'il est adapté à tous les types de perte auditive. C'est aussi le plus simple d'utilisation pour le patient, mais c'est le moins discret.

Les implants auditifs

Dans de rares cas de surdité neurosensorielle sévère à profonde, l'audioprothésiste peut se trouver à cours de solution d'appareillage pour le patient. Il peut alors renvoyer ce dernier vers le médecin ORL pour envisager la pose d'un implant cochléaire – cette dernière n'est pas pratiquée par l'audioprothésiste, mais se fait dans un centre d'implantologie au moyen d'une intervention chirurgicale.

Au cours de l'année 2015, 650 000 prothèses auditives ont été délivrées – ce qui, en comptant 70 % d'appareillage stéréo, représente quelque 400 000 personnes appareillées en 2015. En comparaison, seuls 1 000 implants cochléaires ont été posés.

Placés sous la peau, derrière les oreilles, ces implants permettent, par une stimulation électrique des fibres nerveuses de la cochlée, de percevoir des sons. Un suivi par un orthophoniste est ensuite nécessaire pour la rééducation.

Une trentaine d'hôpitaux posent des implants cochléaires et un peu plus de 10 000 personnes portent un implant cochléaire en France, près de la moitié étant des enfants.

Enfin, pour quelques centaines de malentendants chaque année, il est recouru à d'autres types d'implants.

- Notamment dans le cas d'un patient jeune, le médecin peut envisager un *implant d'oreille moyenne*. Cet implant, dont une partie est placée sous la peau, fait vibrer mécaniquement la chaîne des osselets. Il est indiqué pour une surdité neurosensorielle légère à sévère, ou pour une surdité de transmission ou une surdité mixte. Il peut également être conseillé en cas de maladies dermatologiques du conduit auditif externe empêchant le port d'un appareil auditif.

- Le médecin peut également opter pour *l'implant auditif à ancrage osseux*, qui fonctionne par conduction osseuse, les sons – transformés en vibrations par l'appareil – étant transmis directement à l'oreille interne. Ce type d'implant est principalement indiqué pour les surdités de transmission et pour la surdité totale unilatérale.

La réhabilitation auditive : le fruit d'un accompagnement personnalisé

Qu'il s'agisse de leur efficacité ou de leur discrétion, ces appareils ont connu des innovations considérables avec l'arrivée du numérique, mais ne peuvent pas compenser totalement la perte auditive du patient.

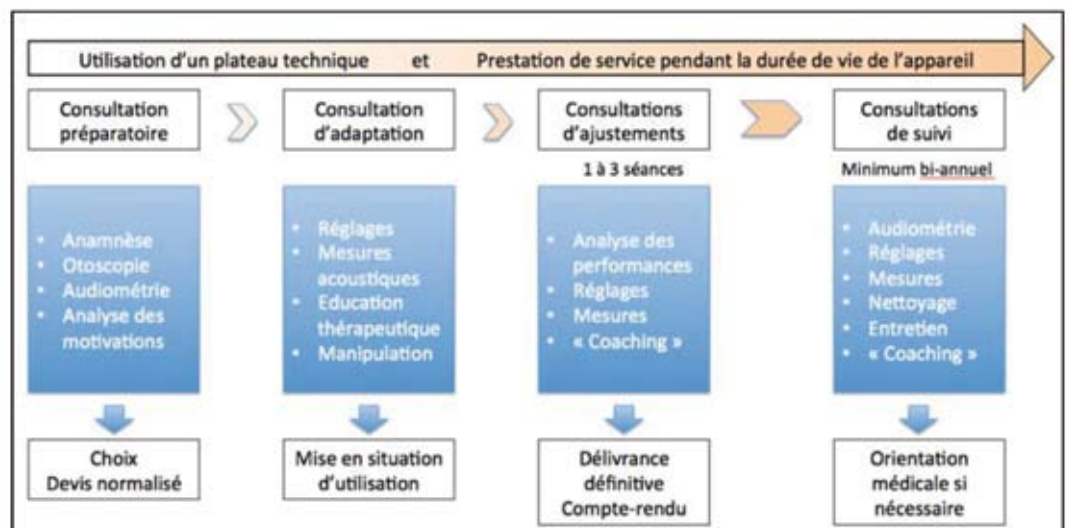
Reposant sur des technologies à la pointe du progrès et de la miniaturisation, le fonctionnement de ces différents types de prothèse est globalement le même : un microphone capte le son et le convertit en un signal électrique numérique traité et amplifié par un microprocesseur. Le signal électrique est ensuite restitué sous forme de son et diffusé dans le conduit auditif, vers le tympan.

Les appareils actuels permettent, en fonction des besoins du patient :

- d'amplifier sélectivement la parole, notamment dans un environnement bruyant, en réduisant par exemple les bruits parasites (vent, chocs, bruits mécaniques, bruits stables, etc.) ;
- de convertir des sons émis dans des fréquences que le patient n'entend plus en sons dans des fréquences que le patient entend encore.

Tout le travail de l'audioprothésiste est, une fois cet appareil choisi, d'en définir au mieux les réglages pour l'adapter :

- aux besoins actuels du patient et à son mode de vie (travaille-t-il encore ? A-t-il une vie sociale dense avec des repas au restaurant ? Ou une vie plus calme dans laquelle il a surtout besoin d'entendre sa télévision ? Écoute-t-il de la musique ? Quel est son rapport à l'environnement, la nature ?) ;
- en trouvant un équilibre entre le niveau sonore auquel le patient entend et le seuil au-delà de laquelle l'amplification devient douloureuse, ces sensations étant amenées à évoluer au cours des premiers mois mais également à plus longue échéance, dès lors que la pathologie elle-même évoluera ;



Source : Brice Jantzen

- grâce notamment à des techniques de mesures acoustiques puis de visualisation des sons de parole délivrés au tympan (technique appelée « mesure in vivo ») ;
- en dosant, en fonction de la capacité du patient à reconnaître les sons, et à filtrer les bruits des sons utiles, la quantité d'informations qui est restituée ;
- en visant le meilleur équilibre auditif possible entre les deux oreilles, gage de bonne localisation spatiale (sécurité du patient), d'aisance dans l'environnement sonore et d'intelligibilité de la parole dans le bruit ;
- en estimant la nécessité d'accessoires complémentaires, nécessitant à nouveau réglages, évaluation d'efficacité, explications et suivi (boucle magnétique, récepteur TV sans fil, connexion téléphone Bluetooth, etc.).

Plus la perte auditive est sévère et ancienne, plus le patient a « oublié » ces sons et moins il parvient à les reconnaître - et donc à les trier comme le fait une personne à l'ouïe intacte qui, dans un environnement bruyant, parvient à isoler la voix de son interlocuteur et à ignorer le brouhaha ambiant.

Il y a donc là aussi un équilibre à trouver pour permettre la rééducation sans que le patient soit agressé par une surinformation sonore qu'il ne parvient pas à gérer. La réhabilitation auditive passe donc par un travail du patient pour réapprendre à identifier, reconnaître et trier ce qu'il entend : c'est à l'audioprothésiste d'adapter au fil du temps les réglages de l'appareil aux progrès réalisés par le patient.

Mais le discours d'accompagnement et de conseil de l'audioprothésiste joue également un rôle majeur. La maîtrise technique et médicale de ce dernier permettra de préparer le patient nouvellement appareillé à recevoir de nouvelles informations sonores, et de le rassurer, lui permettant ainsi de faire face à de nouveaux bruits. Un patient nouvellement appareillé, à la découverte de nouveaux sons, a très rarement la capacité de juger seul s'il est normal ou pas d'entendre tel ou tel son. Cet accompagnement a toute son importance dans le port quotidien, à long terme, des appareils.

Chez chaque patient appareillé, s'observent donc deux processus contradictoires :

- d'une part, la dégradation croissante de l'ouïe et de la compréhension, cette dernière étant accrue par le déclin cognitif liée au déficit auditif ;
- d'autre part, les progrès de la réhabilitation auditive.

Chacun de ces deux processus évoluant en fonction de l'état de santé du patient, de son vécu auditif, de l'intensité de sa vie sociale, mais aussi de la fréquence avec laquelle il porte son appareil.

Aussi la réhabilitation est-elle un parcours profondément individuel. Au terme de l'étude Fré-CAOP qu'elle a conduite avec un audioprothésiste, Séverine Leusie affirme ainsi : « nous pouvons dire qu'en 6 ans, nous n'avons jamais vu deux cas semblables. Tous les malentendants se ressemblent mais aucun n'est vraiment comparable à un autre. Il y a là une remarque dont il faut tenir compte lors de nos réhabilitations car aucune règle ne remplacera les demandes du patient, ses réactions, celles

de l'Aidant et les nôtres. Nous en tirons une règle que nous vérifions tous les jours, aucune rééducation ne ressemblera à une autre, elle devra s'adapter à chaque fois, nous le répétons encore, chemin faisant avec une stratégie tâtonnante »(4).

La réhabilitation auditive est donc nécessairement étalée dans le temps

C'est la raison pour laquelle la réglementation prévoit qu'un appareil ne peut être délivré par un audioprothésiste sans que ce dernier ne s'engage parallèlement à fournir une prestation indissociable d'accompagnement et de suivi :

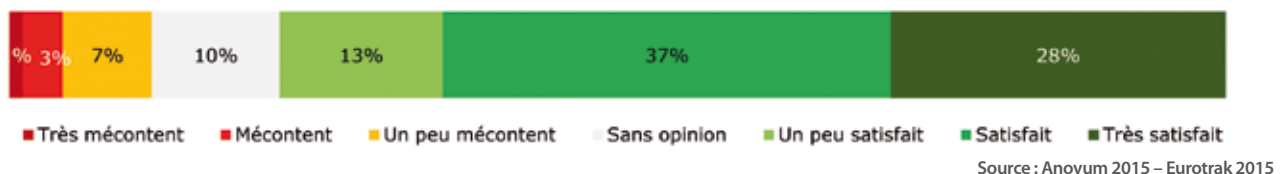
- sans limitation de durée autre que la durée de vie de l'appareil, ce qui encourage les comportements vertueux (garder son appareil plus longtemps) ;
- sans limitation du nombre de rendez-vous, ce qui organise de fait une péréquation entre les patients ayant besoin de visites fréquentes et ceux qui n'en ont pas besoin, cela quels que soient les moyens financiers dont dispose le patient ;
- adaptée au caractère variable et imprévisible : 1) de la transmission acoustique de l'appareil au tympan, 2) de l'évolution de la perte auditive, 3) du déclin cognitif.

Alors que le paiement à l'acte montre actuellement ses limites dans d'autres domaines, le patient s'acquitte ainsi lorsqu'il s'équipe d'une audioprothèse d'un forfait de prise en charge qui lui assure de disposer d'un professionnel clairement identifié vers lequel se tourner s'il n'est pas satisfait de son appareillage. Ce système de forfait le protège ainsi en cas de changements dans ses besoins auditifs à venir entraînant de nouveaux rendez-vous fréquents.

On comprend donc que ce système soit plébiscité par les patients dans les différentes études. Cela apparaît dans Eurotrak 2015 :

78 % des patients satisfaits du système forfaitaire

Le prix de votre/vos appareil(s) auditif(s) inclut un nombre illimité de visites de réglage chez votre audioprothésiste durant sa (leur) durée de fonctionnement. **Quel est votre degré de satisfaction en regard de ce mode de tarification « forfaitaire » ?**



Cela ressort également de l'étude de Galliléo de 2016(5) : selon cette dernière, 85% des malentendants ayant déjà renouvelé leur(s) appareil(s) auditif(s) au moins une fois préfèrent payer un forfait tout compris pour leurs appareils incluant un temps et une disponibilité illimitée de leur audioprothésiste et ses équipes lorsqu'il est nécessaire qu'ils le consultent.

Parallèlement, pour les financeurs de la protection sociale, ce système de paiement forfaitaire offre enfin une garantie d'efficacité de la dépense de santé, puisqu'il assure que le parc d'appareils est effectivement utile car adapté aux patients. Le niveau de satisfaction et donc le niveau

d'observance de la prescription médicale d'appareillage sont ainsi directement liés à cette garantie d'un suivi du patient par le professionnel (6).

Enfin, très concrètement, le forfait protège le consommateur de pratiques commerciales dans lesquelles le professionnel ne serait qu'un vendeur débarrassé de toute obligation de suivi et s'attacherait à vendre aussi souvent que possible et sans réel souci d'adaptation des appareils à bas prix – ce qui se traduirait inévitablement par un renoncement des patients à utiliser leur prothèses et encouragerait un renouvellement plus fréquent des appareils, sans qu'il y ait au bout du compte d'économie réelle.

Dans un travail récent(7) Jean de Kervasdoué et Laurence Hartmann considèrent qu'en France, la demande d'audioprothèse est probablement « *assez sensible à la qualité (...) pour trois raisons* :

- 1) *le reste à charge est si important que les patients regardent à la dépense et cherchent des informations pour arbitrer ;*
- 2) *(...) la relation est susceptible d'être durable entre l'offreur et le patient (...)*
- 3) *un effet de réputation favorable lié à une adaptation et un suivi de qualité permet à [l'audioprothésiste] d'accroître la demande qui s'adresse à lui ».*

Or, expliquent ces deux auteurs, dans cette hypothèse et dans la mesure où la demande est faiblement solvabilisée, l'audioprothésiste « *a toujours et d'autant plus intérêt à fournir la qualité optimale pour fournir ses patients, quel que soit le type de produit acheté* ». En quoi, soulignent-ils, le paiement forfaitaire apparaît plus efficient que les deux autres modèles possibles :

- celui de « *l'enveloppe globale pour tous les patients* » qui, s'il « *permet de contrôler la dépense et de la prévoir* », ne comporte cependant aucune incitation à l'activité et à la qualité des soins ;
- celui de « *la tarification à l'acte et à la pièce* » qui « *présente des incitations contraires* » en encourageant à « *démultiplier les actes effectués et les pièces vendues* ».

« *Si la France a un bon niveau d'observance [dans le port des appareils auditifs], concluent les deux auteurs(8), c'est parce qu'il y existe une tarification globale « appareil-suivi ».*

A noter enfin que dans son avis du 14 décembre 2016, l'Autorité de la concurrence propose d'ouvrir la possibilité de dissocier « la vente de l'appareil et les prestations initiales d'adaptation de la première année, d'une part, et les prestations de suivi, d'autre part ».

Ce faisant, l'Autorité « rejette l'hypothèse de la vente de l'appareil dans aucune prestation ou encore celle d'un paiement à l'acte pour chaque prestation ». Elle inscrit en outre sa recommandation dans un cadre plus général où serait rempli le nécessaire prérequis de quatre « mesures incitatives à l'accomplissement du suivi » :

- des campagnes de sensibilisation menées par les autorités de santé à destination du public ;
- une amélioration de l'information du patient sur l'importance du suivi ;

- des relances périodiques par le professionnel de santé ;
- un remboursement suffisant des prestations de suivi à la manière des consultations médicales.

L'Autorité de la concurrence n'apporte cependant aucune assurance quant au succès de ces méthodes de communication, étant donné que le malentendant s'habitue à sa gêne. Elle n'apporte pas non plus de réponse aux problèmes soulevés par l'imprévisibilité de l'évolution des troubles auditifs et par la fin d'un système de mutualisation où le suivi des patients se fait selon leurs besoins et non selon leurs moyens.

Plus que de la « vente d'une audioprothèse », l'appareillage est donc fait d'une succession de rendez-vous avec le patient.

En pratique, un audioprothésiste reçoit son patient très régulièrement.

Tout d'abord, pour permettre la recherche du bon réglage, une bonne pratique très générale chez les audioprothésistes est de prévoir une période d'essai de plusieurs semaines – allant, selon les audioprothésistes de 15 jours au minimum jusqu'à six semaines voire plus dans des pathologies complexes – durant lesquels plusieurs rendez-vous permettent de préciser le réglage mais aussi de rassurer le patient, de le familiariser avec l'usage de son appareil et, surtout, de le guider dans sa redécouverte de l'environnement sonore. L'audioprothésiste devra valider un port conséquent des aides auditives, une amélioration de l'intelligibilité et une bonne compréhension par le patient et son entourage des bénéfices et limites thérapeutiques. C'est à l'issue de cette période d'essai que le patient décide ou non d'acquiescer à l'audioprothèse.

Par la suite, les visites de contrôle et de suivi obligatoires s'espacent - le 3^e, le 6^e et le 12^e mois puis au minimum un rendez-vous semestriel tant que dure l'appareil, soit en moyenne cinq années, mais parfois bien davantage.

651 185 aides auditives(9) étant vendues par 3264 audioprothésistes, un audioprothésiste délivre en moyenne 200 appareils par an et reçoit son patient en moyenne 6 fois la première année, puis, au minimum deux fois par an.

Un audioprothésiste installé (depuis cinq ans ou plus) gère donc un parc de $200 \times 5 = 1000$ appareils dont

- 200 délivrés dans l'année qui représentent chacun 6 rendez-vous – soit 1200 rendez-vous
- 800 appareils délivrés dans les quatre années précédentes, ce qui implique, à raison au minimum de 2 rendez-vous par an et par appareil : 1600 rendez-vous. **Il s'agit bien d'un minimum puisque l'étude Galliléo de 2016 montre que la moyenne est en pratique de 2,8 rendez-vous par an pour les patients ayant déjà renouvelé au moins une fois leur appareillage.**

Un audioprothésiste doit donc assurer un total de 2 700 rendez-vous dans l'année, soit, sur 47

semaines ouvrées, plus de 57 rendez-vous par semaine.

On peut également calculer le temps de travail consacré à ces rendez-vous :

- 70 % des patients sont équipés d'un appareillage stéréophonique (Eurotrak 2015)
- sur les cinq années de durée de vie d'un appareil, un audioprothésiste consacre :
 - au strict minimum 10 heures(10) au réglage d'un appareillage auditif pour une seule oreille
 - au strict minimum 7h30 heures(11) par audioprothèse pour un appareillage stéréophonique, ce qui est le cas le plus fréquent

Pour le parc de 1 000 appareils gérés par un audioprothésiste, cela implique que ce dernier adapte sur cinq ans 300 appareils en mono (à 10 heures par appareil : 3 000 heures) et 700 appareils en stéréo (soit à 7 heures 30 par appareil : 5 250 heures). L'ensemble représente donc 8 250 heures de travail sur cinq ans, soit 1 650 heures par an - c'est-à-dire sur 47 semaines ouvrées, 35 heures par semaine.

A noter à nouveau que le nombre de rendez-vous n'est guère prévisible et que l'aggravation de la surdité, l'état de santé ou d'autres modifications au niveau de l'oreille peuvent entraîner des périodes de rendez-vous plus fréquents. Un patient peut n'avoir besoin que d'un nombre standard de rendez-vous la première année et, par la suite, devoir venir très souvent pour diverses raisons (évolution de la perte, acouphènes, problèmes de santé, etc.).

Au total, comme le relevait l'Autorité de la concurrence en 2016, si, « concernant la formation du prix d'une audioprothèse, l'instruction montre que 66 % de la valeur est créée par les audioprothésistes », « cette part importante s'explique par le fait que les audioprothésistes ne sont pas seulement distributeurs de biens mais aussi prestataires de services de santé. **Leur activité n'est pas comparable à celle d'un commerçant qui achète des produits pour les revendre en réalisant une marge.** Pour la part relative aux prestations, elle s'apparente davantage à celle d'un infirmier ou d'un masseur-kinésithérapeute qu'à celle d'un opticien, dans la mesure où ce dernier ne fournit pas des services sur une longue durée. Le prix d'une audioprothèse reflète ainsi à la fois la valeur de l'appareil et celle du temps passé pour les prestations associées, 12 à 15 heures en moyenne s'étalant sur 5 à 6 ans. »(12)

Notes

(1) IGAS, Revues de dépenses 2015, la régulation du secteur des dispositifs médicaux.

(2) Bouccara D., Ferrary E., Mosnier I., Bozorg Grayeli A., Sterkers O. Presbyacousie. EMC (Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-185-C-10, 2005.

(3) DARBERA R., Le reste à charge en audioprothèse, Rapport pour l'Observatoire citoyen du reste à charge – 20 novembre 2014.

(4) LEUSIE S. op. cit. p.252

(5) Galliléo Consulting 2016 - étude quantitative conduite à partir de l'interview téléphonique de 532 malentendants ayant déjà renouvelé leur appareil au moins une fois.

(6) « L'analyse de taux de satisfaction globale et de l'indice d'observance plaide pour le modèle qui laisse la plus grande liberté de choix aux patients, aussi bien pour le type et le niveau technique des appareils auditifs, que pour le professionnel de santé qui l'adaptera et assurera l'éducation thérapeutique du patient et son suivi régulier au cours du temps » in. GODINHO L. What Is the Most Efficient Reimbursement System in Europe? A statistical look at the wide range of European hearing aid reimbursement systems. Hearing Review. 2016;23(1):16 - <http://www.hearingreview.com/2015/12/efficient-reimbursement-system-europe/#sthash.mBrXuUO.dpuf>

(7) de KERVASDOUE J., HARTMANN L., op. cit. p.40 à 44

(8) de KERVASDOUE J., HARTMANN L., conférence de presse de présentation de leur étude, dossier de présentation – mars 2016.

(9) Source : SNITEM février 2016

(10) Estimation de l'UFC Que choisir : Audioprothèses, Un marché verrouillé au détriment des malentendants. Septembre 2015, p. 13

(11) ibid.

(12) Autorité de la concurrence, *Quelles pistes pour améliorer la concurrence dans le secteur des audioprothèses en France ?* Document de consultation publique. Juil. 2016 - § 197.

En résumé

Un audioprothésiste n'est pas un commerçant comme les autres, mais un professionnel de santé spécialisé qui, en mobilisant des technologies de pointe, procède à la fourniture d'une prestation para-médicale de réhabilitation auditive nécessairement personnalisée, et étalée dans le temps tout au long de la vie de la prothèse.

De même, une prothèse auditive n'est pas qu'un simple amplificateur mais un appareil de haute technologie qui, s'il est correctement réglé et adapté, permet de compenser une dégradation de la perception auditive pour certaines fréquences de son.

L'utilité qu'en retire son propriétaire ne peut que décroître sans un suivi prothétique régulier qui suit la progression de la rééducation et celle de la pathologie du patient.

FICHE 9

PARTIE 3 :

Audioprothèses, reste à charge et couverture maladie : leçons européennes

FICHE n°10

Le prix de l'appareillage auditif : la France dans la moyenne basse européenne

Le prix d'un appareillage auditif varie considérablement selon la gamme de l'appareil. Dans leur étude, Jean de Kervasdoué et Laurence Hartmann retiennent trois niveaux de gamme principaux correspondant à trois niveaux de prix :

Gamme	Entrée de gamme	Moyenne gamme	Haut de gamme
Fourchette de prix	600-1100 euros	1100-1700 euros	1600-2200 euros
Prix moyen de la gamme	1000 euros	1500 euros	1950 euros

D'après J.de Kervasdoué – L. Hartmann 2016

On observera que le prix moyen de chacune de ces trois gammes est convergent avec les prix moyens retenus par l'UFC Que choisir dans son étude de septembre 2015 et qui figure dans les graphiques ci-après.

La montée en gamme reflète des appareils de niveau technologique plus élevés, bénéficiant de possibilités de réglage plus fines et plus riches, et/ou de fonctionnalités et d'accessoires étendus (connexion bluetooth...). La montée en gamme implique aussi le plus souvent davantage de travail pour l'audioprothésiste.

En effet, le prix n'est pas le prix d'une prothèse auditive, mais le prix de l'appareillage – c'est-à-dire de la prothèse et des prestations indissociables d'adaptation et de suivi sans lesquelles cette dernière n'est d'aucune utilité.

Dans un souci de transparence cependant, les devis normalisés établis par les audioprothésistes font ressortir clairement la composition du prix de l'appareillage en distinguant le prix de la prothèse et celui des prestations qui l'accompagnent.

A cet égard, la France ne se distingue pas des autres pays d'Europe qui ont tous fait le choix de rendre indissociable la vente d'un appareil de la fourniture de ses prestations.

Dans un rapport de 2014, l'Observatoire des restes à charge relevait notamment que :

■ « (...) **la composante principale [du] prix est le coût du service que représentent l'adaptation et le suivi**, mais cette analyse est incomplète car [elle] ne dit rien de la qualité du service rendu. On comprend aisément qu'il est facile à un audioprothésiste d'offrir un prix très bas s'il bâcle le service. »

■ « **les prix pratiqués par les audioprothésistes sont liés à l'appareil et non au patient**. Cela veut dire qu'il s'opère une péréquation entre d'une part les cas faciles qui demandent peu de réglages et un suivi avec des visites très espacées, et d'autre part les cas difficiles pour lesquels de nombreuses visites sont nécessaires. »

■ « (...) toutes choses égales par ailleurs, **les appareils les plus chers demandent généralement des réglages plus longs**. »(1)

Ce prix peut varier très significativement sur ce marché très concurrentiel aux gammes étendues.

■ Les variations de prix s'observent d'un vendeur à l'autre, en fonction du modèle économique de chacun : Richard Darbéra, président de l'Association Bucodes-SurdiFrance et rédacteur de l'étude de l'Observatoire des restes à charge, note une très grande dispersion des prix en expliquant : « Cette dispersion s'explique peut-être par la politique des enseignes. (...) On notera cependant qu'à l'intérieur d'une même enseigne, les prix varient d'une région à l'autre, c'est le cas, en particulier pour les enseignes qui regroupent des indépendants ». On notera que cette grande variabilité des prix confirme le caractère très concurrentiel du secteur (voir fiche n°8)

■ en fonction du niveau de gamme de l'appareil (les audioprothésistes proposent en général quatre à cinq niveaux de gamme).

En pratique, le prix d'accès à un appareillage de qualité incluant une prestation de service complète, indispensable et indissociable, se situe en dessous de 800 € chez la plupart des audioprothésistes.

Mais on trouve également des prix encore plus bas. L'échantillon du rapport 2014 de l'Observatoire des restes à charge était composé de 7500 appareils, les prix s'échelonnent de 350 à 4 350 € avec un prix moyen de 1 554 €. (2)

En outre, contrairement à une opinion répandue, les prix baissent, comme ils le font dans d'autres domaines du numérique, en mettant progressivement les innovations les plus pointues à la portée du grand public.

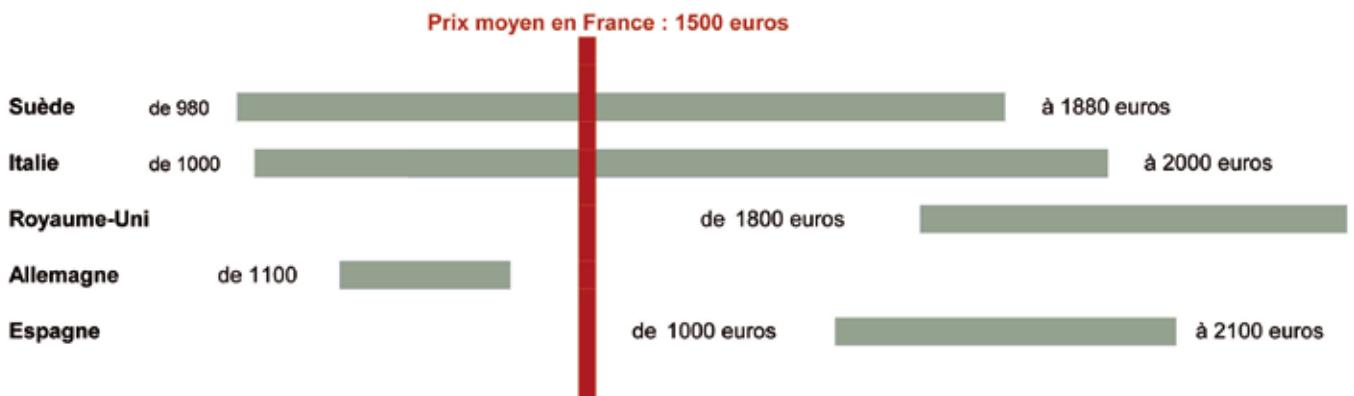
Laurence Hartmann et Jean de Kervasdoué relèvent ainsi que « *l'innovation permanente dont bénéficient les aides auditives a pour conséquence un remplacement rapide des produits sur le marché, les biens haut de gamme devenant au bout de cinq ans des biens d'entrée ou de moyenne gamme, tandis que les moins performants sortent du marché ce qui a abouti aujourd'hui à une offre 100% numérique (Alcimed--DSS,2011).* »(3)

Ces prix français sont dans la moyenne européenne. Il en va ainsi pour chacune des gammes de prix pratiquées par les audioprothésistes français(4) :

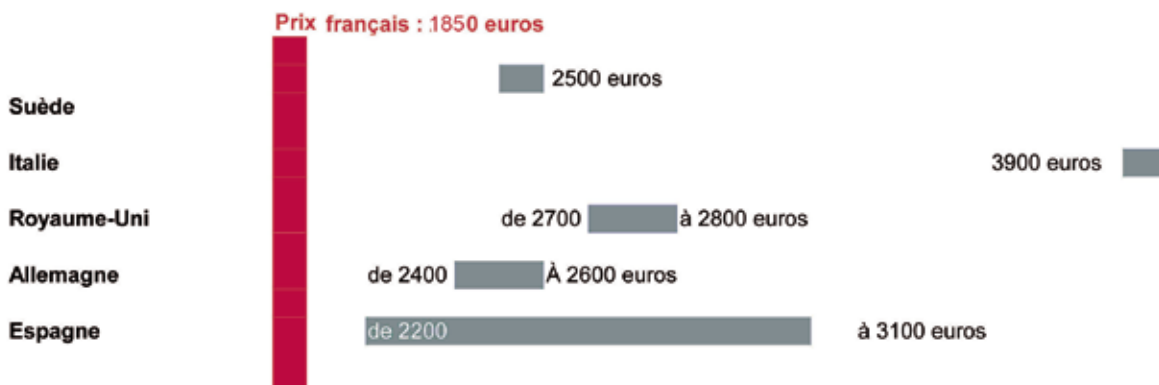
Prix pratiqués en Europe pour les audioprothèses d'entrée de gamme : la France dans la moyenne



Prix pratiqués en Europe pour les audioprothèses de milieu de gamme : la France dans la moyenne

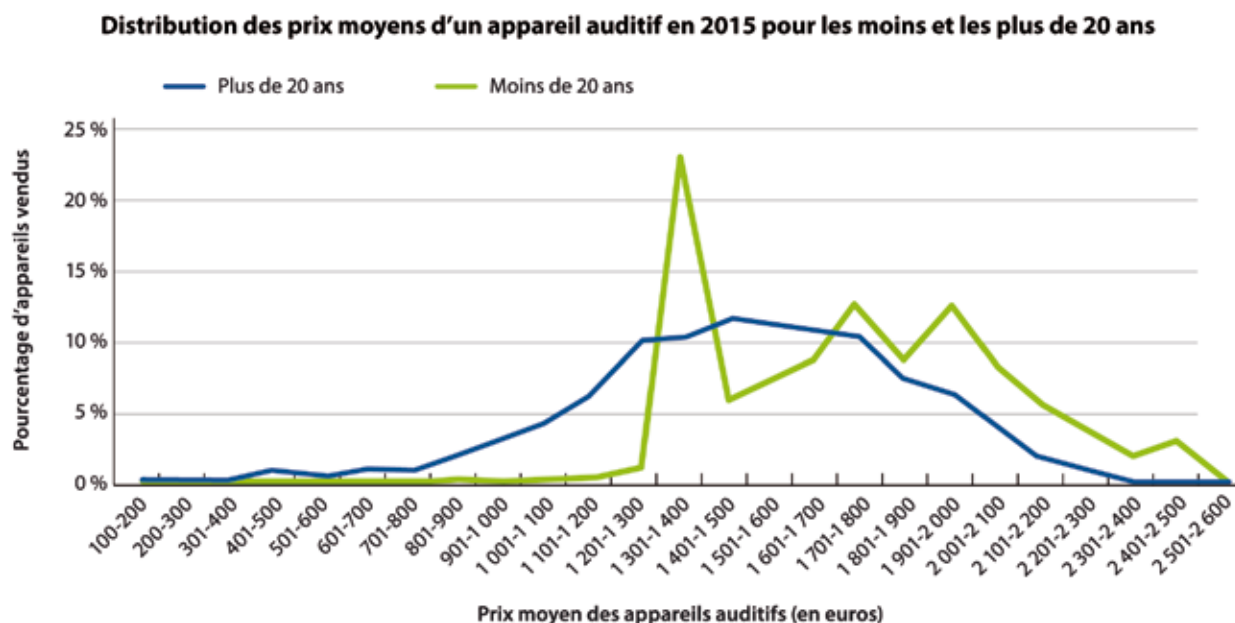


Prix pratiqués en Europe pour les audioprothèses de haut de gamme : la France la moins chère ?



On observe que le marché est naturellement concentré autour du milieu de gamme, avec une répartition « en courbe de Gauss » autour du prix de 1 500 euros.

C'est ce qui ressort des chiffres publiés en novembre 2016 par la Caisse nationale d'Assurance maladie (6) :



Champ: tous régimes, hors bénéficiaires de la CMU-C - France entière
Source: Cnamts (Sniram)

Enfin, les prix pratiqués par les audioprothésistes ne conduisent pas aux marges très élevées que l'on peut trouver dans d'autres secteurs.

Dans un rapport de 2015(5), l'IGAS estimait qu'en moyenne les audioprothésistes dégagent une rentabilité de 10 % – un chiffre en phase avec les estimations faites en 2011 par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) qui estimait la marge nette entre 0 et 10 % pour les succursalistes, et entre 5 et 12 % pour les indépendants(7).

En 2014, une étude Xerfi Precepta(8) indiquait un résultat net généralement compris entre 8 et 10 % :

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Résultat net en % du CA	8,2	7,8	8,6	8,7	8,9	9,9	7,8	8,4

Source : traitement, estimations 2013 Xerfi Precepta (modèle Mapsis)

En résumé _____

FICHE 10

En France comme partout dans le monde le prix inclut l'appareil et ses prestations indissociables d'adaptation et de suivi.

Les prix français sont ainsi dans la moyenne basse européenne.

NOTES

(1) source : Observatoire des restes à charges - DARBERA R., op. cit.

(2). ibid.

(3) de KERVASDOUE J., HARTMANN L., « Impact économique du déficit auditif en France et dans les Pays développés », mars 2016

(4) sources des données des graphiques : pour la France, estimations du Bucodes-SurdiFrance. Pour les autres pays européens : Alcimed 2009 pour l'observatoire des prix de la CNSA

(5) IGAS, La régulation du secteur des dispositifs médicaux - Tome II, juin 2015. p.59

(6) CNAM, Points de repères n°47, novembre 2016

(7) Direction de la Sécurité Sociale, Analyse économique du secteur des appareillages optiques et auditifs, mars 2011

(8) Xerfi Precepta - Le marché de l'aide auditive à l'horizon 2016 – Rapport Intelligence data – mai 2014

FICHE n°11

La prise en charge par la Sécurité sociale et les complémentaires : la France en retard en Europe

Deux acteurs interviennent pour prendre en charge une partie du coût des audioprothèses : l'Assurance maladie et la complémentaire santé. En outre, leurs interventions peuvent pour certains troubles auditifs être complétées par des financements des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et de l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph).

Ne sont prises en charge que les prothèses auditives délivrées sur prescription médicale et appartenant à une catégorie inscrite sur la Liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'Assurance maladie.

Un dispositif « Sécu » très daté : 119,83 euros de remboursement par oreille

Parmi les troubles liés à l'avancée en âge, les troubles de l'audition restent méconnus et l'appareillage largement hors du champ couvert par l'Assurance maladie.

La nomenclature applicable aux audioprothèses, et qui les distingue en quatre classes (A, B, C et D), date de 2002, ce qui dans un secteur au rythme d'innovation soutenu explique que la quasi-totalité des produits vendus relèvent de la catégorie D – considérée comme haut de gamme.

De façon plus frappante encore, les tarifs de Sécurité sociale appliqués aux audioprothèses datent de 1986 (JORF du 21 février 1986) et n'ont pas été actualisés depuis. La seule modification récente est la définition de la prise en charge des adultes équipés en stéréo (pour les deux oreilles) qui a été opérée en 2002 (JORF du 4 mai 2002).

La prise en charge de l'Assurance maladie porte sur l'achat de la prothèse et des accessoires nécessaires à son fonctionnement (piles, embouts auriculaires, écouteurs, microphones, etc.), mais également sur les prestations réalisées par l'audioprothésiste (examens, réglages, adaptation de la prothèse, éducation et suivi prothétique régulier, etc.).

Les **accessoires** sont remboursés à 60 % sur la base de tarifs fixés par la LPP. Par exemple, un écouteur sera remboursé 3,19 euros, un embout auriculaire pour un enfant de moins de 2 ans 32,02 euros et un embout auriculaire pour une personne de plus de 20 ans 2,95 euros.

L'acquisition régulière des piles des appareils est également remboursée, sur présentation des justificatifs de dépenses, à 60 % sur la base d'une allocation forfaitaire annuelle fixée par la LPP à 36,59 euros par appareil, soit un remboursement de 21,95 euros par an.

La prise en charge des appareils eux-mêmes **varie en fonction de l'âge et du handicap du patient.**

Les jeunes et les personnes atteintes de déficit auditif et de cécité

Jusqu'à l'âge de 20 ans, les prothèses auditives sont remboursées par l'Assurance maladie à 60 %, sur la base d'un tarif allant de 900 euros à 1 400 euros, selon la classe (A, B, C, ou D) de l'appareil prescrit.

Quel que soit leur âge, les personnes souffrant à la fois d'une cécité et d'une surdité bénéficient du même remboursement que les enfants et les jeunes.

Le reste à charge est en général assumé par la complémentaire santé pour ces deux types de patients.

Les personnes à faibles revenus

Les personnes bénéficiant de la **Couverture maladie universelle (CMU)** et de sa complémentaire, la CMU-C, sont remboursés à hauteur du **tarif de responsabilité**, soit 199,71 euros, pris en charge à 60 % par le régime obligatoire (119,83 euros) et à 40 % par la part complémentaire CMU-C (79,88 euros).

A ce tarif de responsabilité s'ajoute, depuis un arrêté du 21 mai 2014, **un forfait CMU complémentaire** « dans la limite de 500,29 € pour une prothèse ou de 1 000,58 € pour deux prothèses lorsqu'un appareillage stéréophonique a été prescrit ».

L'arrêté du 21 mai 2014 précise que « ces montants incluent la prise en charge du premier embout, de la ou des premières piles ainsi que de l'adaptation et du suivi » effectué par l'audioprothésiste.

Cet arrêté impose aux audioprothésistes de proposer aux bénéficiaires de la CMU « des prothèses auditives correspondant au minimum à des appareils de classe C (...), bénéficiant d'une garantie de quatre ans, à un prix n'excédant pas 700 € par prothèse ».

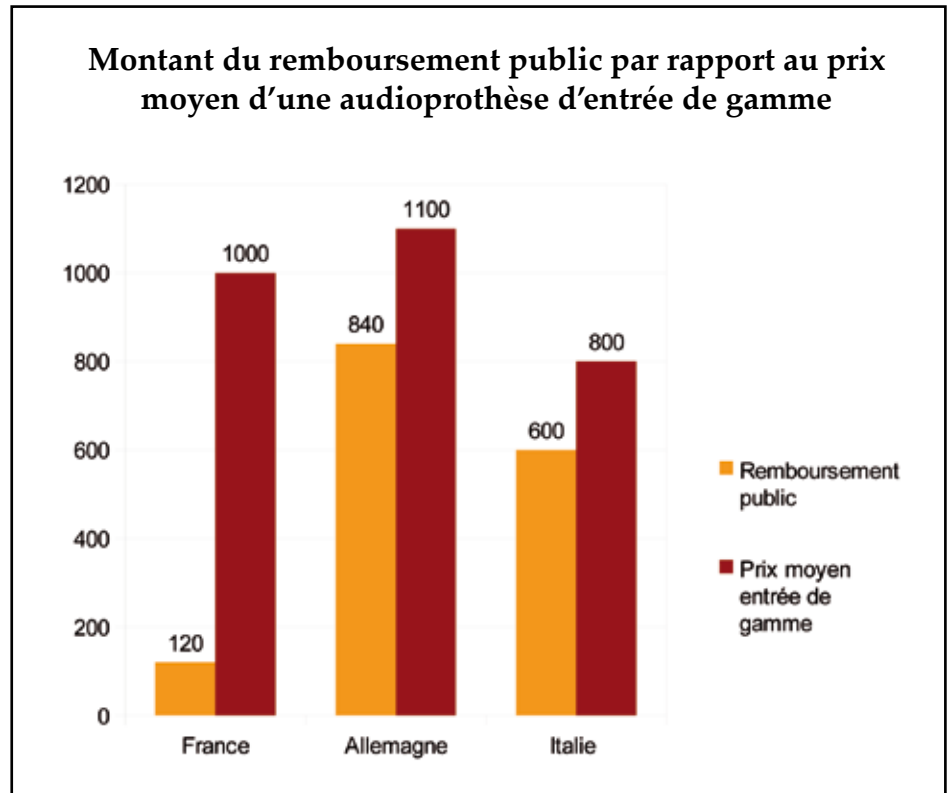
Pour les patients de moins de 20 ans et ceux atteints à la fois de cécité et d'un déficit auditif bénéficiant de la CMU et de la CMU-C, les audioprothèses sont intégralement remboursées, les audioprothésistes étant tenus de proposer les prothèses auditives, quel qu'en soit le modèle, à des prix n'excédant pas le tarif de responsabilité (situé selon les classes d'appareils entre 900 et 1400 euros).

On peut distinguer un cas de figure général et trois cas particuliers – les jeunes, les personnes atteintes à la fois de surdité et de cécité et les personnes ayant un niveau de revenus très faible (lire encadré page précédente).

Dans le cas général, c'est-à-dire pour la majorité des adultes de plus de 20 ans ne bénéficiant pas de la CMU, les audioprothèses sont remboursées par l'Assurance maladie à 60 %, sur la base d'un tarif fixé à 199,71 euros, quelle que soit la classe de l'appareil prescrit.

Le remboursement par l'Assurance maladie s'élève donc à 119,83 euros, soit, selon la gamme

d'appareil, 6 à 10 % du prix total d'une audioprothèse, une proportion très basse par rapport à ce qui se pratique dans les pays voisins (voir graphique ci-dessus).



Ainsi que le relevait Jean de Kervasdoué en présentant en mars 2016 son étude sur l'impact économique du déficit auditif : « si l'on en juge par les remboursements de l'assurance maladie, on classerait les audioprothèses dans la catégorie des techniques à efficacité « faible ou insuffisante ». Ce n'est pourtant pas le cas, loin s'en faut ! »(1)

Le reste à charge est alors – mais en général partiellement seulement – assumé par la complémentaire santé. Selon la DREES, seuls 4 % des contrats de complémentaires santé n'offrent aucun remboursement pour l'appareillage auditif, et la prise en charge s'est quelque peu améliorée – avec, entre 2006 et 2013, une croissance de la prise en charge de 25 % pour une paire d'audioprothèses haut de gamme.(2)

Les complémentaires santé et les réseaux de soins : une prise en charge à hauteur de 400 euros en moyenne(3)

Qui sont les complémentaires santé et les réseaux de soins ?

Le nom générique de « Complémentaires santé » recouvre en fait trois type d'acteurs privés dont

l'activité consiste à « assurer » la santé des Français en complément du régime obligatoire.

- Les mutuelles
- Les institutions de prévoyance
- Les assurances

Une mutuelle est une société à but non lucratif régie par le Code de la Mutualité. C'est une entreprise qui repose sur la solidarité entre ses membres pour le remboursement de leurs frais médicaux. Une mutuelle n'a pas d'actionnaires. Les résultats servent donc à améliorer le niveau des garanties, la qualité des services et la sécurité des engagements. Les éventuels bénéfices constituent des réserves, en prévision de périodes difficiles.

Les contrats qu'elle propose sont en majorité « individuels », contrairement aux institutions de prévoyances et assureurs qui ont majoritairement des contrats « collectifs » (établis dans le cadre d'une l'entreprise ou d'une branche professionnelle pour ses salariés)

Une mutuelle santé agit dans l'esprit de non-exclusion. Aucune condition concernant l'âge, la santé, ni la situation financière d'une personne n'est nécessaire pour y adhérer.

Plus de la moitié des Français sont couverts par une mutuelle pour leur santé (soit plus de 38 millions de personnes).

Une institution de prévoyance est une société de personnes de droit privé, à but non lucratif régie par le code de la sécurité sociale et relevant des directives européennes sur l'assurance. Elles couvrent les risques de maladie, d'incapacité, d'invalidité, de dépendance et de décès de plus de 12 millions de salariés.

Les contrats d'assurance proposés par les institutions de prévoyances sont « collectifs », c'est-à-dire établis dans le cadre exclusif de l'entreprise ou la branche professionnelle

Une institution de prévoyance est créée et gérée par les partenaires sociaux d'une entreprise, d'une branche ou entre plusieurs branches d'activité. Une institution de prévoyance, comme une mutuelle, n'a pas d'actionnaires. Les résultats servent donc à améliorer le niveau des garanties, la qualité des services et la sécurité des engagements. Les éventuels bénéfices constituent des réserves, en prévision de périodes difficiles.

Une compagnie d'assurance est une société de capitaux qui relève du code des assurances. Comme toute société de capitaux, sa mission est donc de dégager des bénéfices pour maximiser le profit des actionnaires. Les compagnies d'assurance sont donc plus « exigeantes » que les mutuelles au moment de l'adhésion de façon à « sélectionner » leur risque. Elles peuvent demander un questionnaire médical avant signature d'un contrat avec un assuré.

Comme les institutions de prévoyance, les compagnies d'assurance proposent plus de contrats « collectifs » qu'« individuels ».

Les réseaux de soins

Ces 3 acteurs de la « complémentaire » sont entrés depuis plusieurs années dans une logique de « réseaux de soins ». Elles se dotent de professionnels de santé « partenaires », qu'elles sélectionnent sur la base d'appels à candidatures (grilles tarifaires et engagements qualité). Elles adressent ensuite leurs adhérents/bénéficiaires chez ces professionnels « conventionnés » en leur garantissant des prix et une qualité encadrés.

Depuis la loi Le Roux du 27 janvier 2014, toutes les complémentaires santé peuvent également mettre en place un système du remboursement différencié, consistant à rembourser davantage

les actes et services d'un professionnel de santé dès lors que celui-ci appartient à leur réseau de soins.

Les complémentaires santé ont délégué la gestion de ces « réseaux de professionnels » en audition (mais aussi en optique ou dentaire) à des sociétés tierces qu'on dénomme communément les « réseaux ».

Les « réseaux » sont des sociétés de services. Ils accueillent aujourd'hui d'autres clients que leurs organismes complémentaires fondateurs, élargissant ainsi leur « surface » en termes d'assurés couverts et accroissant leur capacité de négociation face aux professionnels.

Ils sont en liaison avec les plateformes de tiers payant et certains d'entre eux assurent également une fonction de conseil sur les devis.

La plupart des audioprothésistes sont membres d'un réseau de soin. Sur 5 079 centres auditifs (source : Annuaire français d'audiophonologie - 2017), 3 734 adhèrent par exemple au réseau de soin Audistya(4) et plus de 3 300 sont membres du réseau Kalivia(5).

Quelle prise en charge ?

La prise en charge d'une partie ou de la totalité du reste à charge par les organismes complémentaires santé – mutuelles, assurances ou instituts de prévoyance – varie selon les contrats. A minima, cette prise en charge permet de compléter le remboursement de la Sécurité sociale pour atteindre 100 % du tarif de base fixé à 199,71 euros. En moyenne, la prise en charge par les complémentaires santé est de 400 euros.

Selon le type de contrat, la complémentaire santé peut également proposer un forfait annuel par prothèse ou un pourcentage du tarif de base de la Sécurité sociale.

Les adhérents des organismes complémentaires sont encouragés à se diriger vers le réseau de soins choisi par leur mutuelle/assureur/institutions de prévoyance dans lequel il leur est promis un « reste à charge » limité grâce à des tarifs de vente encadrés (même s'ils restent très variables d'un réseau à l'autre(6).)

Le modèle économique sur lequel reposent les réseaux (assurer aux adhérents des complémentaires des services et des tarifs négociés) et les centres d'auditions partenaires de ces derniers (tarifs moindres compensés par une augmentation du nombre de patients adressés par les réseaux) peut conduire certains d'entre eux à surestimer les possibilités d'effet-volume dans un métier où les coûts proviennent essentiellement du temps passé avec le patient, et sont donc des coûts constants.

Au total, si l'on ajoute le remboursement par la Sécurité sociale et le remboursement par les complémentaires, il apparaît que :

- Pour un prix moyen de 1500 euros, le reste à charge atteint donc $1500 - 120$ (Sécu) $- 400$ (Complémentaire) = 980 euros, soit une prise en charge à hauteur d'un peu moins de 35 % en moyenne en France ;

Voici le niveau de reste à charge évalué par Jean de Kervasdoué et Laurence Hartmann par gamme d'appareil :

Estimation du RAC selon le remboursement moyen ou médian de l'AMC et selon la gamme de l'appareil

Gamme	CMU*	Entrée de gamme	Moyenne gamme	Haut de gamme	Prix moyen de référence de l'étude
Prix TTC par oreille en euros	700	600-1100 (moyenne 1000)	1100-1700 (moyenne 1500)	1600-2200 (moyenne 1950)	1535
RAC/ moyenne de remboursement AMC	0	23-523 (423)	523-1123 (923)	1023-1623 (1373)	958
RAC/ médiane de remboursement AMC	0	54-556 (454,5)	556-1155 (954,5)	1054-1655 (1404,5)	989,5

Source : Kervasdoué-Hartmann – à partir des données Alcedim- DSS (2011), de la Drees (2014)

■ certes, il est possible de s'équiper pour un reste à charge inférieur à 100 euros par « oreille ». Ainsi pour une prothèse au prix le plus bas retenu par Jean de Kervasdoué et Laurence Hartmann, soit 600 euros, le reste à charge est de :
 $600 - 120 - 400 = 80$ euros ;

■ mais à titre de comparaison, le remboursement en Allemagne est de 840 euros par oreille ; il est de 100 % au Royaume-Uni, au Danemark ou en Norvège – les seuls pays où le taux d'équipement dépasse les 40 %.

	France	Belgique*	Suisse**	Allemagne*	Luxembourg**	Italie*
Remboursement public adultes pour un appareil	120 €	666 €	840 CHF	785 €	890 €	600 €

Sources :

* Autorité de la concurrence - Avis du 14 décembre 2016 § 125

** Rapport annuel Amplifon 2012 p. 37

Cet état des lieux de la prise en charge collective des audioprothèses a conduit l'Autorité de la concurrence à juger que : « Dans la mesure où le tarif de responsabilité n'a pas été révisé par la sécurité sociale depuis 1986, la prise en charge collective apparaît nettement déconnectée de la réalité économique du marché. Ce désengagement de la solidarité nationale ne prend en compte ni le coût social de la surdité, [24 milliards d'euros, voir fiche n 3 p.15] ni l'évolution technologique rapide des prothèses auditives. En outre, il s'inscrit à contre-courant des mesures de revalorisation de la prise en charge qui ont été adoptées en Allemagne, en Belgique ou en Italie »(7).

Notes :

(1) de KERVASDOUE J. HARTMANN L., Op. cit.

(2) DREES, La complémentaire santé Acteurs, bénéficiaires, garanties – Panoramas de la DREES, 2016

(3) Moyenne de remboursement pour les bénéficiaires d'un contrat individuel en 2013, source DREES, La prise en charge des équipements d'optique et des audioprothèses par les organismes complémentaires, 2016. Ce chiffre est également celui retenu par l'Autorité de la concurrence vis n 16 - A- 24 du 14 décembre 2016 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur des audioprothèses, § 31

(4) Source : Equasant 

(5) Source : <https://www.kalivia-sante.fr> consulté le 5 octobre 2016

(6) « les tarifs plafonds mis en place par les plateformes sont très variables pour la fourniture et l'adaptation du même appareil auditif » in. GODINHO L., Analyse sectorielle de l'audioprothèse en France, UNSAF, décembre 2015.

(7) Autorité de la concurrence, *Quelles pistes pour améliorer la concurrence dans le secteur des audioprothèses en France ?* Document de consultation publique. Juil. 2016 - § 26.

En résumé

Si le prix de l'appareillage auditif en France est dans la moyenne basse européenne, il n'en va pas de même du remboursement.

La France est l'un des pays d'Europe occidentale où le niveau de remboursement de l'appareillage auditif est le plus faible. Pour un prix moyen de 1500 euros par prothèse, la sécurité sociale rembourse 120 euros, et les complémentaires en moyenne 400 euros, soit une prise en charge totale de 33 % environ.

FICHE 11

Étant donnée la structure du coût de l'appareillage auditif, qui repose essentiellement sur une prestation d'accompagnement et de rééducation prothétique, comprimer le prix des appareillages risque, au détriment des personnes appareillées, d'induire une réduction de ces prestations.

FICHE n°12

Comprendre le taux d'équipement : pas d'observance sans satisfaction

Ce qu'on appelle le taux d'équipement mesure la part des personnes appareillées sur le nombre total de malentendants.

En France, ce taux a doublé sur les dix dernières années et atteint aujourd'hui 34 %(1)

Un taux qui, malgré une prise en charge plus faible que dans tous les pays voisins (voir Fiche n°11), place l'Hexagone au même niveau que l'Allemagne et dans la moyenne européenne.

Pour pouvoir juger ce chiffre, il faut d'abord rappeler qu'**un taux d'équipement de 100 % est impossible puisque les prothèses auditives ne sont pas la solution à toutes les pathologies de l'audition.**

Ainsi, au Danemark, où une prise en charge à 100 % et une réelle culture de l'équipement auditif ont permis d'atteindre un taux exceptionnel de 47,8 %, on estime que ce chiffre est proche du taux maximal qui peut être pratiquement atteint – le maximum théorique se situant vers 50 %, selon un consensus scientifique souligné dans de nombreux travaux (Alcimed-CNSA 2009, Kervasdoué-Hartmann 2016, Autorité de la concurrence 2016).

Aussi serait-il plus parlant de mesurer l'équipement non par rapport à la population malentendante totale, mais par rapport à la population malentendante « appareillable », c'est-à-dire ayant consulté un médecin ORL et disposant d'une prescription !

En France aujourd'hui, ce sont environ les deux tiers de cette population « appareillable » qui sont équipés. L'Autorité de la concurrence a confirmé en juillet 2016 que : « Sur une estimation de 6 millions de malentendants en France, il existe un consensus pour dire que la moitié d'entre eux, soit environ 3 millions de personnes, seraient susceptibles d'être équipés. En effet, les prothèses auditives ne sont pas indiquées dans les cas d'hyperacousie, d'acouphènes ou de surdité trop légère. Sur ces 3 millions de patients appareillables, les données les plus

fiables permettent d'estimer à près de 2 millions le nombre de personnes appareillées en 2015, soit 66 %. Dès lors, il apparaît que le marché français n'est pas encore arrivé à maturité mais que sa progression y tend naturellement. »(2)

Jean de Jervasdoué et Laurence Hartmann, en considérant la population appareillable comme égale à 50 % de la population malentendante, parviennent aux chiffres suivants :

Pays	Taux d'équipement de la population malentendante	Taux d'équipement de la population appareillable
France	34,1%	68%
Royaume-Uni	42,4%	85%
Suisse	41,4%	83%
Allemagne	34,9%	70%
Danemark*	47,8%	96%
Norvège*	42,5%	85%

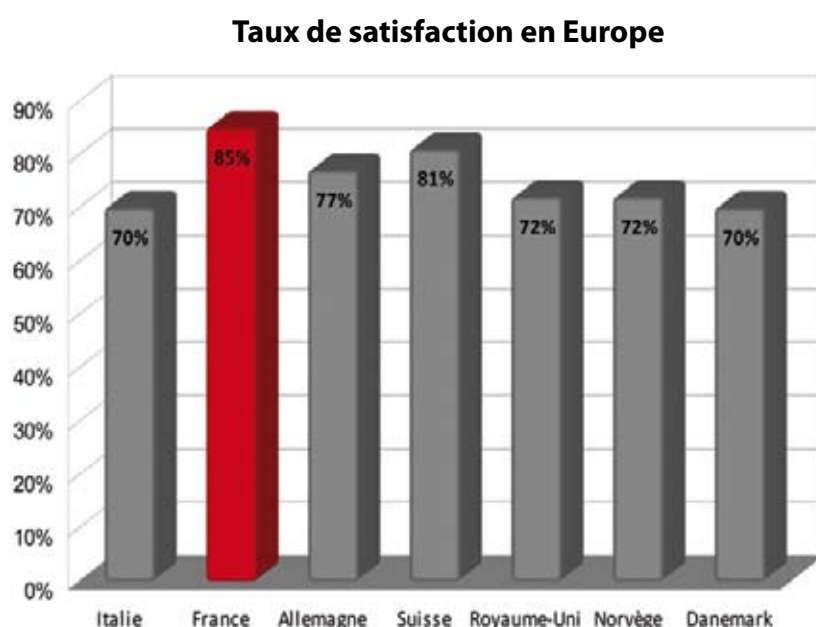
La France : un taux d'équipement de 34 %, de 8 à 10 points inférieur à ce qu'il est dans les pays du Nord. Un écart qui tient moins à la différence des reste-à-charge qu'à une prescription d'audioprothèses en France moins fréquente de 10 % par rapport à la Norvège par exemple (lire p. 27). Source tableau : KERVASDOUE-HARTMAN (2016) ; chiffres 2015 sauf * chiffres 2012.

Nuancer le taux d'équipement par le taux de satisfaction et par le taux d'observance.

Mais surtout, le taux d'équipement ne renseigne que sur la population qui possède un appareil, et non sur la population qui utilise vraiment sa prothèse. Il faut donc nuancer la lecture que l'on fait du taux d'équipement par le taux de satisfaction des personnes appareillées, satisfaction

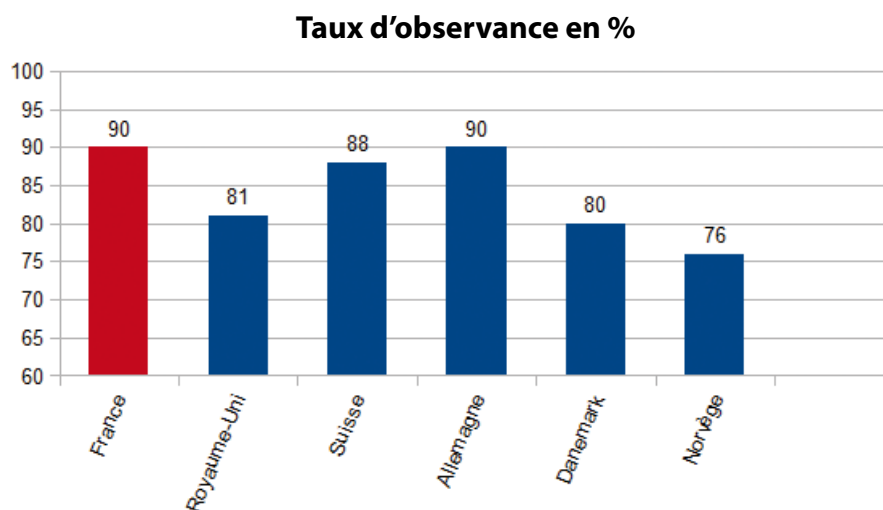
qui révèle en fait l'observance puisqu'il va de soi qu'un possesseur satisfait de son appareil le portera tandis qu'un possesseur déçu le laissera dans un tiroir.

Or, en France, le taux de satisfaction, de 84 %(1), est aujourd'hui le plus élevé d'Europe et 72%(1) des utilisateurs estiment que leur aide auditive fonctionne mieux que ce qu'ils avaient espéré.



Source : Anovum 2015 – Eurotrak 2015

Ce haut niveau de satisfaction va de pair avec un taux d'observance élevé en comparaison de ce que l'on observe ailleurs, comme cela ressort des travaux de Jean de Kervasdoué et Laurence Hartmann :



Source : Kervasdoué-Hartmann (2016) à partir des données EHIMA 2015

Cette analyse est partagée par l'Autorité de la concurrence, qui soulignait en 2016 : « En France, le taux d'observance est extrêmement satisfaisant puisque seulement 10% des personnes appareillées ne portent pas leurs appareils ou les portent moins d'une heure par jour . Après l'Italie, la France compte parmi les pays qui affichent le meilleur taux d'observance avec l'Allemagne et la Suisse. En revanche, au Royaume-Uni, en Norvège et au Danemark, bien que le taux d'équipement soit plus élevé qu'en France, il semblerait que le taux d'observance y soit plus faible de moitié. »(3)

Deux modèles très différents se distinguent ainsi :

- des modèles « nordiques » (Royaume-Uni, Danemark, Norvège) où les audioprothèses sont remboursées à 100 %, ce qui permet un fort taux d'équipement(4) mais un taux d'observance comparativement bas - cela va de pair avec la gratuité puisque la gratuité peut amener à s'équiper des gens qui n'en ressentent pas le besoin.
- un modèle français où le remboursement se fait sur une base forfaitaire très inférieure (reste à charge de 60 %), mais où le travail des audioprothésistes permet des taux très élevés de satisfaction et d'observance.

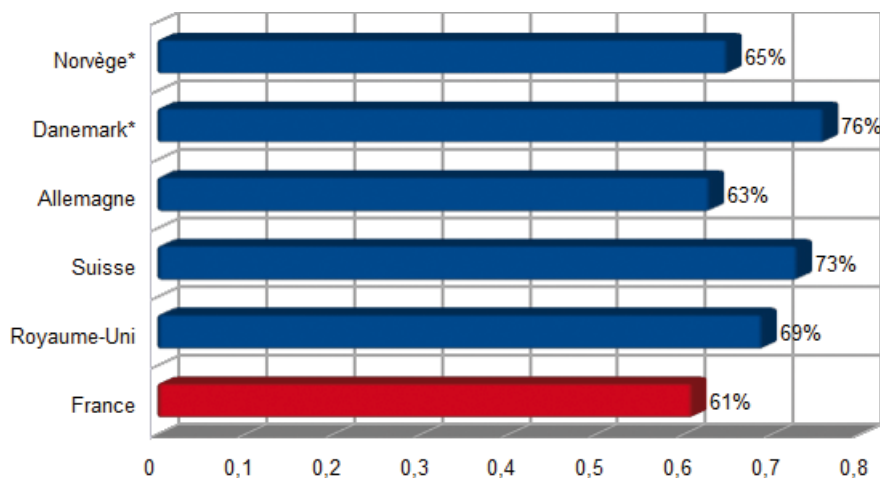
Si l'on considère qu'un appareil auditif inutilisé a du point de vue de la santé publique un impact identique à celui d'une surdité non-traitée, on peut alors calculer un « taux d'équipement réel » :

Pays	Taux d'équipement de la population appareillable	Taux d'observance	Taux d'équipement réel de la population appareillable
France	68%	90%	61%
Royaume-Uni	85%	81%	69%
Suisse	83%	88%	73%
Allemagne	70%	90%	63%
Danemark*	96%	80%	76%
Norvège*	85%	76%	65%

Sources : de KERVASDOUE-HARTMAN (2016) ; chiffres 2015 sauf * chiffres 2012.

Dès lors, la France – avec sa prise en charge très faible de 120 euros de la Sécurité sociale + 400 euros des complémentaires(4) pour un prix moyen de 1500 euros, soit un reste à charge de 65 % – apparaît pour le taux d'équipement réel au coude à coude avec l'Allemagne – où le prix médian est de 1200 euros avec un remboursement de 840 euros, soit un reste à charge de 30 %, mais aussi avec la Norvège où le taux de prise en charge est de 100 %.

Taux d'équipement réel de la population appareillable : la France au coude à coude avec l'Allemagne et la Norvège



Sources : de KERVASDOUE-HARTMAN (2016) ; chiffres 2015 sauf * chiffres 2012.

Ainsi, le haut niveau de satisfaction et d'observance permis par le travail de suivi des audioprothésistes français compense, en termes de santé publique, l'importance du reste à charge.

Cette particularité française est à l'origine d'économies massives en termes de coûts évités. Jean de Kervasdoué et Laurence Hartman analysent ainsi « ce que la France a évité en coût d'observance » par rapport à des pays comme la Norvège, le Danemark ou le Royaume-Uni : « Prenons la référence danoise, qui se traduit par 20 % de non-observants. Si en France 20 % des patients n'étaient pas observants (au lieu de 10 %), les coûts intangibles (ou valeur de la perte en qualité de vie) seraient majorés de 1 milliard d'euros ».

Les deux auteurs concluent par conséquent : « Il convient donc d'encourager l'accès aux aides auditives tout en donnant aux offreurs d'audioprothèses des incitations fortes au suivi des patients et en donnant aux patients des incitations fortes à consommer des services de suivi ».

Il y a là un équilibre à conserver – ce qui implique notamment une certaine prudence quant à des politiques d'offres centrées sur le prix qui, au motif d'augmenter le taux « facial » d'équipement de la population malentendante sans revaloriser la prise en charge, conduiraient à dégrader le travail de suivi des audioprothésistes. Au mépris de l'efficacité de la dépense sociale, cela déboucherait sur le paradoxe d'un taux d'équipement plus élevé mais d'une observance dégradée.

Notes

(1) Eurotrak 2015

(2) Autorité de la concurrence, *Quelles pistes pour améliorer la concurrence dans le secteur des audioprothèses en France ?* Document de consultation publique. Juil. 2016 - § 39.

(3) *Ibid* § 67.

(4) seul un remboursement à 100 % permet une augmentation du taux d'équipement ; une simple hausse de la couverture n'entraîne pas de variation de ce dernier. Sur cette inélasticité voir fiche 7, note 2.

(5) Source : voir note 3 page 60.

En résumé _____

L'équipement entendu comme « possession d'un appareil » n'indique en rien l'observance de la prescription par le médecin ORL du port d'une prothèse : le taux de satisfaction et le taux d'observance nuancent le taux d'équipement.

En France, les deux tiers des malentendants qui disposent d'une prescription médicale à cette fin sont appareillés et le taux de satisfaction, à 84 %, est le plus haut d'Europe.

Ce haut taux de satisfaction permet à la France de se placer à un niveau d'équipement réel très proche de celui des pays du nord et à moindre frais pour les financeurs de la protection sociale.

Cette performance est fragile car elle dépend d'un haut niveau de service.

