



# Analyse sectorielle de l'audioprothèse en France

Décembre 2015

**Luis Godinho**

Audioprothésiste à Paris

Président du Syndicat national des audioprothésistes (UNSAF)

Membre du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM)



[l.godinho@unsaf.org](mailto:l.godinho@unsaf.org)



[@Luis\\_\\_Godinho](https://twitter.com/Luis__Godinho)

L'auteur remercie Brice Jantzen, pour ses nombreuses idées et contributions, Eric Bizaguet et Stéphane Laurent, pour leur relecture attentive et leurs corrections, ainsi que les administrateurs de l'Unsaf pour les échanges ayant permis d'enrichir ce document.

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
<b>SYNTHESE</b> .....	<b>5</b>
<b>I. LES DONNEES DISPONIBLES</b> .....	<b>7</b>
1. Sélection des principales études publiques récentes traitant d'audioprothèse.....	7
2. Les autres sources de données.....	8
<b>II. PREVALENCE DU DEFICIT AUDITIF : FORTEMENT CONCENTREE CHEZ LES PLUS DE 65 ANS</b> .....	<b>10</b>
1. Prévalence globale.....	10
2. Prévalence par âge (données et texte DREES).....	10
3. Dépenses en audioprothèse en fonction de l'âge.....	11
<b>III. AUDIOPROTHESISTE : UN METIER FORTEMENT OPERATEUR-DEPENDANT</b> .....	<b>13</b>
1. Les rôles respectifs du médecin ORL et de l'audioprothésiste.....	13
2. Le métier d'audioprothésiste : adaptation et suivi personnalisés pour chaque patient.....	14
3. Un métier de santé non « automatisable » dont la publicité doit être encadrée.....	16
<b>IV. LES PRIX, LE REMBOURSEMENT ET LE MARCHÉ DE L'AUDIOPROTHESE EN FRANCE</b> .....	<b>18</b>
1. Depuis 1996, des performances en forte hausse et des prix divisés par deux.....	18
2. La structure des prix et les remboursements : 1000 € de reste à charge moyen.....	18
3. Les prix en France dans la moyenne basse européenne.....	20
4. Une forte concurrence constatée dans le marché de l'audioprothèse en France.....	21
5. Le désinvestissement de l'assurance maladie et l'accessibilité à l'audioprothèse.....	24
<b>V. COMPARAISON EUROPEENNE ET LIENS ENTRE TAUX D'EQUIPEMENT, SATISFACTION, OBSERVANCE...</b> .....	<b>25</b>
1. Ventes et remboursements d'appareils auditifs pour une sélection de pays européens.....	25
2. Nombre et taux de personnes équipées en 2011 pour une sélection de pays européens.....	26
3. Pourcentage des utilisateurs par rapport à la totalité des malentendants.....	26
4. « Indice d'observance » et taux de satisfaction globale.....	28
5. Une demande en appareils auditifs inélastique à leur prix.....	30
6. Le modèle le plus efficace de prise en charge des appareils auditifs.....	30
7. Résultats EuroTrak 2015 : la meilleure satisfaction en France.....	31
<b>VI. DEMOGRAPHIE PROFESSIONNELLE : L'EVOLUTION DU NOMBRE D'AUDIOPROTHESISTES</b> .....	<b>34</b>
1. Une formation en 3 ans dispensée dans 7 centres d'enseignement publics.....	34
2. Une évolution du nombre d'audioprothésistes équivalente à celle des appareils délivrés.....	34
3. Comparaisons européennes pour l'année 2011.....	35
4. La multiplication des professionnels et des points de vente : l'exemple de l'optique.....	36
5. Le véritable problème : la démographie des médecins ORL.....	36
<b>VII. LES APPAREILS AUDITIFS EVITENT LE SUR-DECLIN COGNITIF</b> .....	<b>37</b>
1. Les liens entre déficit auditif et perte d'autonomie.....	37
2. Une étude de l'INSERM démontre que les appareils auditifs évitent le sur-déclin cognitif.....	37
3. Des effets positifs en matière de dépenses de santé et de prévention de la dépendance.....	38
4. Des coûts économiques et sociaux élevés pour les déficients auditifs non équipés.....	39
<b>VIII. LES RESEAUX DES COMPLEMENTAIRES EN AUDIOPROTHESE : UNE SITUATION CONTRASTEE</b> .....	<b>40</b>
1. Des enjeux financiers sans commune mesure avec le dentaire et l'optique.....	40
2. Des tarifs négociés très variables pour le même produit et la même prestation.....	41
3. Santéclair convainc plusieurs chaînes optiques d'intégrer le secteur de l'audioprothèse.....	43
4. Des campagnes de dénigrement visant l'ensemble des audioprothésistes.....	45
<b>IX. UNE INDISPENSABLE REGULATION PUBLIQUE, DES PROPOSITIONS D'EVOLUTION</b> .....	<b>49</b>
1. La spécificité des missions de santé interdit sa régulation par la seule concurrence.....	49
2. L'UNSAF, force de propositions, pour diminuer un reste à charge trop élevé.....	49
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>51</b>

## INTRODUCTION

Notre société médiatique aime à s'emparer des sujets qui mettent en évidence les discriminations sociales. Le secteur de l'audioprothèse n'est pas épargné, dans le sens où l'accessibilité des prothèses auditives est fragilisée par le recul de la solidarité nationale incarnée par l'assurance maladie obligatoire. Avec un reste à charge moyen de 65% pour les adultes et une base de remboursement gelée depuis 1986, la question est moins celle du coût de l'audioprothèse que celle de sa prise en charge par la solidarité nationale, à l'instar des autres produits et biens médicaux.

Ce document a une vocation à la fois pédagogique et interpellatrice.

En exposant, par une argumentation détaillée, structurée et documentée, la réalité objective du secteur et sa contribution médico-économique, mais aussi humaine, il interpelle sur la nécessité de le faire évoluer et de mieux le réguler.

Les polémiques basées sur des confusions entre prix et reste à charge, qu'agitent certains, ne sont pas des réponses à la hauteur des enjeux de santé publique posés à notre société.

Le service rendu par les audioprothésistes, au-delà de la fourniture de l'équipement, comporte l'orientation du malentendant sur le choix du type d'appareil le plus adapté à son déficit auditif, la personnalisation, l'adaptation et le suivi dans le temps, dans le cadre d'un plateau technique performant. Le coût de l'audioprothèse est fait de cet ensemble au centre duquel se noue un colloque singulier entre un professionnel de santé hautement qualifié et un patient.

L'adhésion du patient à son équipement auditif dépend de cette prise en charge globale et médicalisée en relation avec le médecin ORL. Ainsi, c'est un parcours de soins de l'audition qu'il convient de faire émerger, en l'encadrant.

Plus que jamais, au regard de l'évolution démographique de la population, l'audioprothèse, doit être d'abord regardée pour la contribution qu'elle apporte au système de soins et à la qualité de vie des patients. L'Inserm a mis en évidence que l'utilisation d'appareils auditifs évite le sur-déclin cognitif constaté chez les malentendants âgés.

Il est temps d'en finir avec les contrevérités, qui ne font qu'ajouter de la confusion, pour se consacrer, enfin, à la réflexion sur les moyens de réduire le reste à charge, qui discrimine socialement les malentendants.

Le secteur de l'audioprothèse emploie environ 10 000 personnes en France et équipe près de 400 000 déficients auditifs chaque année. Environ 2 millions de personnes sont équipées dans notre pays, alors que près de 3 millions pourraient l'être.

## SYNTHESE

Environ 2 millions de personnes atteintes de déficit auditif sont équipées dans notre pays, alors que près de 3 millions pourraient l'être. Or les limitations fonctionnelles auditives s'aggravent avec l'âge. L'Inserm a récemment mis en évidence le rôle de l'audioprothèse pour éviter le sur-déclin cognitif et retarder la survenue de la dépendance chez les sujets âgés.

Les appareils auditifs constituent l'un des éléments du parcours de soins de l'audition. Le médecin ORL diagnostique l'origine de la baisse d'audition, et, dès lors que celle-ci ne relève pas d'un traitement médical ou chirurgical, prescrit une réhabilitation par des appareils auditifs. Comme le prévoit le Code de la santé publique, c'est l'audioprothésiste qui procède à l'appareillage, fait le choix du type d'appareils, puis en assure l'adaptation, la délivrance et le suivi pendant toute la durée de vie des appareils, environ 5 ans. La continuité de cet accompagnement personnalisé mobilise jusqu'à 20 heures de travail effectué par l'audioprothésiste dans le cadre d'un plateau technique spécifique. Elle conditionne fortement la satisfaction, elle-même étroitement corrélée à l'observance.

L'audioprothésiste est un professionnel de santé de proximité. Son métier n'est pas automatisable et son rôle est déterminant dans l'adhésion du déficient de l'ouïe à l'utilisation de ses appareils. D'ailleurs, lors du renouvellement de leur équipement, parmi les utilisateurs d'appareils auditifs, 1 sur 2 est d'abord influencé par l'audioprothésiste et seulement 1 sur 10 l'est par le prix, et ce malgré le poids du reste à charge très lourd. En revanche, les non utilisateurs, néophytes en la matière, eux sont d'abord influencés par le prix, ce qui pose la question des publicités basées sur des prix d'appel, qui n'ont pas leur place dans ce métier fortement « opérateur-dépendant ».

Depuis 1996, les progrès technologiques ont conduit à un accroissement des performances de l'audioprothèse et à une nette amélioration du rapport qualité/prix. Ce prix, qui se situe clairement dans la moyenne basse européenne, intègre le coût de l'accompagnement et de la continuité du suivi dont l'audioprothésiste est l'effecteur.

Les gains de productivité étant limités, le temps passé avec les patients incompressible et proportionnel au nombre de patients suivis, il est difficile d'envisager une action par le seul prix. Les réseaux de certaines complémentaires santé recourent à des promotions sur le prix et développent l'audioprothèse dans les chaînes d'optique pour contourner la profession. Les tarifs d'appel proposés ne sont pas viables à qualité de service équivalente. Ils encouragent en outre une audioprothèse à deux vitesses avec, d'un côté l'appareillage en formule « low-cost » de certaines personnes jeunes au déficit léger et, de l'autre l'appareillage des personnes plus âgées ou présentant un déficit auditif important, qui seraient prises en charge à des coûts plus élevés dans des structures « conventionnelles ». La course au prix le plus bas se traduit inévitablement par une réduction du temps avec le patient avec, à la clé, une moindre observance et des renouvellements prématurés de l'équipement. Ainsi la politique de prix de certaines chaînes d'optique et de certains réseaux n'est destinée qu'à développer leurs parts de marché, sans tenir compte du coût réel des services à fournir. A moyen terme, un rattrapage de leurs tarifs est inéluctable. C'est

pourquoi le secteur de l'audioprothèse appelle à une régulation publique qui passe par une remobilisation de l'assurance maladie.

La principale problématique de l'accès à l'audioprothèse réside, en réalité, dans l'importance du reste à charge. Les remboursements obligatoires sont, en France, les plus faibles et hors de proportion avec ceux des pays voisins : 120 € par oreille contre 840 € en Allemagne. Les bases de la prise en charge n'ont pas évolué depuis 1986. Ainsi le remboursement moyen de l'assurance maladie et des complémentaires en France, environ 470€, est très inférieur aux seuls remboursements publics des pays limitrophes. Le reste à charge moyen pour les adultes, entre 60 et 65 %, environ 1 000 € par oreille sur un prix moyen de 1500 €, instaure une discrimination sociale majeure. La prise en charge au titre de l'assurance maladie est actuellement fortement déconnectée de la réalité économique et c'est sur ce levier que les audioprothésistes veulent agir en invitant à une reconquête de l'audioprothèse par l'assurance maladie. Cette action ne doit pas être envisagée en tant que dépense pour les Pouvoirs publics mais comme un investissement générateur d'économies rapides en repoussant l'entrée des patients dans la dépendance. Les plus de 65 ans représentent 75 % de la dépense en audioprothèse et les plus de 75 ans 54 %.

Il faut également mettre face à leurs responsabilités les instigateurs de campagnes de dénigrement des audioprothésistes. Elles entraînent une défiance chez certains patients envers les professionnels conduisant au report de leur équipement, avec des conséquences potentielles délétères pour leur santé et des dépenses évitables pour notre système de soins.

Le Syndicat national des audioprothésistes (UNSAF) est prêt à s'engager et propose aux Pouvoirs publics la mise en place de tarifs négociés pour une gamme d'accessibilité comprenant des appareils auditifs performants, pour une valeur permettant l'accès au plus grand nombre.

## I. LES DONNEES DISPONIBLES

### 1. Sélection des principales études publiques récentes traitant d'audioprothèse

- « *Etude européenne sur le marché et les prix des aides techniques destinées aux personnes handicapées et âgées en perte d'autonomie* », Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), 2009.

La CNSA dresse un état des lieux européen de la prise en charge, des marchés et des prix de trois aides techniques - aides auditives, aides pour déficients visuels et fauteuils roulants - dans une étude publiée en décembre 2009. Elle a été conduite par la société Alcimed entre février et novembre 2009 au Royaume-Uni, en Allemagne, en Suède, en Italie et en Espagne à la demande de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques de la CNSA.

La synthèse transversale, les synthèses des trois aides techniques étudiées et les monographies des cinq pays sont disponibles sur le site de la CNSA<sup>1</sup>.

- « *Analyse économique du secteur des appareillages optiques et auditifs* », Direction de la Sécurité Sociale (DSS), 2011

Dans son rapport de juillet 2008, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) soulignait que les secteurs l'audioprothèse et de l'optique conjuguèrent un fort reste à charge et une faible implication de l'Assurance Maladie. La DSS a donc lancé une étude des deux secteurs afin d'établir un panorama et, notamment, de mieux connaître la structuration des réseaux de distribution ainsi que les prix des appareillages.

- « *La généralisation de la couverture complémentaire en santé. Avis et rapport du HCAAM* », Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), 2013

Saisi en mars 2013 par le gouvernement dans le cadre de l'objectif présidentiel de généralisation de la couverture complémentaire en santé, le HCAAM a adopté un avis accompagné d'un rapport. Ces documents portent un diagnostic sur le rôle de l'assurance maladie complémentaire, les inégalités de garanties et d'aide publique selon les contrats. Ils analysent également les conditions et les enjeux d'une extension de l'assurance complémentaire en santé à l'ensemble de la population.

Ces documents sont librement consultables<sup>2</sup>.

- « *Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées* », Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 2013

L'IGAS a conduit une mission d'évaluation de la politique des aides techniques en direction des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes. Dans une première partie, le rapport propose un bilan du système actuel dont il analyse le pilotage et l'organisation, le financement, les méthodes de prescription-préconisation et la satisfaction des attentes des usagers. Le rapport propose ensuite des pistes d'amélioration.

Les audioprothèses, étant à la fois des aides techniques et des dispositifs médicaux, y sont décrites en détail.

Le rapport est disponible en ligne<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> <http://www.cnsa.fr/etude-europeenne-sur-le-marche-et-les-prix-des-aides-techniques-destinees-aux-personnes-handicapees-et-agees-en-perte-d'autonomie>

<sup>2</sup> [http://www.securite-sociale.fr/La-generalisation-de-la-couverture-complementaire-en-sante-Rapprt-du-HCAAM-juillet-2013?var\\_mode=calcul](http://www.securite-sociale.fr/La-generalisation-de-la-couverture-complementaire-en-sante-Rapprt-du-HCAAM-juillet-2013?var_mode=calcul)

<sup>3</sup> <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article331>

- « **Dispositifs médicaux : circuits et marges de distribution en ville et rôle des prestataires à domicile** », Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 2014

Le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé a commandé ce rapport en 2013 afin d'analyser le secteur des dispositifs médicaux (DM) et de proposer des recommandations autour de trois axes : la distribution des DM et les marges associées, les prestataires de service à domicile et le processus d'achat des DM à l'hôpital.

Le secteur de l'audioprothèse est largement traité, notamment dans l'annexe 5 : « *Le secteur des audioprothèses* ».

- « **Étude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête "Handicap-Santé"** », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), 2014

Ce document présente les résultats détaillés sur la participation à la vie en société des personnes ayant des problèmes auditifs (vie familiale, vie professionnelle, loisirs...), leurs difficultés dans la vie quotidienne et les aides dont ils bénéficient (aides humaines, techniques et financières).

Le document est disponible sur le site de la DREES<sup>4</sup>.

- « **Étude sur les prix, les marges et le fonctionnement du marché des appareils auditifs en Belgique** », Service public fédéral Économie (Belgique), 2015

L'étude sur le secteur des appareils auditifs a pour but d'apporter plus de transparence sur le fonctionnement de ce secteur en Belgique. Après l'analyse de l'organisation globale du marché des appareils auditifs en Belgique, l'étude se focalise entre autres sur l'évolution et le niveau moyen des prix, la description des différents schémas de distribution, l'analyse financière des principaux acteurs du secteur, et enfin une comparaison de la situation en Belgique et de celle des pays voisins.

L'étude est librement accessible<sup>5</sup>.

## 2. Les autres sources de données

### - Les études EuroTrak

Prenant pour modèle les études américaines MarkeTrak, l'Association européenne des fabricants d'appareils auditifs (Ehima)<sup>6</sup> a entrepris des enquêtes sur le marché des appareils auditifs en Europe.

Les questionnaires ont été conçus pour être compatibles avec MarkeTrak et donc permettre les comparaisons entre Europe et Amérique du Nord. Ce sont des enquêtes en ligne effectuées auprès d'un panel représentatif en ce qui concerne l'âge, le sexe ainsi que la région de domicile. Les principaux points enquêtés par auto-évaluation sont l'état de l'audition et l'utilisation d'appareils auditifs. Les enquêtes sont répétées tous les 3 ans afin d'obtenir des tendances dans le temps.

En moyenne, 15 000 personnes sont interrogées à chaque campagne afin d'obtenir 1 500 personnes présentant un déficit auditif, dont 500 à 600 équipées d'appareils auditifs.

Après une première campagne en 2009 dans les trois plus grands marchés européens, l'Allemagne, le Royaume-Uni et la France, les enquêtes ont été reconduites en 2012 et étendues au Japon ainsi qu'à quatre pays européens supplémentaires : la Norvège, la Suisse, l'Italie et le Danemark<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> <http://www.drees.sante.gouv.fr/etude-quantitative-sur-le-handicap-auditif-a-partir-de-l-11341.html>

<sup>5</sup> [http://economie.fgov.be/fr/binaries/Etude\\_Appareils\\_auditifs\\_tcm326-261094.pdf](http://economie.fgov.be/fr/binaries/Etude_Appareils_auditifs_tcm326-261094.pdf)

<sup>6</sup> <http://www.ehima.com/>

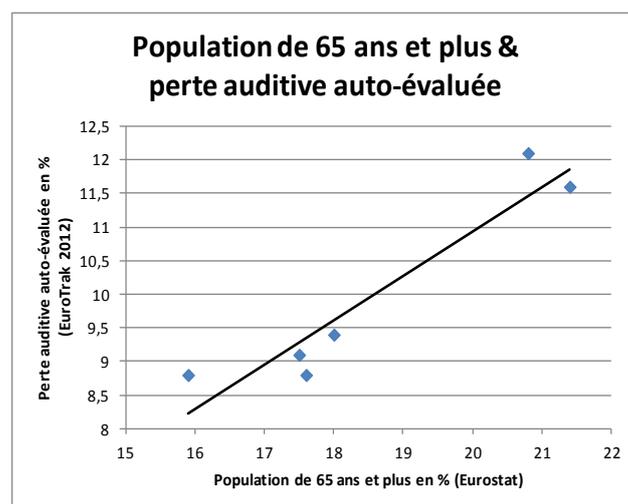
<sup>7</sup> <http://www.ehima.com/documents/>

La troisième campagne, EuroTrak 2015, est en cours mais sont déjà publiés les résultats pour la France, la Suisse, le Royaume-Uni, l'Allemagne et le Japon.

La méthodologie rigoureuse de ces travaux conduits par la société d'études suisse Anovum<sup>8</sup>, en a fait une source d'informations de référence, reprise dans les études publiques, par exemple en France par la DREES en août 2014<sup>9</sup> ou en Belgique<sup>10</sup>.

À titre d'exemple, on constate une corrélation remarquable entre la population de plus de 65 ans, la plus concernée par le déficit auditif, et la perte auditive auto-évaluée, mesurée par EuroTrak 2012. Cf. tableaux ci-dessous<sup>11</sup>.

	Population de 65 ans et plus en % (Eurostat)	Perte auditive auto-évaluée en % (EuroTrak 2012)
Norvège	15,9	8,8
Royaume-Uni	17,5	9,1
Suisse	17,6	8,8
France	18,0	9,4
Allemagne	20,8	12,1
Italie	21,4	11,6



#### - « Market Study of Western Europe »

M. Tony Grant-Salmon, ancien président de la *British Hearing Aid Manufacturers Association* et ancien président de *Knowles Europe*, publie annuellement son étude « *Market Study of Western Europe* ».

Ce document détaille les types d'appareils auditifs et les volumes vendus annuellement dans les principaux pays d'Europe de l'Ouest<sup>12</sup>.

#### - Base de données SNIIRAM (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie)

« Créé en 1999 par la loi de financement de la sécurité sociale, le SNIIRAM est une base de données nationale dont les objectifs sont de contribuer à une meilleure gestion de l'Assurance maladie et des politiques de santé, d'améliorer la qualité des soins et de transmettre aux professionnels de santé les informations pertinentes sur leur activité »<sup>13</sup>.

Son périmètre national inter-régimes permet l'évaluation des dépenses de soins de l'ensemble des assurés sociaux.

<sup>8</sup> <http://www.anovum.com/en/>

<sup>9</sup> Étude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête « Handicap-Santé », op. cit. page 59

<sup>10</sup> Étude sur les prix, les marges et le fonctionnement du marché des appareils auditifs en Belgique, op. cit. pages 7, 41, 42 et 46

<sup>11</sup> Mark Laureyns, AEA for Institut of Medecine, 10.09.2015

<sup>12</sup> Le marché d'Europe de l'Ouest 2011 vs 2010, Audio infos n°173, Juillet-Août 2012 ; Le marché d'Europe de l'Ouest 2014 vs 2013, Audio infos n°203, Juin-Juillet 2015

<sup>13</sup> <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/sniiram/finalites-du-sniiram.php>

## II. PREVALENCE DU DEFICIT AUDITIF : FORTEMENT CONCENTREE CHEZ LES PLUS DE 65 ANS

### 1. Prévalence globale

La DREES<sup>14</sup> se base sur l'enquête Handicap-Santé de 2008 (30 000 personnes vivant en ménage ordinaire et 9 000 personnes vivant en institution interrogés).

Selon la DREES, « environ 5,5 millions de personnes sont concernées par une limitation moyenne à lourde, dont 360 000 ont des limitations fonctionnelles auditives (LFA) très graves ou totales. ».

« Si l'on exclut les limitations "légères", le taux de prévalence est de 8,6 %. »

A titre de comparaison, l'enquête déclarative EuroTrak 2009 donne un taux de prévalence de 10,4 % de l'ensemble de la population.

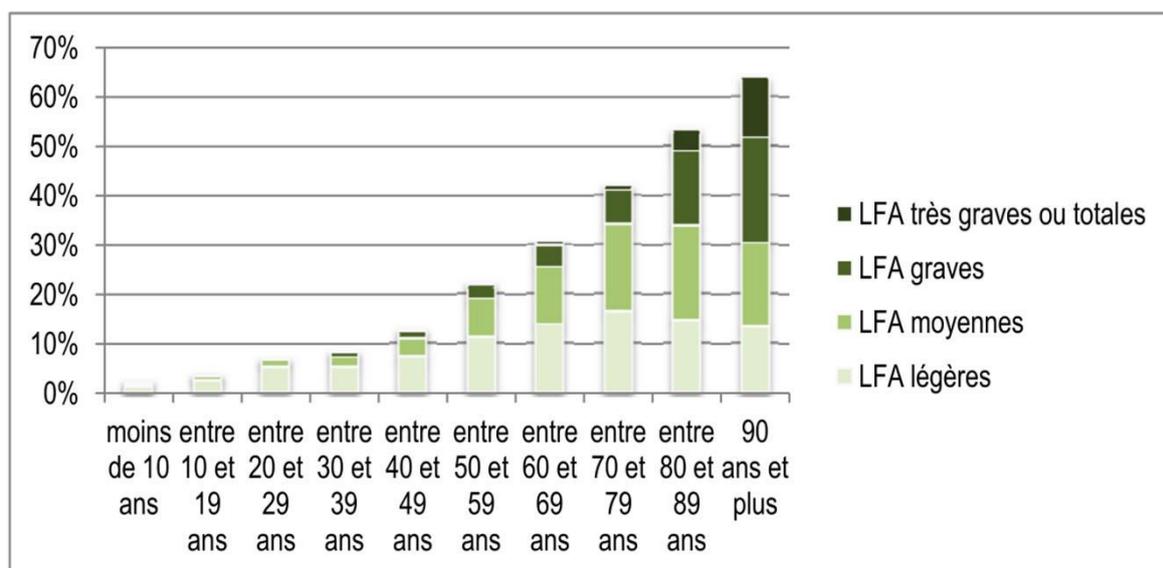
La DREES conclut : « Les légers troubles de l'audition sont rarement pris en compte dans les autres enquêtes déclaratives françaises. En France, si l'on exclut les handicaps légers, les taux de prévalence déclaratifs sont généralement proches du taux observé dans HSM ».

Les résultats les plus récents sont ceux de EuroTrak 2015 : 9,3 % de l'ensemble de la population, 66 millions de personnes, soit environ 6 138 000 personnes déclarant présenter un déficit auditif.

### 2. Prévalence par âge (données et texte DREES)

« La prévalence des limitations fonctionnelles auditives croît très rapidement avec l'âge (figure 2). À l'âge de 25 ans, 5 % de la population ressent de légères difficultés auditives. À 50 ans, une personne sur cinq a au moins de légères difficultés auditives, une personne sur dix présente des limitations fonctionnelles auditives moyennes. »

Figure 2 - Part des personnes ayant des limitations fonctionnelles auditives selon l'âge et la gravité



LECTURE : 11% DES PERSONNES ÂGÉES DE 50 À 59 ANS ONT DES LIMITATIONS AUDITIVES DE NIVEAU LÉGER. 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.

<sup>14</sup> Étude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête « Handicap-Santé », op. cit.

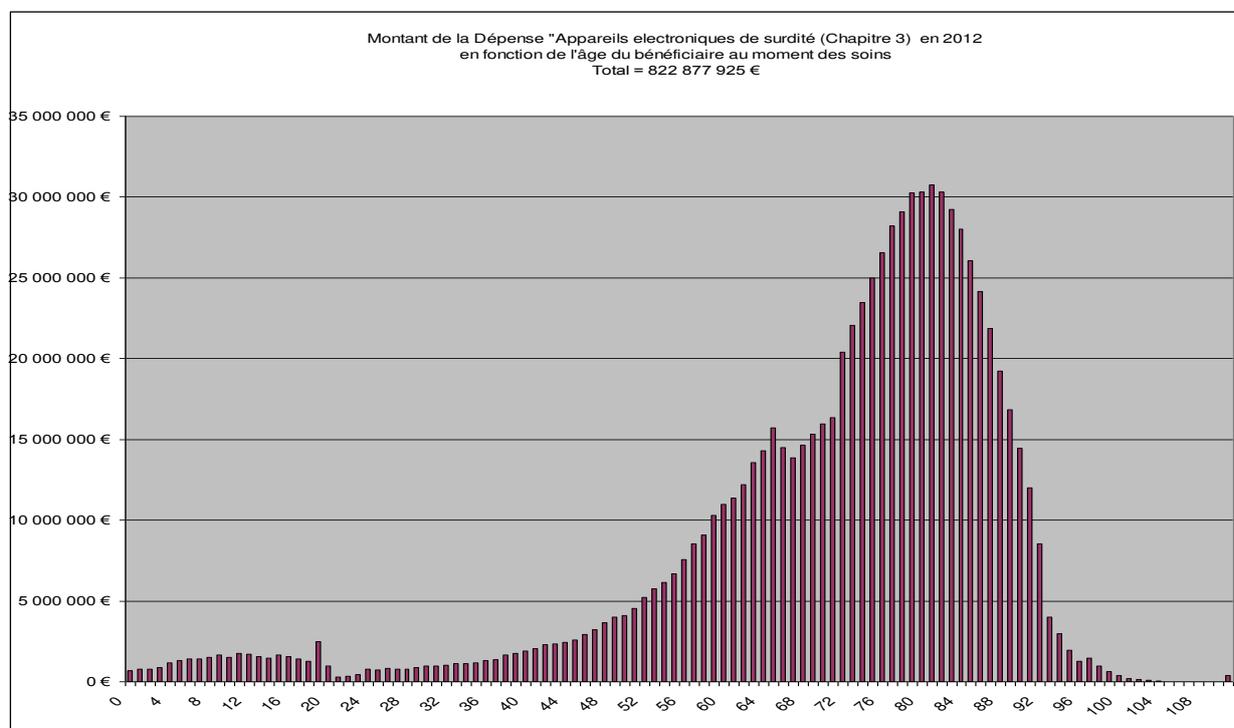
« Pour les populations les plus âgées, il est plus fréquent de souffrir de LFA que de ne pas avoir de problème d'audition : à partir de 80 ans, plus d'une personne sur deux a des problèmes auditifs, même s'ils ne sont que légers.

Les limitations fonctionnelles auditives moyennes à totales concernent donc majoritairement des personnes âgées : 59 % des personnes atteintes ont plus de 60 ans et 29 % sont âgées de 75 ans et plus. »

### 3. Dépenses en audioprothèse en fonction de l'âge

L'UNSAF, en tant que membre de l'Union nationale des professions de santé (UNPS) a accès aux données de l'Assurance Maladie : le SNIIRAM.

Extraction SNIIRAM du montant présenté au remboursement en fonction de l'âge pour l'année 2012 :

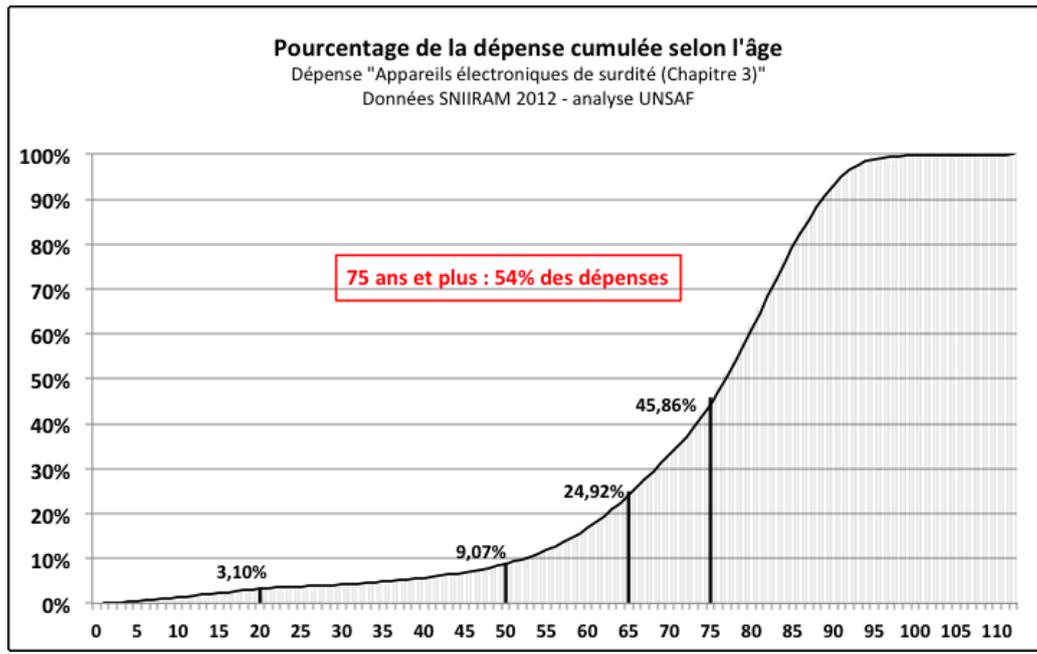


Ces données sont bien corr l es à la prévalence donn e par la DREES. Deux effets de seuil sont à noter :   20 ans la fin du remboursement spécifique aux enfants et à 65 ans la fin de la prise en charge par les contrats collectifs des complémentaires.

Le montant maximal de dépense, près de 31 millions d'euros, est obtenu pour les patients âgés de 81 ans.

Le pourcentage de la dépense cumul e selon l'âge est de :

- 3,10 % pour les moins de 20 ans
- 9,07 % pour les moins de 50 ans
- 24,92 % pour les moins de 65 ans
- 45,86 % pour les moins de 75 ans



Les plus de 65 ans représentent donc 75 % de la dépense et les plus de 75 ans 54 %.



## 2. Le métier d'audioprothésiste : adaptation et suivi personnalisés pour chaque patient

Depuis 1967<sup>16</sup>, l'audioprothésiste, qui procède à l'appareillage des déficients de l'ouïe, fait le choix, l'adaptation, la délivrance et le suivi pendant toute la durée de vie de l'appareillage, environ 5 ans.

Lors d'un premier rendez-vous, l'audioprothésiste interroge le patient sur sa perte auditive et ses antécédents ; il réalise également des tests d'audiométrie afin d'évaluer la gêne subie de manière précise. L'importance et le type de la perte auditive, les éventuels antécédents ORL, les particularités individuelles, ainsi que les attentes du patient nécessitent une prise en charge unique et attentive. Tous ces paramètres orientent le choix des appareils, parmi des centaines de modèles disponibles, puis l'édition du devis.

Une période d'essai de plusieurs semaines, ponctuée de nombreux rendez-vous, est ensuite indispensable à la rééducation des aires auditives cérébrales, souvent sous stimulées depuis des années. Elle permet également de rassurer et d'accompagner le patient dans son apprentissage de l'utilisation des appareils et son acceptation psychologique<sup>17</sup>.

Lorsque l'appareil est délivré, son adaptation physique et acoustique est contrôlée, puis un suivi pour la rééducation auditive et le réajustement de l'appareil est planifié. Le compte-rendu médical est ensuite adressé au prescripteur.

Puis, pendant toute la durée de vie de l'appareillage, il est prévu par la LPPR<sup>18</sup> « *un suivi biannuel selon les besoins du patient* » permettant de vérifier l'adaptation et d'effectuer des ajustements personnalisés réguliers, tout au long de la durée d'utilisation du matériel. Ce suivi est indispensable pour l'entretien du matériel mais aussi pour les réglages car l'audition des malentendants continue à évoluer et nécessite de réguliers ajustements, d'où l'importance de bien connaître son patient et le matériel adapté initialement.

Les professionnels de l'audition doivent s'adapter à des patients « complexes » et savoir fournir un équipement dont ces derniers ne veulent pas *a priori* (freins psychologiques, peur de la stigmatisation, etc.) et dont les bénéfices ne sont appréciés que plusieurs jours, voire plusieurs semaines, après le début de l'utilisation.

Ainsi, le temps consacré par l'audioprothésiste pour une adaptation, évalué en 2000 par le Conseil National de la Consommation<sup>19</sup>, représente un volume compris entre 11 heures et demi et 20 heures et demi. Aujourd'hui cet ordre de grandeur est confirmé, et est au-delà de 20 heures pour les patients atteints de déficits particuliers ou pour les enfants.

---

<sup>16</sup> Article L4361-1 du CSP « *Est considérée comme exerçant la profession d'audioprothésiste toute personne qui procède à l'appareillage des déficients de l'ouïe. Cet appareillage comprend le choix, l'adaptation, la délivrance, le contrôle d'efficacité immédiate et permanente de la prothèse auditive et l'éducation prothétique du déficient de l'ouïe appareillé. La délivrance de chaque appareil de prothèse auditive est soumise à la prescription médicale préalable et obligatoire du port d'un appareil, après examen otologique et audiométrique tonal et vocal.* »

<sup>17</sup> Non prévue par la législation mais proposée par la plupart des professionnels

<sup>18</sup> Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie :

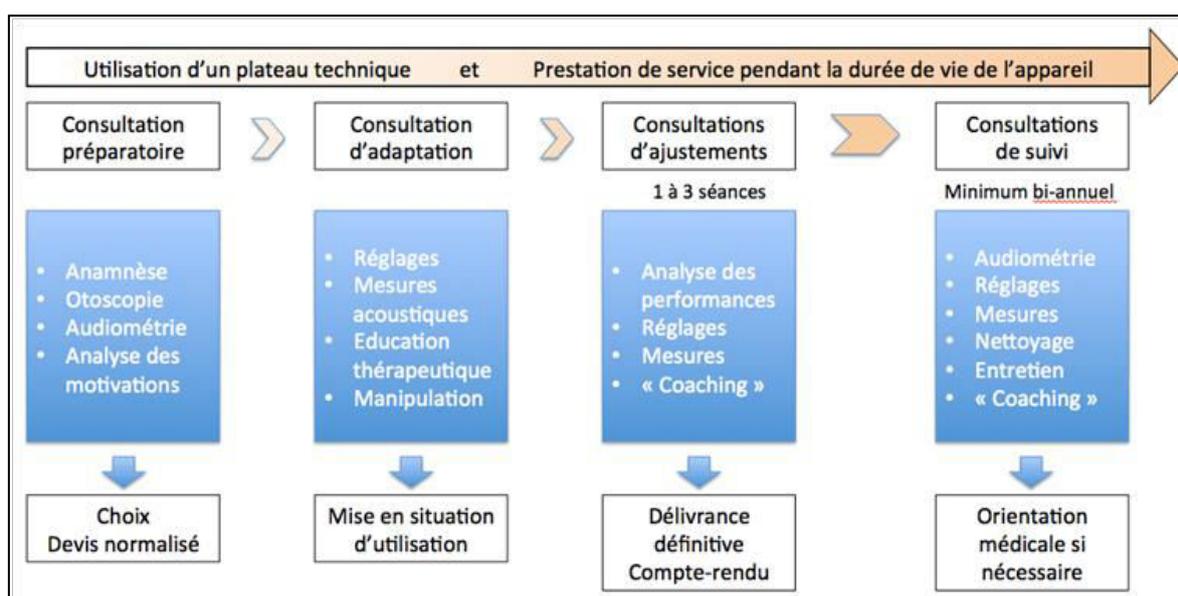
<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/nomenclatures-et-codage/liste-des-produits-et-prestations-lpp/liste-des-produits-et-prestations-lpp/consultation-et-telechargement-de-la-lpp.php>

<sup>19</sup> Avis du Conseil national de la consommation relatif aux prothèses auditives NOR - ECOC0000083V :

[http://www.economie.gouv.fr/files/files/directions\\_services/dgcrf/boccrf/00\\_03/a0030013.htm](http://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/dgcrf/boccrf/00_03/a0030013.htm)

Entre également en ligne de compte le plateau technique de l'audioprothésiste. Celui-ci comprend « *un local réservé à cet effet et aménagé, selon des conditions fixées par décret* »<sup>20</sup> et un ensemble de matériel technique spécialisé dont la liste est définie dans le Code de la Santé Publique<sup>21</sup>.

Afin de normer les conditions de formation professionnelle, de plateau technique et de matériels spécialisés, mais aussi d'éthique et de déontologie, la profession a conçu avec l'Afnor la première norme de services dans le champ de la santé. La norme NF EN 15927, « *Services offerts par les audioprothésistes* », a été publiée en novembre 2010<sup>22</sup>.



Source : Brice Jantzem

Ainsi, le professionnel « *ne vend pas des appareils* » mais facture le matériel et un service indissociable, comprenant son expertise pour leur choix et leur adaptation, son temps pour l'adaptation, l'éducation thérapeutique du patient et son suivi personnalisé régulier, aussi souvent que cela semble nécessaire à l'utilisateur, et l'utilisation de son plateau technique.

Ceci induit un meilleur fonctionnement quand les patients peuvent librement choisir le professionnel qui sélectionnera, adaptera et assurera le suivi de leurs appareils auditifs.

Le « *colloque singulier* » qui s'instaure entre l'audioprothésiste et le patient joue, comme pour les autres professions de santé, un rôle déterminant dans l'adhésion à l'utilisation de l'équipement auditif.

Il en découle une concurrence entre les professionnels fondée, comme c'est le cas dans les autres secteurs de la santé, sur la réputation, qui incitera les utilisateurs à s'orienter plus fréquemment vers ceux qui sont plus appréciés (sur les conseils du corps médical, par le bouche-à-oreille, etc.). Ces derniers suivront donc un nombre plus important de déficients

<sup>20</sup> Articles L4361-6 et D4361-19 du Code de la Santé Publique

<sup>21</sup> Article D4361-20 du Code de la Santé Publique

<sup>22</sup> Communiqué Unsaf, Audioprothésistes : une norme européenne au service des clients : [www.unsaf.org/doc/CP\\_Unsaf\\_Afnor\\_norme\\_Europeenne.pdf](http://www.unsaf.org/doc/CP_Unsaf_Afnor_norme_Europeenne.pdf)

auditifs, contribuant à améliorer la satisfaction globale grâce à cette « concurrence par la qualité ».

La phase de distribution ne peut être considérée comme de la « distribution pure ». Il s'agit avant tout d'un service adapté et personnalisé, étalé sur plusieurs années. C'est ce qui distingue l'audioprothèse de nombreux autres dispositifs médicaux.

Au regard du caractère prédominant du temps passé par l'audioprothésiste, il n'est pas acceptable de calculer des « marges » ou des coefficients multiplicateurs entre prix d'achat de l'appareil et prix de vente de l'appareillage. La seule notion judicieuse est le bénéfice net ou la marge nette dégagée par le centre d'audioprothèse.

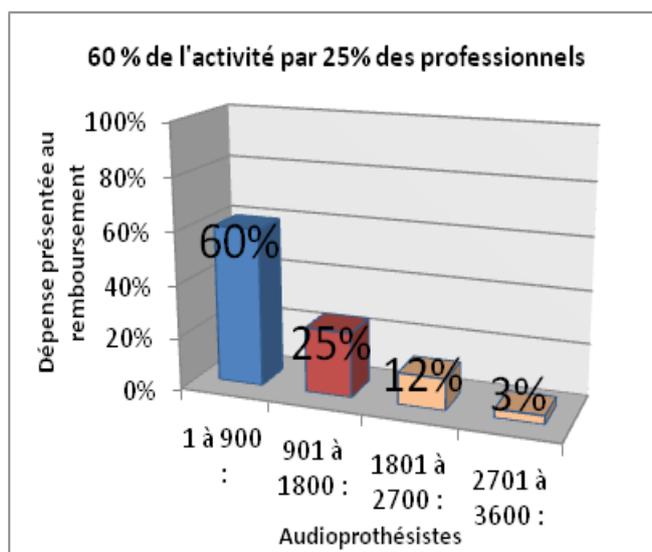
### 3. Un métier de santé non « automatisable » dont la publicité doit être encadrée

Des chercheurs d'Oxford ont étudié 702 professions aux Etats-Unis et concluent que l'automatisation y met en péril 47 % des emplois<sup>23</sup>. En reprenant la méthodologie de cette étude, le cabinet Roland Berger a calculé la probabilité d'automatisation de plus de 600 métiers dans les prochaines années<sup>24</sup>. Dans le domaine de la santé, parmi les rares professions présentant une probabilité d'automatisation nulle, on trouve notamment chirurgien-dentiste, médecin et audioprothésiste. La profession d'opticien-lunetier, à laquelle on veut souvent comparer les audioprothésistes, a, quant à elle, une probabilité d'automatisation de 71 %.

Cette importance du « rôle de l'audioprothésiste dans la réussite de l'appareillage »<sup>25</sup>, est également mise en évidence par les données de l'Assurance Maladie.

Une extraction IDS<sup>26</sup>-UNSAF des données SNIIRAM pour 2011 montre une disparité importante de l'activité des centres d'audioprothèse : sur les 3600 centres d'audioprothèse, les 25% plus importants génèrent 60% de l'activité.

	Cumul dép. prés. au remb.	% du total	Dépense moyenne
1 à 900 :	485 760 422,74	<b>60,0%</b>	539 733,80
901 à 1800 :	199 559 018,84	<b>24,6%</b>	221 732,24
1801 à 2700 :	96 918 331,32	<b>12,0%</b>	107 687,03
2701 à 3600 :	26 591 534,35	<b>3,3%</b>	29 546,15
<b>Total :</b>	<b>808 829 307,25</b>	<b>99,9%</b>	<b>225 006,04</b>



Ainsi 50 % des centres les plus modestes, soit environ 1800, dont la vertu supposée serait d'offrir une offre de proximité, ne parvient cependant à générer que 15% de la dépense présentée au remboursement.

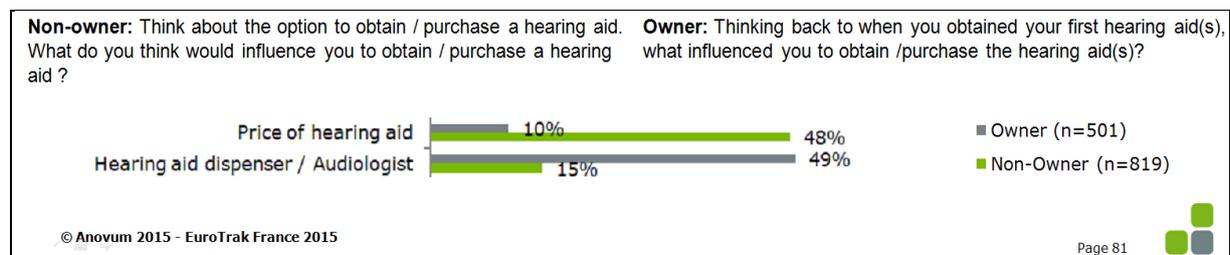
<sup>23</sup> Frey, C. B., Osborne, M. A. *The future of employment: how susceptible are jobs to computerisation*, Oxford Martin School, 2013. [http://www.oxfordmartin.ox.ac.uk/downloads/academic/The\\_Future\\_of\\_Employment.pdf](http://www.oxfordmartin.ox.ac.uk/downloads/academic/The_Future_of_Employment.pdf)

<sup>24</sup> Le Point, *Les métiers qui vont bien résister à l'automatisation (et les autres)*, 3 juillet 2014

<sup>25</sup> Que choisir, 2009

<sup>26</sup> Institut des données de santé

Les données d'EuroTrak France 2015 pointent également l'importance du professionnel. Alors que les non-utilisateurs d'appareils auditifs sont très influencés par le prix (48 %) et peu par l'audioprothésiste (15 %). Les utilisateurs d'appareils auditifs ont des opinions diamétralement opposées : très influencés par l'audioprothésiste (49 %) et peu influencés par le prix (10 %), et ce alors que, dans notre pays, les sommes restant à leur charge, après remboursements obligatoires et complémentaires, sont conséquentes.



Cette sensibilité au prix des patients néophytes, conséquence du faible remboursement des appareils auditifs dans notre pays, pose la question des publicités basées sur le prix, apparues ces dernières années. Alors que les prix sont libres, qu'il n'y a pas de prix de référence, ces annonces proposent -40 %, voire -50 %.

D'évidence ce ne sont pas les « opérateurs » reconnus pour leur expertise qui tentent d'attirer les patients avec des publicités de ce type.

Exemple de publicité sur un site internet :

La Convention Nationale<sup>27</sup> conclue entre les Caisses d'Assurance Maladie et l'UNSAF fixe, en son article 3, les limites dans lesquelles la publicité peut être réalisée :

« Les fournisseurs s'interdisent de faire pression sur les assurés (...) par des procédés destinés à drainer la clientèle au moyen de dons de toute sorte, par des pressions auprès des organismes sociaux, ristournes aux praticiens sous quelque forme que ce soit (...) ».

Il serait souhaitable de faire respecter ce texte dans l'intérêt de la protection des patients.

<sup>27</sup> Arrêté du 13 août 1992 fixant la convention type entre les organismes d'assurance maladie et les audioprothésistes : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/fournisseurs-de-biens-medicaux/votre-convention/textes/convention-des-audioprothesistes.php>

## IV. LES PRIX, LE REMBOURSEMENT ET LE MARCHÉ DE L'AUDIOPROTHÈSE EN FRANCE

### 1. Depuis 1996, des performances en forte hausse et des prix divisés par deux

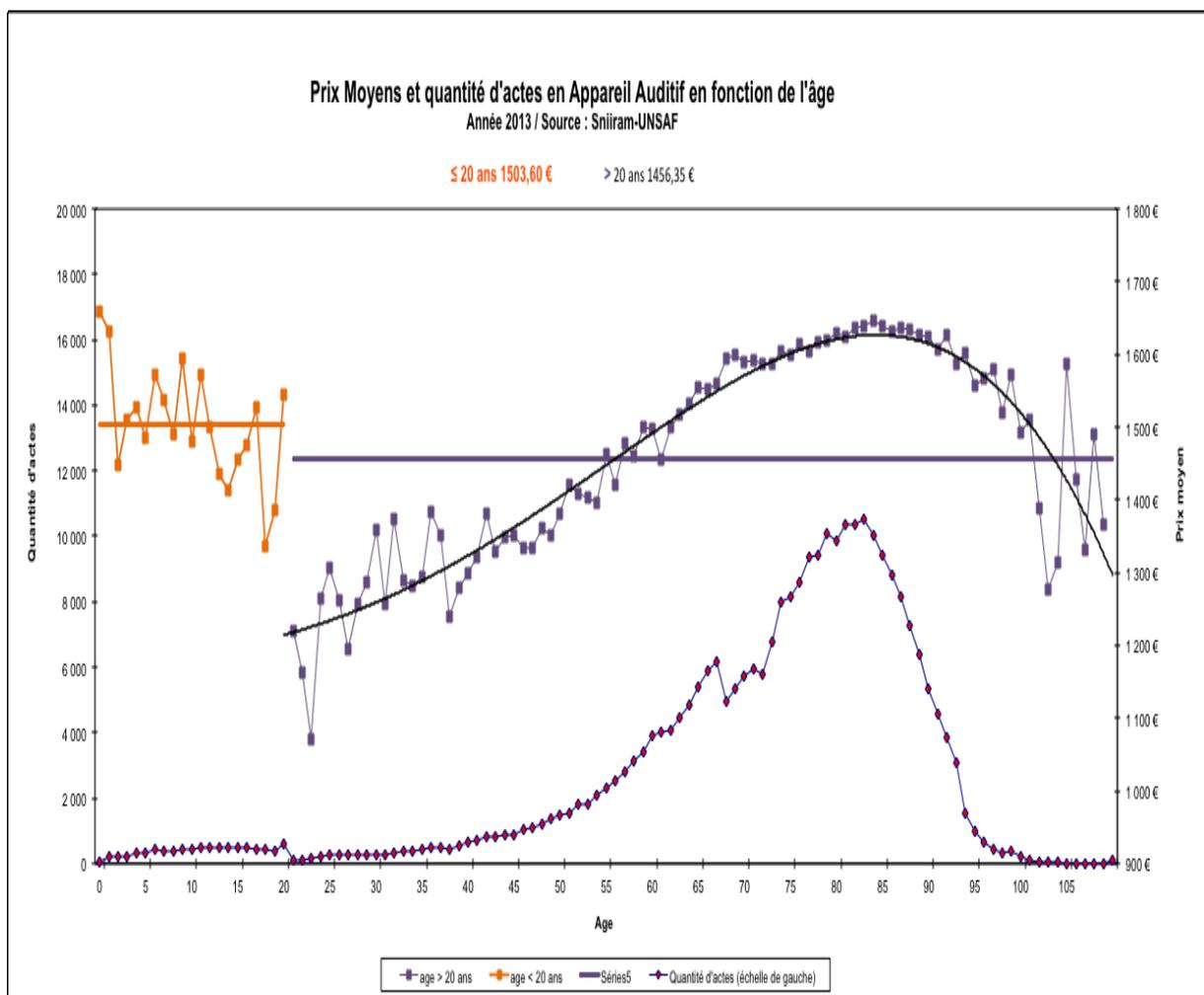
Le 16 mai 1996, le journal Le Monde intitulait son article consacré au premier appareil auditif numérique « *Douze mille francs l'unité* ». Cela équivaut à 2384 € actuels<sup>28</sup> pour un appareil inesthétique, doté de réglages sommaires et garanti un an.

Aujourd'hui, pour la moitié de cette somme, dès 1250€ environ, tous les malentendants peuvent bénéficier de solutions très discrètes, garanties 4 ans et incomparablement plus efficaces que celles de 1996.

Les progrès technologiques ont donc clairement fait baisser les prix et amélioré l'accessibilité aux appareils auditifs.

### 2. La structure des prix et les remboursements : 1000 € de reste à charge moyen

Une extraction UNSAF des données SNIIRAM pour 2013, nous permet de connaître le prix par oreille et les quantités d'actes en fonction de l'âge.



<sup>28</sup> <http://www.insee.fr/fr/service/reviser/calcul-pouvoir-achat.asp>

	- de 20 ans	20-64 ans	+ de 65 ans	Ensemble
<b>Px moyen</b>	1 503,60 €	1 349,51 €	1 560,83 €	1 465,37 €
<b>Nbr bénéf.</b>	8 064	59 458	218 271	285 793
<b>Nbr actes</b>	16 054	100 312	339 435	455 801
<b>Tx stéréos :</b>	99,08%	68,71%	55,51%	59,49%

En premier lieu, on constate des effets de seuil importants, à 20 ans, âge où cesse la prise en charge spécifique des enfants, puis à 65 ans, âge où prennent fin, les contrats collectifs des complémentaires et les prises en charge au titre du handicap (PCH, MDPH, AGEFIPH...).

Le prix moyen par oreille est de 1500 € environ pour les moins de 20 ans, alors que la base de remboursement est de 1400 €, soit, à 60%, 840 €. L'IGAS<sup>29</sup> remarquait que « *la surdité des enfants de moins de 20 ans est bien prise en charge, de manière simple, par l'assurance maladie* ».

Pour les personnes de plus de 20 ans, l'assurance maladie finance 60 % de 199,71 € par oreille, soit 119,83 €, les complémentaires santé 350 € en moyenne, soit 470€ au total.

Le prix moyen pour l'ensemble des patients étant de 1465 €, le reste à charge moyen est donc d'environ 1000 € par oreille.

En 2013, l'IGAS traitant des « *aides techniques, un instrument de prévention à la dépendance* », demandait la revalorisation « *prioritaire concernant les prothèses auditives dont la prise en charge au titre de l'assurance maladie est actuellement fortement déconnectée de la réalité économique* ».

La chute du remboursement obligatoire, à 20 ans, de 840 à 120 €, conduit à une chute du prix moyen de 1500 € à 1200 € environ, pour les jeunes de 20 à 30 ans. A un âge où la plupart poursuivent des études et tous auront à s'insérer dans le monde du travail, il est à craindre que cette forte et brusque augmentation du reste à charge provoque des difficultés d'accès à un équipement auditif de qualité.

Le prix moyen augmente ensuite graduellement pour atteindre un palier maximum de 1600€ environ pour les patients âgés de 70 à 85 ans. En effet, contrairement à une idée répandue, ce sont ces patients qui ont les besoins techniques les plus importants car, aux effets du déficit auditif s'ajoute celui du vieillissement, alors que les situations auditives complexes (réunions de famille, voyages, réunions, etc.) sont encore fréquentes.

Le grand âge, après 90 ans, s'accompagne d'une réduction de la vie sociale et des situations auditives complexes. Les patients sortent moins et communiquent avec un nombre limité d'interlocuteurs. Logiquement, la technicité des appareils auditifs adaptés diminue et le prix moyen diminue parallèlement.

Selon l'institut d'études de marché GfK, la gamme de prix se situe à 90,6 % entre 950 et environ 2000€ par oreille, pour la



<sup>29</sup> Rapport IGAS « *Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées* »

période avril 2014 - mars 2015. Leurs données font également apparaître un prix moyen proche de 1500 €.

### 3. Les prix en France dans la moyenne basse européenne

Dans le réseau Audition Mutualiste de la Mutualité française (380 centres et 10% du secteur), le prix moyen de l'appareillage est de 1345€, soit - 8 % du prix moyen du secteur. Le président de l'enseigne Audition Mutualiste constatait que « *sans profits et avec une centrale d'achat, nous diminuons seulement la facture de 10 à 15 %* »<sup>30</sup>.

Cette différence modérée entre ce réseau à vocation sociale et l'ensemble du marché, laisse à penser que les prix sont modérés dans notre pays, ce qui est confirmé par les comparaisons européennes.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) avait procédé en 2009 à une étude européenne à l'issue de laquelle les prix en France apparaissaient dans la moyenne basse européenne.

	France	Suède	Royaume-Uni	Allemagne	Espagne	Italie
Entrée de gamme	1000	980	570-1300	1100	1100-1600	800
Milieu de gamme	1500	980-1880	1800-2300	1100-1300	1700-2100	1000-2000
Haut de gamme	2000	2500	2700-2800	2400-2600	2200-3100	3900

Sources : Étude Alcimed 2009 pour l'observatoire des prix de la CNSA et, pour la France, estimations du Bucodes-SurdiFrance

Les remboursements obligatoires sont, en France, les plus faibles et hors de proportion avec ceux des pays voisins.

	France	Belgique	Suisse	Allemagne	Luxembourg	Italie
Remboursement public adultes pour un appareil	120	660	840 CHF	840 (revalorisé le 01.11.2013)	890	600

Source : Rapport annuel Amplifon 2012, page 37

Le remboursement moyen de l'Assurance Maladie et des complémentaires en France, environ 470€, est inférieur aux seuls remboursements publics des pays limitrophes.

Le 15 septembre 2015, la Cour des Comptes a publié son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, comparant modèles allemand et français. Elle notait : « *En Allemagne : des taux de prise en charge supérieurs mais sur un périmètre plus étroit qu'en France et "un bouclier sanitaire"* ».

L'audioprothèse y a été revalorisée en novembre 2013, à hauteur de 840 € par oreille pour l'adulte, soit autant que notre prise en charge enfant et sept fois nos 120 € versés aux adultes.

Ainsi, si le système français bénéficiait de ce supplément de 720 € de prise en charge, le reste à charge moyen des adultes de 1000 € par oreille serait divisé par quatre, à 16 %, se rapprochant du reste à charge en santé moyen des Français, 8,5 % en 2014.

<sup>30</sup> Protection sociale informations, *Audioprothésistes, l'ère de la concurrence*, 24 février 2010

En décembre 2014, le ministère de l'Économie belge publiait une étude approfondie sur « *les prix, les marges et le fonctionnement du marché des appareils auditifs en Belgique* » où l'on constatait que le prix moyen en Belgique, 1646 €, est 12 % plus élevé qu'en France<sup>31</sup>.

La conclusion de l'étude était que, « *sur la base des statistiques et informations disponibles, l'Observatoire des prix n'a relevé aucun problème relatif au fonctionnement du marché des appareils auditifs en Belgique* ».

Le New York Times consacrait, le 5 octobre 2015, un article aux obstacles à l'obtention d'appareils auditifs<sup>32</sup>. La gamme de prix pour l'adaptation d'appareils auditifs aux Etats-Unis y était donnée : de 1200 \$ à 2800 \$ par oreille, soit d'environ 1075 € à 2500 € par oreille.

L'IGAS constatait en 2013 que « *les distributeurs français pratiquent (...) des prix hauts de gamme plutôt faibles comparativement aux autres pays* ».

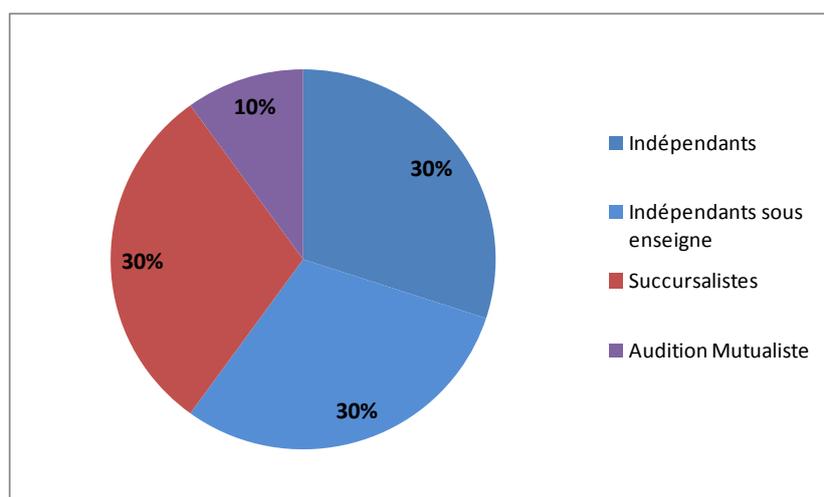
La Direction de la Sécurité Sociale (DSS) indiquait en mars 2011, dans son analyse économique du secteur<sup>33</sup> : « *marge nette : 0-10% pour les succursalistes, 5-12% pour les indépendants* ».

Enfin, en juin 2015, l'Inspection Générale des Finances<sup>34</sup>, estimant la rentabilité des audioprothésistes à 10 %, écrivait : « *faiblement prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, les audioprothèses connaissent une croissance en volume importante. (...) L'équipement en audioprothèses, aujourd'hui insuffisant, pourrait augmenter* ».

#### 4. Une forte concurrence constatée dans le marché de l'audioprothèse en France

En France, le secteur est très fragmenté.

Les indépendants représentent environ 60%, dont 30% sous enseigne (Entendre, Audition Conseil, Audio 2000...). Viennent ensuite les succursalistes à environ 30 %, dominés par deux groupes cotés en bourse, le principal acteur mondial Amplifon, coté à Milan, 11% et l'enseigne nationale, Audika, 10%. Enfin, le réseau de la Mutualité française, Audition Mutualiste, représente 10%.



<sup>31</sup> Institut des comptes nationaux, *Étude sur les prix, les marges et le fonctionnement du marché des appareils auditifs en Belgique*, décembre 2014,

<sup>32</sup> The New York Times, *The Hurdles to Getting Hearing Aids*, 5 octobre 2015 :

[http://well.blogs.nytimes.com/2015/10/05/the-hurdles-to-getting-hearing-aids/?\\_r=0](http://well.blogs.nytimes.com/2015/10/05/the-hurdles-to-getting-hearing-aids/?_r=0)

<sup>33</sup> Direction de la Sécurité Sociale, *Analyse économique du secteur des appareillages optiques et auditifs*, mars 2011

<sup>34</sup> Rapport IGF-IGAS, *La régulation du secteur des dispositifs médicaux*, juin 2015

Les indépendants sous enseigne partagent principalement une centrale d'achat et la publicité de la marque commune. Ils demeurent totalement libres dans leurs choix de fournisseurs et s'apparentent, dans leur activité quotidienne, aux indépendants sans enseigne.

Les deux chaînes succursalistes, Audika et Amplifon (Italie), totalisent ensemble plus de 800 centres d'audioprothèses en France. « *Entraîné notamment par la stratégie de maillage territorial des deux leaders du secteur, le nombre de centres a connu une croissance continue ces cinq dernières années (+ 5,3 % de croissance annuelle moyenne entre 2007 et 2012)* »<sup>35</sup>.

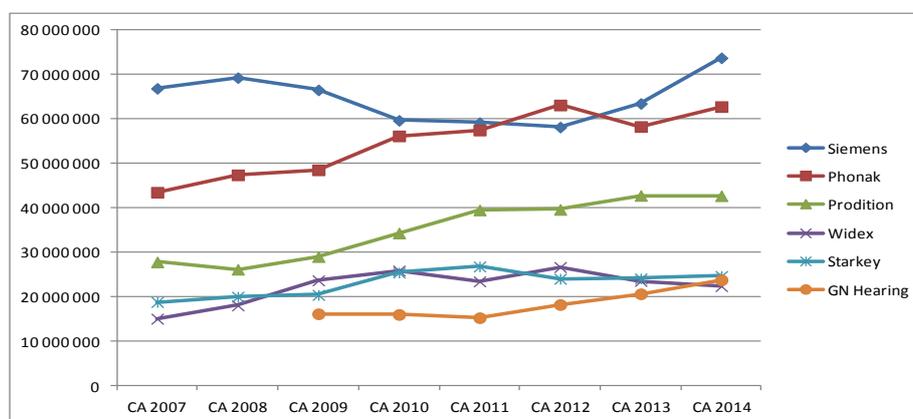
Le nombre de centres était estimé à environ 3600 en 2013.

Le marché est caractérisé par une forte concurrence dans la « distribution » d'aides auditives.

*Les Echos* évoquent une « pression concurrentielle » : « *Comment expliquer que les enseignes leaders sur le marché français, Audika et Amplifon, aient toutes deux réalisé un exercice 2013 médiocre, avec un chiffre d'affaires en recul de 5 % pour le premier (...) ? Tout d'abord, la pression concurrentielle (...) D'autre part, même si les enseignes affirment que le prix n'est pas le premier frein à l'appareillage - ce serait d'abord le refus de s'équiper d'un appareil réservé (...) aux « vieux » - la perte de pouvoir d'achat des Français a un impact non négligeable.* »<sup>36</sup>

*Le Monde* en montre les aspects : « *Dans la guerre des appareils auditifs, Audika (...) s'y est fait dépasser en 2013 par son grand rival, l'italien Amplifon. (...) Ce chassé-croisé est une preuve de plus de la concurrence très vive qui règne dans ce domaine. (...) Attirés par la perspective du « papy-boom », de plus en plus d'intervenants tentent leur chance sur ce marché. Quelque 200 nouveaux centres ouvrent chaque année, soit 6 % à 7 % de hausse par an. Parmi eux, beaucoup d'indépendants, mais aussi des opticiens comme Alain Afflelou ou Optical Center, qui installent des « coins audition ».* »<sup>37</sup>

Parmi les fabricants d'appareils auditifs, il est également constaté une forte concurrence. L'industrie de la fabrication d'aides auditives compte six acteurs internationaux : Sonova-Phonak, William Demant-Prodution, Siemens, Starkey, Widex et GN Hearing. Ces sociétés se différencient par le design, la miniaturisation et l'innovation.



Chiffre d'affaires en France (source: [www.societe.com](http://www.societe.com))

<sup>35</sup> Rapport IGF-IGAS, *La régulation du secteur des dispositifs médicaux*, juin 2015

<sup>36</sup> *Les Echos*, *Les prothèses auditives pénalisées par la crise*, 19 mars 2014

<sup>37</sup> *Le Monde*, *Audika détrôné par Amplifon sur le marché français des appareils auditifs*, 11 mars 2014

En tant que clients de leurs filiales françaises, la perception des audioprothésistes est qu'une forte concurrence est établie. Elle est aussi mise en évidence par les évolutions des parts de marché constatées dans leurs chiffres d'affaires entre 2007 et 2014.

Valorisé à 1 Md€ par l'Inspection Générale des Finances<sup>38</sup>, le marché des appareils auditifs a cru de manière dynamique ces dernières années.

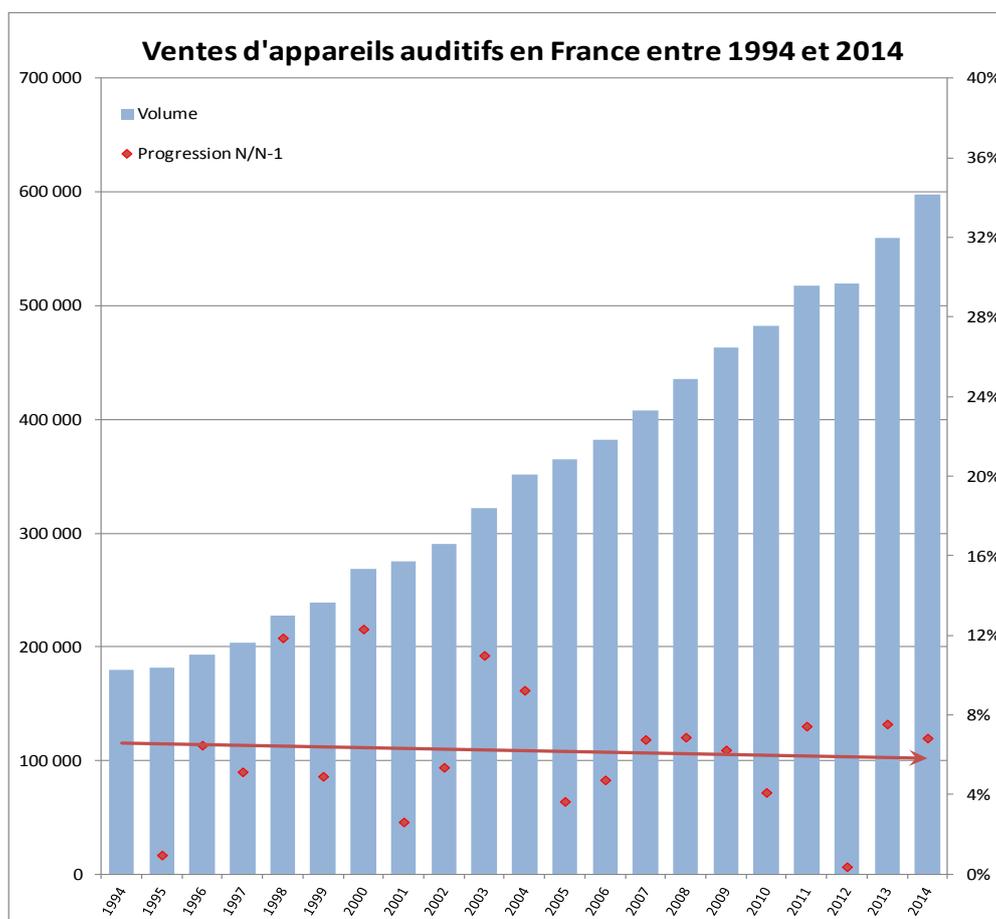
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Appareils vendus	179 956	181 693	193 481	203 442	227 610	238 815	268 248	275 297	290 090	321 998
Progression N/N-1		0,97%	6,49%	5,15%	11,88%	4,92%	12,32%	2,63%	5,37%	11,00%

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
351 773	364 647	381 934	407 796	435 884	463 118	482 155	518 045	519 994	559 260	597 543
9,25%	3,66%	4,74%	6,77%	6,89%	6,25%	4,11%	7,44%	0,38%	7,55%	6,85%

Source : Snitem

En effet, les progrès techniques continus, aussi bien au niveau des performances des appareils que de leur discrétion, une diminution de la stigmatisation négative de l'équipement auditif, particulièrement depuis 2010, ainsi qu'un rapport qualité/prix en forte baisse, ont poussé la croissance du secteur.

Celle-ci aura été de 6,18 % par an en moyenne entre 1994 et 2014.



<sup>38</sup> Rapport IGF-IGAS, *La régulation du secteur des dispositifs médicaux*, juin 2015

Cette croissance dynamique devrait se poursuivre sous l'effet conjugué du vieillissement de la population (entraînant une croissance de la prévalence des déficits auditifs), de la prise de conscience des effets sur la santé et l'autonomie de la non compensation des surdités, du progrès technique permettant l'amélioration de la satisfaction et la prise en charge de déficits non traités jusque-là et de l'amélioration de l'acceptation par la population de l'équipement auditif.

## **5. Le désinvestissement de l'assurance maladie et l'accessibilité à l'audioprothèse**

La question du prix ne peut être considérée comme la variable déterminante de l'accès à l'audioprothèse. La Cour des Comptes a rappelé, « *la quasi-disparition de l'assurance maladie obligatoire du champ de la prise en charge, qui signe un grave échec au regard des principes mêmes qui la fondent* ». Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire représente environ 8 % du prix d'une prothèse à quoi s'ajoute le remboursement des complémentaires de l'ordre de 31 % en moyenne selon la Cour des Comptes. Le reste à charge est donc de plus de 60 %.

Le désengagement de l'assurance maladie obligatoire au profit des organismes d'assurance maladie complémentaire institue une inégalité devant l'accès à l'audioprothèse pour les déficients auditifs et marginalise les populations défavorisées. Depuis, plus d'une décennie, cette tendance s'accroît et a été dénoncée par plusieurs économistes de la santé.

Outre le problème de la substitution de l'assurance publique par des assureurs privés, il faut noter la manière dont cette substitution a été organisée en France, notamment, dans les avantages fiscaux qui favorisent les contrats collectifs au détriment des contrats individuels. Or, une enquête annuelle de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé, fait apparaître une couverture de la dépense d'audioprothèses très différente selon que l'on bénéficie d'un contrat collectif (qui bénéficient donc d'avantages fiscaux) ou d'un contrat individuel : 40% contre 23% en moyenne.

Cette situation plaide pour une reconquête de l'audioprothèse par l'assurance maladie, qui doit être envisagée comme un investissement à court terme, financé par les économies obtenues grâce à l'évitement du sur-déclin cognitif chez les malentendants âgés. En prolongeant leur maintien dans leur milieu de vie ordinaire, en contribuant ainsi au « *bien vieillir* », les gains de l'assurance maladie dépasseront rapidement le niveau de l'investissement engagé.

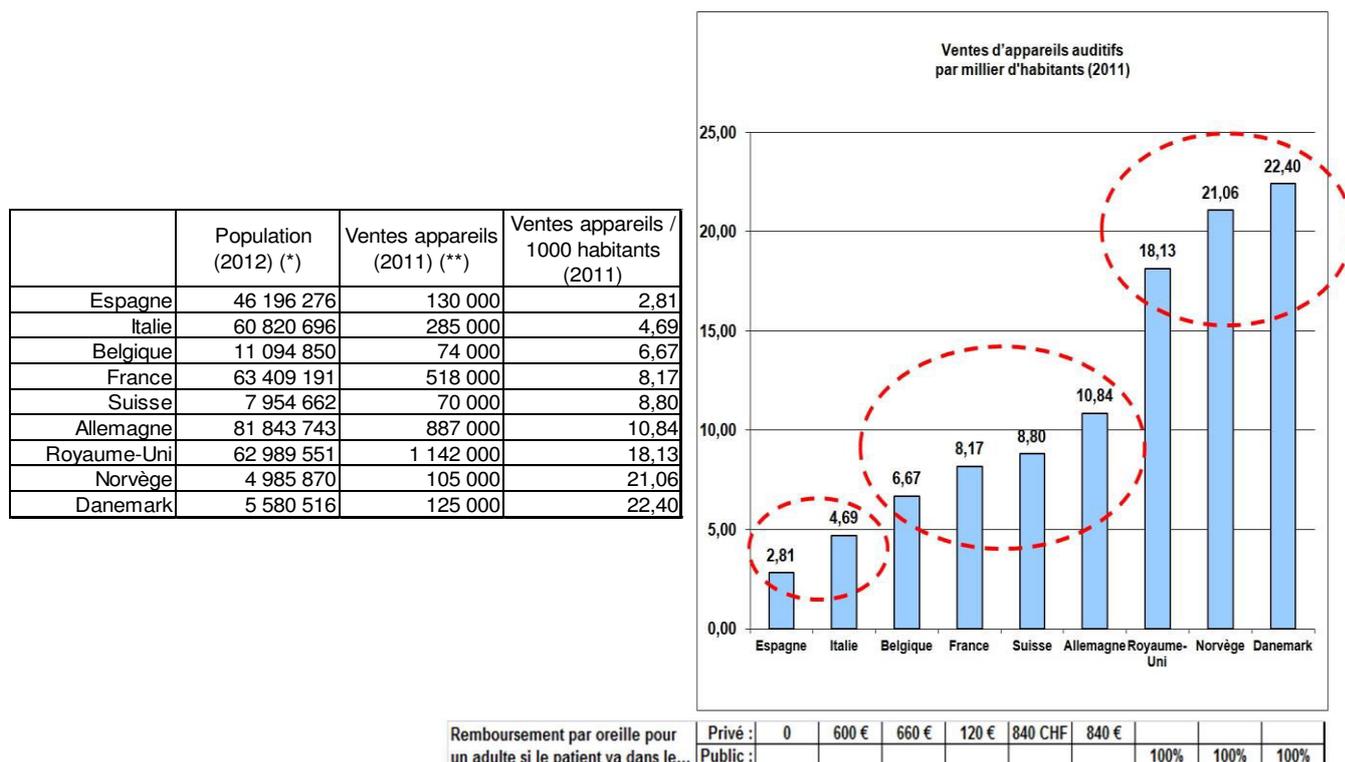
L'enjeu est à la fois médico-économique et sociétal.

## V. COMPARAISON EUROPEENNE ET LIENS ENTRE TAUX D'EQUIPEMENT, SATISFACTION, OBSERVANCE...

### 1. Ventes et remboursements d'appareils auditifs pour une sélection de pays européens

Les éléments de cette section sont extraits de l'étude « *Analyse de la prise en charge des appareils auditifs en Europe. Quel est le modèle de prise en charge le plus efficient en Europe ?* »<sup>39</sup>. Les données concernent l'année 2011 et le détail des calculs y est disponible.

Le nombre d'appareils vendus par 1 000 habitants permet des comparaisons aisées.



Le graphique met en évidence trois groupes de pays :

- les pays d'Europe méridionale, avec l'Espagne et l'Italie, qui enregistrent les ventes les plus faibles, et ce, malgré une prise en charge nettement meilleure en Italie pour certains patients.
- les pays d'Europe continentale, avec la Belgique, la France, l'Allemagne et la Suisse, qui enregistrent des ventes intermédiaires.
- les pays d'Europe septentrionale, avec le Royaume-Uni, la Norvège et le Danemark, qui enregistrent des ventes plus élevées.

Les ventes ne sont pas proportionnelles aux remboursements puisque la Belgique présente une prise en charge proche de celle de la Suisse et des ventes sensiblement plus faibles, et la France est relativement bien placée, en dépit de remboursements publics très faibles pour les adultes.

<sup>39</sup> Audio Infos n°204, septembre 2015 : [http://www.unsaf.org/doc/Analyse\\_prise\\_en\\_charge\\_appareils\\_auditifs\\_en\\_Europe.pdf](http://www.unsaf.org/doc/Analyse_prise_en_charge_appareils_auditifs_en_Europe.pdf)

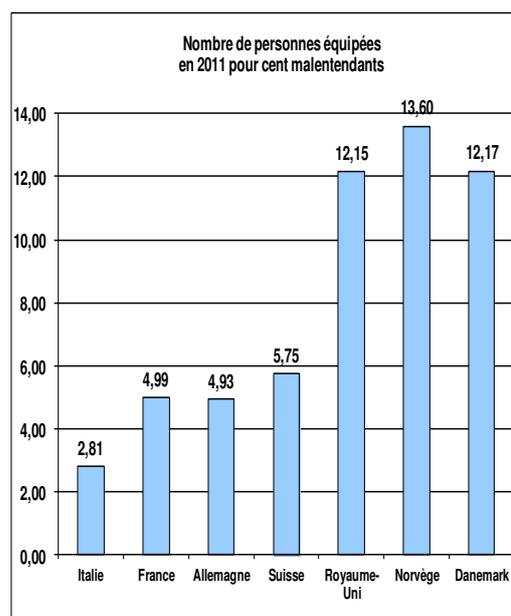
## 2. Nombre et taux de personnes équipées en 2011 pour une sélection de pays européens

	Population (2012)	Ventes appareils (2011)	Taux d'appareillage binaural (2011-2012) (*)	Personnes équipées (2011)	Personnes équipées / 1000 habitants (2011)	Prévalence de la perte auditive (2012) (*)	Personnes équipées / 100 malentendants
Italie	60 820 696	285 000	44%	197 917	3,25	11,6%	2,81
France	63 409 191	518 000	74%	297 701	4,69	9,4%	4,99
Allemagne	81 843 743	887 000	76%	503 977	6,16	12,5%	4,93
Suisse	7 954 662	70 000	74%	40 230	5,06	8,8%	5,75
Royaume-Uni	62 989 551	1 142 000	64%	696 341	11,05	9,1%	12,15
Norvège	4 985 870	105 000	76%	59 659	11,97	8,8%	13,60
Danemark	5 580 516	125 000	84%	67 935	12,17	10,0%	12,17

À noter, le faible taux d'équipement bilatéral en Italie, 44 %, et le taux moyen au Royaume-Uni, 64 %. Tous les autres pays ont un taux compris entre 74 et 84 %.

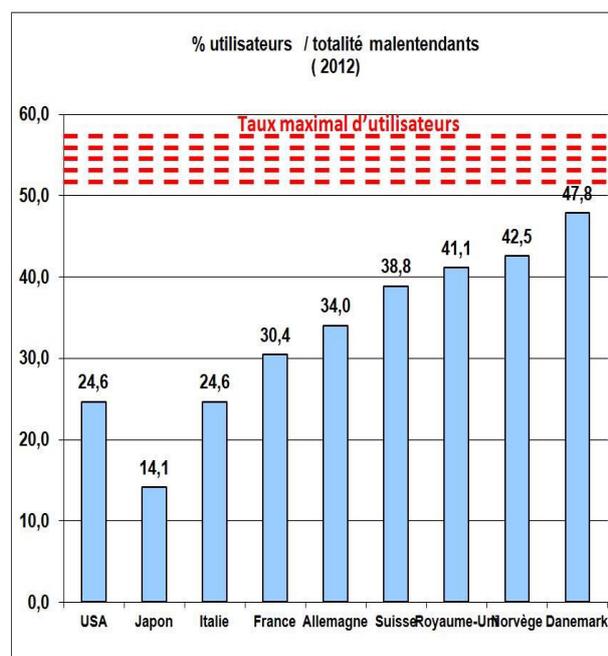
La prévalence du déficit auditif augmentant avec l'âge, les deux pays à la population la plus âgée, l'Allemagne et l'Italie, présentent logiquement la prévalence de malentendants la plus élevée.

En 2011, la France comptait donc 5,960 millions de personnes déclarant présenter un déficit auditif.



## 3. Pourcentage des utilisateurs par rapport à la totalité des malentendants

	% utilisateurs/ totalité malentendants (2012) (*)
USA	24,6
Japon	14,1
Italie	24,6
France	30,4
Allemagne	34,0
Suisse	38,8
Royaume-Uni	41,1
Norvège	42,5
Danemark	47,8



Le Danemark affiche un taux exceptionnel d'équipement de 47,8 %. Ce pays de 5,6 millions d'habitants a la particularité d'être la patrie de trois des six multinationales qui fabriquent des appareils auditifs à travers le monde, ce qui ne peut que favoriser une acceptation et une pénétration maximales de l'équipement auditif. Le taux d'équipement danois est de ce fait la référence mondiale et se rapproche du taux maximal de personnes « appareillables » : 50 à 60 % des personnes déclarant présenter un déficit auditif.

En effet, l'ensemble des malentendants ne tire pas systématiquement de bénéfice d'un équipement auditif, et ce pour diverses raisons : hyperacousies, déficits très légers, certains acouphènes, etc.

En 2009, une étude européenne, commandée par les pouvoirs publics français, avait considéré « *un taux de population appareillable de 50 % de la population totale de malentendants* » dans les cinq pays étudiés<sup>40</sup>.

L'association de malentendants suédoise *Hörselskadades Riksförbund* (HRF) indiquait, quant à elle, que 56 % des malentendants pourraient bénéficier d'appareils auditifs<sup>41</sup>.

En 2013, l'IGAS s'appuyait sur un ratio semblable : « *2,5 à 3 millions de personnes appareillables* »<sup>42</sup> en France, sur un total d'environ six millions de personnes présentant un déficit auditif.

Si 30,4 % des 5,960 millions de personnes présentant un déficit auditif, utilisaient des appareils auditifs en 2011, cela représentait 1,812 millions de personnes sur 2,850 millions d'appareillables, si on égalait le taux danois.

En 2011, parmi l'ensemble des malentendants susceptibles d'utiliser des appareils auditifs, 63,5 % en utilisaient effectivement en France.

Le taux d'équipement aux États-Unis demeure relativement modéré, à égalité avec celui de l'Italie, le plus bas parmi les pays européens étudiés.

Quant à la satisfaction des malentendants au Japon, elle est particulièrement faible, de seulement 36 %, alors que les sept pays européens étudiés par EuroTrak ont une satisfaction globale comprise entre 70 et 84 %<sup>43</sup>. Le taux d'équipement y est aussi le plus modeste : 14,1 %.

Des chiffres à mettre en perspective avec le manque de régulation publique de ce pays quant à la délivrance des appareils auditifs, ce qui favorise une forte présence de produits très bas de gamme délivrés sans le choix, l'adaptation et le suivi d'un professionnel : « *18 % des utilisateurs ont acquis les appareils auditifs dans un magasin d'optique ; 14 % par achat par correspondance ou sur Internet* »<sup>44</sup>.

« *Cela montre que les services de santé auditive "non professionnels" induisent un taux de satisfaction du consommateur plus bas* », commente Søren Hougaard, secrétaire général de l'Ehima<sup>45</sup>.

En matière de déficience auditive, sans un diagnostic médical initial et sans un accompagnement personnalisé réalisé par un professionnel, force est de constater qu'il n'y a

---

<sup>40</sup> CNSA, *Étude européenne sur le marché et les prix des aides techniques. Synthèse Aides Auditives*, décembre 2009, p. 4

<sup>41</sup> <http://www.csc.kth.se/utbildning/kth/kurser/DH2625/itfunk-h07/schema/hrf.pdf>

<sup>42</sup> *Évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées*, 2013

<sup>43</sup> *The Hearing Review, EuroTrak + JapanTrak 2012 - World's largest multi-country consumer survey about hearing, hearing loss and hearing aids*, mars 2013.

<sup>44</sup> JapanTrak 2012. [http://ivo.ehima.dev02.accedo.dk/wp-content/uploads/2014/03/JapanTrak\\_2012.pdf](http://ivo.ehima.dev02.accedo.dk/wp-content/uploads/2014/03/JapanTrak_2012.pdf)

<sup>45</sup> *Audio infos, EuroTrak 2012 Japon : un système très hétéroclite*, n°181, mars 2013.

ni efficience, ni satisfaction du patient. C'était déjà le constat fait en 2009 par l'agence publique américaine, la *Food and Drug Administration* (FDA)<sup>46</sup>.

En comparant les deux graphiques précédents, la forte différence entre le nombre de personnes équipées en 2011 en Europe continentale par rapport aux pays d'Europe septentrionale n'apparaît que de façon très atténuée dans les résultats du taux d'équipement mesuré par EuroTrak...

Le groupe de pays Italie-France-Allemagne-Suisse, d'une part, et le groupe Royaume-Uni-Norvège-Danemark, d'autre part, présentent des résultats cohérents.

Pourquoi alors, la forte différence d'appareils délivrés chaque année en Europe du Nord par rapport aux autres pays, ne se retrouve-t-elle pas dans leur taux de population équipée ?

#### 4. « *Indice d'observance* » et taux de satisfaction globale

L'observance thérapeutique est la « *manière qu'a une personne de se conformer aux prescriptions médicales ou aux règles d'un programme thérapeutique* »<sup>47</sup>.

Dans le secteur de l'équipement auditif, on pourrait définir l'observance par une utilisation effective de l'appareillage auditif délivré.

En divisant le taux d'utilisateurs mesuré par EuroTrak, par le pourcentage de personnes équipées en 2011, il est possible d'obtenir un « *indice d'observance* » concernant l'appareillage auditif.

Et plus l'indice d'observance sera élevé, plus les appareils délivrés favoriseront l'équipement effectif d'une proportion plus importante de la population.

	% utilisateurs/ totalité malentendants (2012) (*)	Personnes équipées / 100 malentendants	Indice d'observance
Italie	24,6	2,81	8,77
France	30,4	4,99	6,09
Allemagne	34,0	4,93	6,90
Suisse	38,8	5,75	6,75
Royaume-Uni	41,1	12,15	3,38
Norvège	42,5	13,60	3,13
Danemark	47,8	12,17	3,93

Le meilleur indice d'observance est obtenu en Italie, mais au prix d'un équipement délivré majoritairement pour une seule oreille : le taux d'équipement binaural y est en effet seulement de 44 %, alors qu'il est en moyenne de 75 % dans les six autres pays étudiés. À noter que les autres pays se rapprochent du taux maximal d'équipement binaural, qui semble être d'environ 80 %.

Hormis le cas particulier de l'Italie, nous obtenons deux groupes de pays aux indices d'observance convergents : la France, l'Allemagne et la Suisse d'une part, avec des indices compris entre 6,09 et 6,90 (moyenne 6,58), et le Royaume-Uni, la Norvège et le Danemark d'autre part, avec des indices compris entre 3,13 et 3,93 (moyenne 3,48).

<sup>46</sup> FDA, *Hearing Aids and Personal Sound Amplifiers: Know the Difference*, octobre 2009.

<http://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm185459.htm>

<sup>47</sup> Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine – version 2015 :

<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=Observance>

La différence entre les deux groupes est considérable : la moyenne du premier atteint presque le double de celle du second.

En tenant compte des différences entre le Royaume-Uni et la France, de prévalence, de taux d'équipement binaural, de population, si le Royaume-Uni avait l'indice d'observance de la France, 6,09, il aurait suffi de délivrer 634 422 appareils<sup>48</sup> en 2011 pour atteindre son taux d'utilisateurs de 41,1 %. Or, il a été constaté que 1 142 000 appareils ont été mis sur le marché en 2011 au Royaume-Uni...

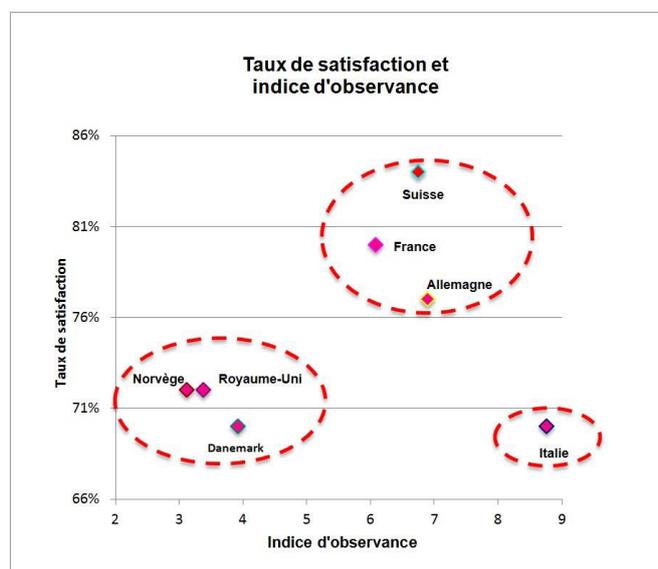
Faut-il considérer que 44 %<sup>49</sup> des appareils délivrés ne sont pas utilisés, et donc n'apparaissent pas dans le taux d'utilisateurs mesuré par EuroTrak ?

Cela viendrait confirmer *a posteriori* un extrait d'un rapport commandé en 2009 par la CNSA sur le marché et les prix de l'équipement auditif en Europe : « Les acteurs du marché estiment à 45 % le nombre des usagers du système public [britannique] qui n'utilisent pas leur aide auditive fournie par le NHS, car elle est mal ajustée »<sup>50</sup>.

L'indice d'observance serait-il proportionnel à la satisfaction des utilisateurs ?

Nous disposons du taux de satisfaction globale dans les sept pays, grâce à EuroTrak 2012.

	Indice d'observance	% de satisfaction globale (*)
Italie	7,56	70%
France	6,48	80%
Allemagne	5,52	77%
Suisse	5,97	84%
Royaume-Uni	3,72	72%
Norvège	3,55	72%
Danemark	3,93	70%



Mis à part le cas particulier de l'Italie, le graphique 4 montre une excellente corrélation entre l'indice d'observance et la satisfaction globale.

Comme pour le taux d'équipement, le taux de satisfaction globale mesuré par EuroTrak est celui de l'ensemble des utilisateurs, quelle que soit l'année de leur équipement, avec une satisfaction qui augmente pour les équipements récents.

La progression du taux de satisfaction constatée dans tous les pays laisse à penser que la marge d'inexactitude est faible, la cohérence des résultats des pays étudiés confortant cette idée<sup>51</sup>.

<sup>48</sup>  $41,1 \div 6,09 = 6,75$  % des malentendants équipés, soit  $6,75 \times 62\,989\,551 \times 0,091 \div 100 = 386\,843$  personnes équipées.

Taux d'équipement binaural : 64 % donc  $386\,843 \times 1,64 = 634\,422$  appareils.

<sup>49</sup>  $1 - (634\,422 \div 1\,142\,000) = 0,44$

<sup>50</sup> CNSA, *Étude Européenne sur le marché et les prix des aides techniques. Monographie Royaume-Uni*, décembre 2009, p. 28

<sup>51</sup> Les délais médians de renouvellement, concentrés autour de 5 ans (CH, FR et RU : 5 ans ; IT et DK : 4 ans ; DE et NO : 6 ans), concernent moins de la moitié des utilisateurs pour tous les pays. Leur effet sur les résultats est donc très modéré.

Italie : Le fort indice d'observance est obtenu au prix d'un faible taux d'équipement binaural, 44 % *versus* 75 % en moyenne pour les six autres pays étudiés, comme vu précédemment. La conséquence en est le plus faible taux de satisfaction des sept pays, 70 %, à égalité avec le Danemark, ce qui confirme la nécessité de l'équipement binaural quand il est nécessaire, ce que de nombreuses études ont déjà démontré.

Danemark – Norvège – Royaume-Uni : Ces trois pays obtiennent des résultats très proches : l'indice d'observance faible laisse craindre que de nombreux équipements délivrés sans reste à charge, ne sont en réalité pas portés par les patients (cf. supra le calcul sur le Royaume-Uni). Ils obtiennent logiquement un taux de satisfaction relativement faible, compris entre 70 et 72 %.

Allemagne-France-Suisse : Pour ce groupe aussi, les résultats sont cohérents : l'indice d'observance est élevé à l'instar du taux de satisfaction, compris entre 77 et 84 %.

En toute logique, lorsque les patients utilisent majoritairement leur équipement, la satisfaction est bonne. Un cercle vertueux s'instaure donc, permettant d'équiper un taux plus important de la population avec un nombre moins élevé d'appareils auditifs. Ces pays semblent présenter un fonctionnement plus efficient.

## 5. Une demande en appareils auditifs inélastique à leur prix

Il peut paraître remarquable que les meilleurs résultats soient obtenus dans les pays où la prise en charge n'est que partielle, laissant un reste à charge parfois important.

En fait, la demande en appareils auditifs est relativement inélastique à leur prix<sup>52</sup>.

L'IGAS rappelle que les appareils auditifs ne sont pas « *un bien de consommation (...), mais une aide visant à compenser et aussi à prévenir une perte d'autonomie* »<sup>53</sup>.

Le rapport « *Appareils auditifs en Belgique* » souligne qu'il « *importe de comprendre que la demande est relativement inélastique au prix, car les appareils auditifs sont perçus comme des biens de nécessité.* »<sup>54</sup>

Aux États-Unis aussi, il a été constaté que « *la seule diminution du coût des appareils auditifs, même de 40 %, n'accroît pas le taux d'acquisition* ». « *Même le meilleur appareil auditif du marché ne donnera pas satisfaction, s'il n'est pas bien adapté par un professionnel* »<sup>55</sup>.

## 6. Le modèle le plus efficient de prise en charge des appareils auditifs

L'IGAS a étudié les modes de prise en charge en Europe : « *Deux critères d'analyse permettent de décrypter les différents systèmes de prise en charge des aides techniques en Europe : plus les personnes ont un reste à charge important dans l'acquisition des aides, plus*

---

<sup>52</sup> L'inélasticité caractérise l'absence de lien ou l'indépendance des variations des deux variables concernées. Cf. <http://www.larousse.fr/archives/economie/page/83>

<sup>53</sup> *Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées*, 2013

<sup>54</sup> KCE reports 91B, *Appareils auditifs en Belgique*, 2008, p. iv

<sup>55</sup> *The Hearing Journal, Reducing hearing aid cost does not influence device acquisition for milder hearing loss, but eliminating it does*, mai 2011.

leur niveau de choix est grand ; à l'inverse, plus la prise en charge publique est élevée, plus les personnes sont contraintes dans leur choix d'acquisition. »<sup>56</sup>

Les pays d'Europe du Nord (Danemark, Norvège et Royaume-Uni) ont opté pour une offre encadrée, avec un choix limité des appareils et du professionnel, et aucun reste à charge pour le patient.

En Suisse et en France, les pouvoirs publics ont plafonné le montant financier de leur participation, mais en laissant la liberté totale au patient de choisir son professionnel de santé et les caractéristiques de ses appareils auditifs.

L'Allemagne se trouve dans une situation intermédiaire, reste à charge et liberté de choix se positionnent à un niveau moyen, puisque les patients peuvent opter pour un appareil auditif de base, aux possibilités limitées, sans aucun reste à charge, ou de choisir un équipement supérieur en payant la différence.

L'analyse du taux de satisfaction global 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. Et cela, même si les patients doivent assumer une partie du prix (à l'exception de la population aux revenus les plus modestes pour laquelle il faut réserver des offres spécifiques, sous conditions de ressources, sans reste à charge).

## 7. Résultats EuroTrak 2015 : la meilleure satisfaction en France

La campagne EuroTrak 2015 n'est pas terminée mais sont déjà disponibles les résultats pour la France, la Suisse, l'Allemagne, le Royaume-Uni et l'Italie<sup>57</sup>.

EuroTrak 2015	Prévalence de la perte auditive	% utilisateurs/ totalité malentendants	% de satisfaction globale
Italie	11,7%	25,2	79%
France	9,3%	34,1	84%
Allemagne	12,1%	34,9	77%
Suisse	8,0%	41,4	81%
Royaume-Uni	9,7%	42,4	70%

Entre 2012 et 2015, le taux d'équipement en France a augmenté de 12%, passant de 30,4 % à 34,1 %. Il égale presque le taux de l'Allemagne alors que le remboursement obligatoire allemand est sept fois supérieur au nôtre, 840 € versus 120 €.

La prévalence du déficit auditif étant de 9,3 %, parmi les 64,204 millions d'habitants, la France compte donc 5,970 millions de personnes déclarant un déficit auditif.

Les 34,1 % d'utilisateurs d'appareils auditifs s'élèvent donc à 2,036 millions de personnes.

Si le taux danois a progressé depuis 2012 de 3,2 % comme celui du Royaume-Uni, il est à présent de 49,3 %. Pour l'égaliser dans notre pays il faudrait 2,944 millions de personnes équipées.

En 2015, en prenant pour base le taux danois d'utilisateurs d'appareils auditifs, le meilleur au monde, 69,2 % des malentendants à équiper en France le seraient effectivement.

<sup>56</sup> « Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées », 2013

<sup>57</sup> <http://www.ehima.com/documents/>

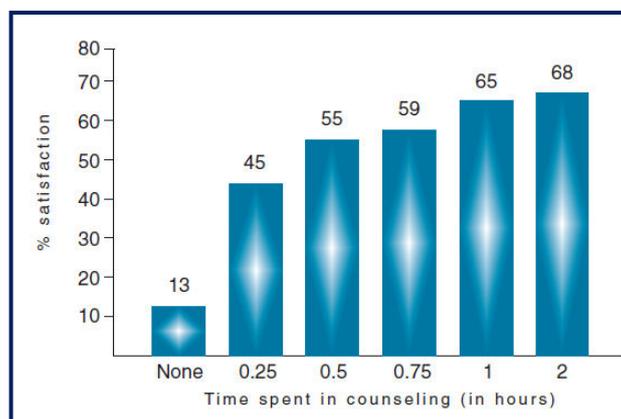
Mais le faible remboursement provoque des inégalités sociales majeures puisque les patients aux revenus les plus modestes sont nettement moins équipés, et ce particulièrement dans la population âgée. En 2013, l'IGAS demandait donc la revalorisation « *prioritaire concernant les prothèses auditives dont la prise en charge au titre de l'assurance maladie est actuellement fortement déconnectée de la réalité économique* ».

En choisissant de nous comparer à un pays moins spécifique, la Suisse, (pas d'industrie, une perception du handicap proche de celle de la France), mais avec une bonne prise en charge obligatoire, 840 CHF par oreille soit environ 770 €<sup>58</sup>, on peut estimer que, en cas de revalorisation du remboursement, notre taux d'équipement se rapprocherait de celui de la Suisse, 41,4 %.

Cela entraînerait une augmentation de 21 %, soit la délivrance de 730 000 appareils au lieu des 600 000 constatés en 2014.

Pour ce qui est de la satisfaction, en 3 ans celle des utilisateurs d'appareils auditifs en France a augmenté de 4 points, devenant la meilleure des pays enquêtés, devant la Suisse, 81 %.

Pour l'adaptation d'appareils auditifs, la satisfaction du patient est corrélée au temps d'accompagnement par le professionnel, comme l'avait montré une étude américaine publiée en 1999<sup>59</sup>.



Les liens entre satisfaction et observance, décrits ci-dessus, montrent donc que le l'accompagnement humain initial, et au fil du temps, ne doit jamais être la variable d'ajustement, notamment financier, au risque de voir délaissés les appareils auditifs, quelles qu'en soient les performances techniques...

Le législateur, bien inspiré par des professionnels clairvoyants, avait prévu, dès la mise en place de notre législation en 1967, que « *l'appareillage des déficients de l'ouïe (...) comprend le choix, l'adaptation, la délivrance, le contrôle d'efficacité immédiate et permanente de la prothèse auditive et l'éducation prothétique du déficient de l'ouïe appareillé* »<sup>60</sup>.

Longtemps avant que l'éducation thérapeutique et l'accompagnement du patient ne deviennent des voies de progrès de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques, « *le contrôle d'efficacité permanent* » de l'appareil auditif et « *l'éducation prothétique* » du déficient auditif ont été prévus par la loi dans cette autre affection chronique qu'est le déficit auditif.

C'est, à n'en point douter, la raison des bons résultats des professionnels de notre pays.

<sup>58</sup> Taux de change du 29 novembre 2015

<sup>59</sup> Kochkin S. *Reducing hearing instrument returns with consumer education*. Hear Rev 6(10):18-18,20-20, 1999.

<sup>60</sup> Article L4361-1 du Code de la santé publique

L'IGAS écrivait en 2013 : « *les distributeurs français pratiquent une faible amplitude de prix entre les différentes gammes, offrant des prix d'entrée plutôt élevés en moyenne et des prix hauts de gamme plutôt faibles comparativement aux autres pays* ».

Ce temps d'accompagnement humain incompressible ne permet pas des prix d'entrée trop bas, afin de donner une prestation de qualité dans le temps, ce qui aboutit à une meilleure satisfaction et une meilleure observance dans notre pays que dans ceux aux prix d'entrée (un peu) plus réduits.

Par contre, les hauts de gamme se trouvent à environ 2500 à 3000 € par oreille dans les pays voisins contre 2000 € en France, sans doute pour « rattraper » les prix trop bas des entrées de gamme, ce qui n'est pas pratiqué dans notre pays.

## VI. DEMOGRAPHIE PROFESSIONNELLE : L'ÉVOLUTION DU NOMBRE D'AUDIOPROTHÉSISTES

### 1. Une formation en 3 ans dispensée dans 7 centres d'enseignement publics

Titulaire d'un Diplôme d'Etat, l'audioprothésiste est un professionnel de santé dont la formation comprend l'anatomie et la physiologie de l'oreille, l'électronique, l'audiologie, l'informatique, la psychologie des malentendants...

La formation en 3 ans est dispensée après un concours d'entrée dans 7 centres d'enseignement publics : Paris, Lyon, Montpellier, Nancy, Fougères, Cahors et Bordeaux.

Comme toute profession de santé opérateur-dépendante, la formation comporte de nombreux stages : 2 semaines dans une institution gérontologique, 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<sup>61</sup>.

Selon l'article D636-9 du Code de l'éducation, « le maître de stage doit exercer son activité professionnelle depuis trois ans au moins et être agréé par une commission d'agrément que préside le directeur de l'unité de formation et de recherche (UFR) dont relève l'étudiant »<sup>62</sup>.

La nécessité pour chaque étudiant d'effectuer des stages dans un service hospitalier d'ORL et auprès d'un maître de stage expérimenté et agréé par son UFR, explique aussi que les augmentations d'effectifs doivent être progressives, sinon la qualité de la formation en serait dégradée.

### 2. Une évolution du nombre d'audioprothésistes équivalente à celle des appareils délivrés

En France métropolitaine, le nombre d'audioprothésistes est passé de 1422 en 2000 à 3064 en 2014. Dans la même période, le nombre d'appareils délivrés a lui évolué de 268 000 à 597 000<sup>63</sup>.

	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
Progression N/N-1		104	94	94	92	99	124	87	113	123	85	188	115	150	174
Nbre appareils/audio	188,6	180,4	179,1	187,9	194,8	191,4	188,2	192,7	195,6	196,9	197,8	197,4	189,8	193,5	195,0
Population de 65 et +	9571659	9707347	9847498	9973911	10082606	10233832	10334243	10382372	10481175	10607533	10731701	10868961	11181906	11505323	11839607

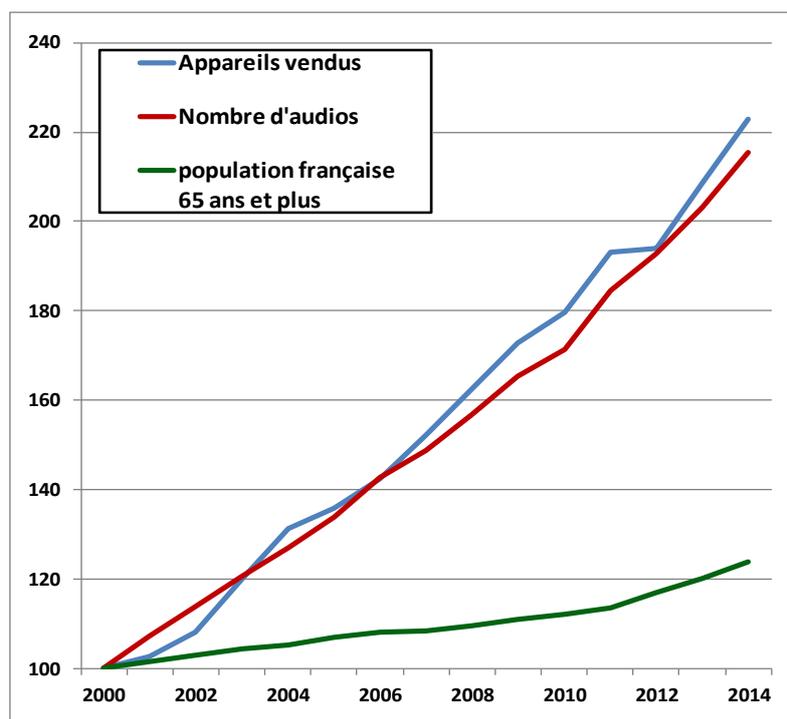
Les audioprothésistes ont la responsabilité du choix et de l'adaptation de l'appareillage auditif et la qualité de cette adaptation repose sur la qualité de la formation et de leur expérience. L'adaptation d'environ 200 appareils par an et par audioprothésiste, moyenne nationale depuis 15 ans, est garante de la qualité de leurs prestations. L'accroissement du nombre d'audioprothésistes accompagne donc logiquement le nombre de déficients auditifs

<sup>61</sup> Pour le programme complet des 3 ans de formation, cf. l'annexe du décret N° 2001-620 du 10 Juillet 2001 : <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo010719/MENS0101216D.htm>

<sup>62</sup> [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=232CE4506B73C6A5E4BD0AEE468D2BAA.tpdila12v\\_2?idArticle=LEGIARTI000027865371&cidTexte=LEGITEXT000006071191&dateTexte=20150913](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=232CE4506B73C6A5E4BD0AEE468D2BAA.tpdila12v_2?idArticle=LEGIARTI000027865371&cidTexte=LEGITEXT000006071191&dateTexte=20150913)

<sup>63</sup> Sources : Snitem, Drees (Rapports « Les professions de santé au 1er janvier ») et INSEE.

équipés. Une augmentation non maîtrisée du nombre d'audioprothésistes entrainerait une réduction de leur pratique et donc une réduction de la qualité de leurs adaptations.



L'arrêté du 15 juillet 2015<sup>64</sup> a fixé à 199, le nombre d'étudiants à admettre en première année, au titre de l'année 2015-2016.

Les données de la DREES montrent que, entre 2000 et 2010, le nombre de professionnels a augmenté de 100 par an en moyenne. Entre 2011 et 2014, avec l'aide de la profession certaines écoles ont pu augmenter leurs effectifs d'étudiants, et l'augmentation a été portée à 156 par an en moyenne.

Le nombre fixé à 199 étudiants en 2015 apparaît donc comme proportionné aux besoins attendus ces prochaines années, d'autant plus que, chaque année, un nombre croissant de diplômés européens (en Belgique et en Espagne notamment), demandent la reconnaissance de leur formation et viennent augmenter le nombre de professionnels.

Comme pour d'autres professions de santé, les audioprothésistes ne sont pas répartis de manière homogène dans tout le pays. Actuellement il est notamment constaté un trop grand nombre de professionnels dans certains territoires, tout particulièrement dans les agglomérations parisienne et lyonnaise.

### 3. 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

<sup>64</sup> Publié au Journal officiel le 19 août 2015 : <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/7/15/MENS1516817A/jo/texte>

Les 81 millions d'Allemands bénéficient des services de 4850 audioprothésistes<sup>65</sup>. Serait-il raisonnable que les 65 millions de Français disposent de 7 150 audioprothésistes, selon les propositions récentes de l'association de consommateurs « Que Choisir », soit 47% de professionnels en plus pour une population inférieure de 16 millions de personnes ?

Le nombre d'appareils par professionnel est proche en Allemagne de celui de notre pays : 183 contre 197. En Belgique, par contre les effectifs d'audioprothésistes sont plus étoffés puisqu'il est constaté 122 appareils adaptés par professionnel, ce qui n'a pas eu d'effet modérateur sur les prix puisqu'ils y sont 12 % plus élevés qu'en France...

#### **4. La multiplication des professionnels et des points de vente : l'exemple de l'optique**

« Que Choisir » s'était intéressé au secteur de l'optique en mai 2013. Dans un article intitulé « Lunettes : pourquoi elles coûtent les yeux de la tête », on y lisait que le nombre d'étudiants en optique était passé de 1 175 en 2004 à 2480 en 2011, que « le salaire à l'embauche a fortement baissé » et pourtant que « les Français dépensent en moyenne 50% de plus pour leurs lunettes que dans les grands pays européens » !

Le rapport de l'IGAS publié le 11 septembre 2015 et intitulé « Restructuration de la filière visuelle » pointe le « nombre extravagant de points de vente » en optique ainsi que « la dégradation du statut des jeunes opticiens, alors que le chômage, concerne déjà plus de 4000 d'entre eux ». Et le rapport de préconiser « une universitarisation totale de la formation, qui permettrait la régulation des effectifs par un examen d'entrée et la fixation d'un numérus clausus ». L'exact modèle de la formation actuelle d'audioprothésiste...

En matière de santé, trop de concurrence fait baisser la qualité et non les prix !

#### **5. Le véritable problème : la démographie des médecins ORL**

Il est impératif de tenir compte, dès à présent, de la démographie des médecins ORL puisque, selon l'Atlas national de la démographie médicale 2015 du Conseil National de l'Ordre des Médecins, actuellement 30,4 % des ORL en exercice ont plus de 60 ans et 66,7 % ont plus de 50 ans<sup>66</sup>. Déjà aujourd'hui les délais d'attente de rendez-vous en ORL augmentent (29 jours en moyenne en 2011, 36 jours en 2014)<sup>67</sup> et des difficultés d'accès aux médecins ORL sont constatées dans certaines régions (Champagne-Ardenne, Limousin, Auvergne...).

Dans un contexte de vieillissement et d'accroissement de la population nécessitant des appareils auditifs (75% de la dépense en audioprothèse est le fait des plus de 65 ans, classe d'âge dont les effectifs vont évoluer de 10,44 millions de personnes en 2010 à 15,82 millions en 2030, selon le scénario central de l'Insee<sup>68</sup>), cette baisse de la démographie ORL provoquera, si elle n'est pas anticipée, un important « effet ciseaux ».

---

<sup>65</sup> Audio Infos n°175, septembre 2012, page 36

<sup>66</sup> Cf. page 308.

[http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_national\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2015.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf)

<sup>67</sup> Observatoire jalma / IFOP 2014 sur l'accès aux soins, 18.11.2014

<sup>68</sup> [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=projpop0550&page=irweb/projpop0550/synt/cad/cadrage.htm](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=projpop0550&page=irweb/projpop0550/synt/cad/cadrage.htm)

## VII. LES APPAREILS AUDITIFS EVITENT LE SUR-DECLIN COGNITIF

### 1. Les liens entre déficit auditif et perte d'autonomie

La perte auditive est significativement associée au déclin cognitif<sup>69</sup>. Pour une perte auditive légère (25 dB), la baisse des performances cognitives est équivalente à celle d'une personne plus âgée de 6,8 ans<sup>70</sup>.

Le risque de démence est multiplié par 1,89 pour une perte auditive modérée, par 3,00 pour une perte moyenne, par 4,94 pour une perte sévère<sup>71</sup>.

Les personnes âgées souffrant de perte auditive ont une accélération du déclin cognitif supérieure de 30 à 40 %<sup>72</sup>.

La perte auditive non compensée provoque une diminution de la qualité de vie, liée à l'isolement, à une vie sociale réduite et à la sensation d'être exclu, menant à une augmentation de la prévalence de la dépression<sup>73</sup>.

Même un degré modéré de baisse de l'audition triple quasiment le risque de chutes chez la personne âgée<sup>74</sup>.

### 2. Une étude de l'INSERM démontre que les appareils auditifs évitent le sur-déclin cognitif

Le Pr Hélène Amieva, de l'Unité INSERM 897 « Épidémiologie et Biostatistiques » de Bordeaux, a présenté le 29 octobre 2015 son étude récemment publiée<sup>75</sup>.

Les résultats, tirés d'une analyse de la cohorte Paquid, portent sur 3 670 personnes, âgées de 65 ans et plus, suivies pendant 25 ans. Ceux-ci indiquent que, si le déclin cognitif est bien accéléré chez les malentendants non appareillés (par rapport au groupe contrôle), le déclin cognitif des personnes appareillées est en revanche freiné, et similaire à celui des personnes normo-entendantes. « *Ces résultats sont en faveur de la prise en charge et du dépistage de l'audition* », a souligné le professeur Amieva. Et elle concluait : « *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 "vieillesse réussie" à promouvoir* ».

Des résultats convergents ont été mis en évidence par deux autres études publiées en 2015, l'une américaine<sup>76</sup> et l'autre française<sup>77</sup>.

<sup>69</sup> Uhlman RF et al. *Jama*. 1989 Apr 7 ; 261(13) :1916-9.

<sup>70</sup> *Baltimore longitudinal study of aging, Neuropsychology*, Lin Fr et al. 2011 Nov ;25(6) :763-70.

<sup>71</sup> *Hearing Loss and Incident Dementia, Archives of Neurology*, Lin Fr et al. 2011; 68 (2) : 214-220.

<sup>72</sup> *JAMA Intern Med*. online January 21, 2013, *Hearing Loss May Be Related to Cognitive Decline in Older Adults*.

<sup>73</sup> *Hearing Loss and Depression in Older Adults, Journal of the American Geriatrics Society*, D. J. Mener et al. Volume 61, 1627–1629, Sept 2013 ; *Negative consequences of uncorrected hearing loss - a review*, Stig Arlinger, *International Journal of Audiology* 2003; 42:2S17–2S20.

<sup>74</sup> *Hearing loss and falls among older adults in the United States*, Lin F, Ferrucci L. *Arch Intern Med* 2012; 172: 369-371. *Hearing as a predictor of falls and postural balance in older female twins*, Viljanen A, Kaprio J, Pyykkö J, et al. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009; 64(2):312-317.

<sup>75</sup> 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.

<sup>76</sup> Deal JA et al. *Hearing impairment and cognitive decline: a pilot study conducted within the atherosclerosis risk in communities neurocognitive study*. *American Journal of Epidemiology*, 2015 ; 181 : 680-90.

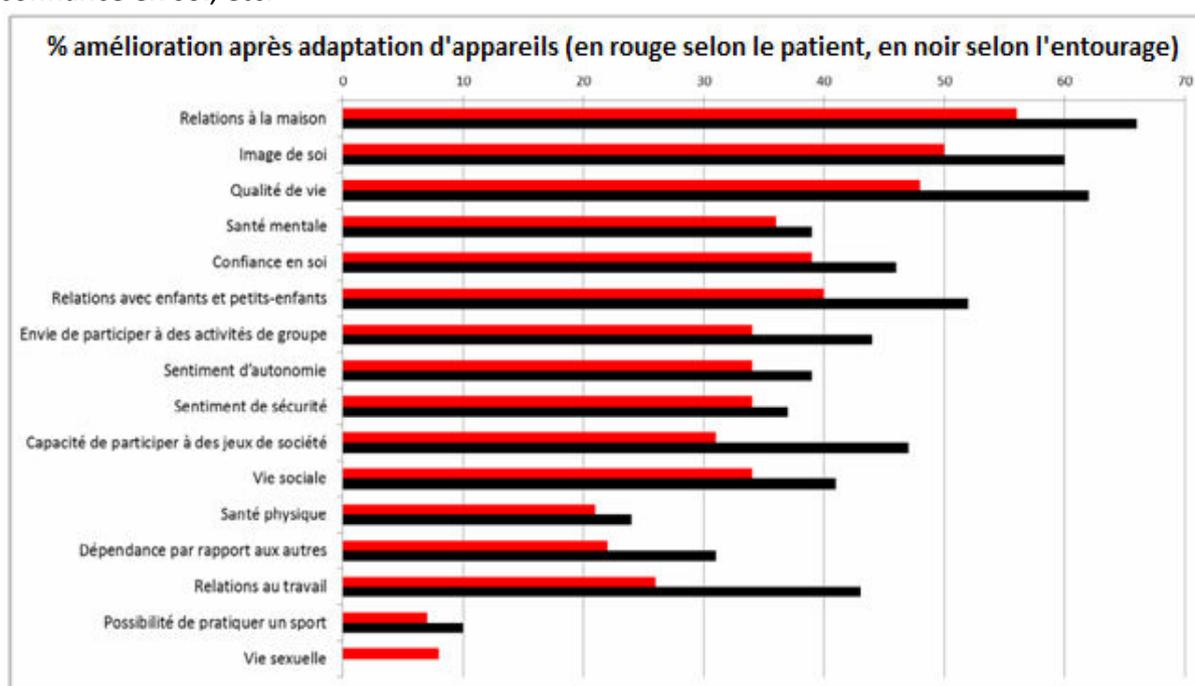
Des interventions retardant la démence d'un an, pourraient faire baisser la fréquence des cas de plus de 10% d'ici 2050, selon le rapport réalisé en 2009 par Alzheimer's Disease International<sup>78</sup>.

### 3. Des effets positifs en matière de dépenses de santé et de prévention de la dépendance

L'IGAS<sup>79</sup> rappelle que « sont notamment des aides techniques en même temps que des dispositifs médicaux, les audioprothèses ». « L'aide technique n'est pas un bien de consommation, mais une aide visant à compenser et aussi à prévenir une perte d'autonomie. »

Etienne Caniard, président de la Mutualité Française, disait en 2013 : « On parle toujours de la prévention en santé » où « 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 ». « Nous travaillons (...) sur les dispositifs de détection et de prévention des risques, essentiellement la vue et l'audition. »<sup>80</sup>

Une étude réalisée en 2000 par le National Council on Aging (NCOA) auprès de 2304 personnes malentendantes et 2090 de leurs proches, a établi que l'utilisation d'appareils auditifs a un impact majeur sur les relations sociales, la qualité de vie, la santé mentale, la confiance en soi, etc.



<sup>77</sup> Mosnier I et al. *Improvement of Cognitive Function After Cochlear Implantation in Elderly Patients*. JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery, March 2015 DOI: 10.1001/jamaoto.2015.129

<sup>78</sup> Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2009. In: Prince M, Jackson J, eds. London, England: Alzheimer's Disease International; 2009

<sup>79</sup> *Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées*, 2013

<sup>80</sup> Café nile avec Etienne Caniard, 6 février 2013. <http://www.nile-consulting.eu/drop/1-420.pdf>

#### 4. Des coûts économiques et sociaux élevés pour les déficients auditifs non équipés

Les études médico-économiques étrangères montrent que le coût du déficit auditif non traité est nettement supérieur au coût de l'appareillage auditif.

L'étude, réalisée par Bridget Shield en 2006 et citée par l'ancienne Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET), montrait qu'un déficit auditif modéré coûtait 2 200 € par an, un déficit moyen 6 600 € et un déficit sévère 11 000 €.

« Une évaluation des coûts économiques et sociaux des déficits auditifs dans la population européenne a été réalisée par Bridget Shield<sup>81</sup>. Sur la base de l'estimation à 44 000€ de la valeur d'une année de « pleine qualité de vie » (European commission Environnement DG, 2003), les coûts liés aux déficits auditifs s'élèveraient, hors coûts de prothèses auditives, à 7 milliards d'euros en France (224 milliards en Europe). »<sup>82</sup>

Plus récemment, en 2012, une nouvelle étude est venue confirmer ces ordres de grandeur : « Based on the average gain in hearing-related QoL, the outcome per year after the intervention could range from €1333 to €3889 »<sup>83</sup>.

Dans un rapport britannique publié en janvier 2015 et intitulé « The Real Cost of Adult Hearing Loss »<sup>84</sup>, on peut lire : « Bien que ce rapport soit rédigé dans le contexte du Royaume-Uni, les questions soulevées ont des implications mondiales. Le rapport explore les conséquences sanitaires à long terme de la perte auditive et de la surdité, sur la personne et la société ». « Nous estimons prudemment le fardeau économique de la perte d'audition à 30 milliards de £ par an au Royaume-Uni. Ce chiffre inclut tous ceux qui ont une perte auditive, quel qu'en soit le niveau, et qu'ils utilisent des technologies auditives ou pas ».

Le panorama de la santé 2015 de l'OCDE<sup>85</sup> rappelle que les plus de 65 ans passeront de 17 % de la population en 2010 à 26 % en 2050 en France. Le nombre de cas de surdités est de plus de 65 % après 65 ans selon l'Inserm<sup>86</sup>.

Le panorama de l'OCDE indique également que, en ce qui concerne la démence, « il n'existe aujourd'hui aucun remède ou traitement modifiant le cours de la maladie ».

Plusieurs études ont démontré en 2015 que les appareils auditifs évitent le sur-déclin cognitif.

Ainsi, dans un contexte de vieillissement démographique en Europe, la prise en charge du déficit auditif constitue un élément de réponse à l'augmentation attendue du nombre de personnes dépendantes.

---

<sup>81</sup> Bridget Shield, *Evaluation of the social and economic costs of hearing impairment*, 2006.  
[http://french.hear-it.org/multimedia/Hear\\_It\\_Report\\_October\\_2006.pdf](http://french.hear-it.org/multimedia/Hear_It_Report_October_2006.pdf)

<sup>82</sup> Rapport AFSSET, août 2007, « Étude d'impact sur les coûts que représentent pour l'Assurance maladie certaines pathologies liées à la pollution »

<sup>83</sup> Ciorba A, Bianchini C, Pelucchi S, Pastore A. *The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults*. Clin Interv Aging. 2012;7(6):159–63. doi: 10.2147/CIA.S26059.

<sup>84</sup> Archbold S, Lamb B, O'Neill C, Atkins J (2014) *The real cost of adult hearing loss: Reducing its impact by increasing access to the latest hearing technologies*. Ear Foundation.  
<http://www.earfoundation.org.uk/research/current-research/the-real-cost-of-adult-hearing-loss>

<sup>85</sup> <http://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/panorama-de-la-sante-19991320.htm>

<sup>86</sup> <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/troubles-auditifs>

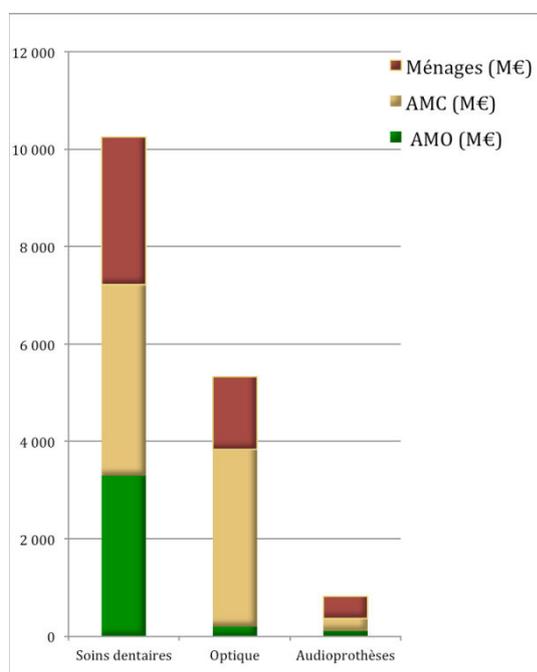
## VIII. LES RESEAUX DES COMPLEMENTAIRES EN AUDIOPROTHESE : UNE SITUATION CONTRASTEE

### 1. Des enjeux financiers sans commune mesure avec le dentaire et l'optique

Les réseaux de soins sont apparus depuis une dizaine d'années dans les secteurs où la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire est réduite et inférieure à celle des complémentaires : l'optique, le dentaire et l'audioprothèse.

Leur principe consiste à contractualiser avec les professionnels qui le souhaitent afin d'obtenir une modération tarifaire pour leurs adhérents, en contrepartie d'un « *flux de patients* ».

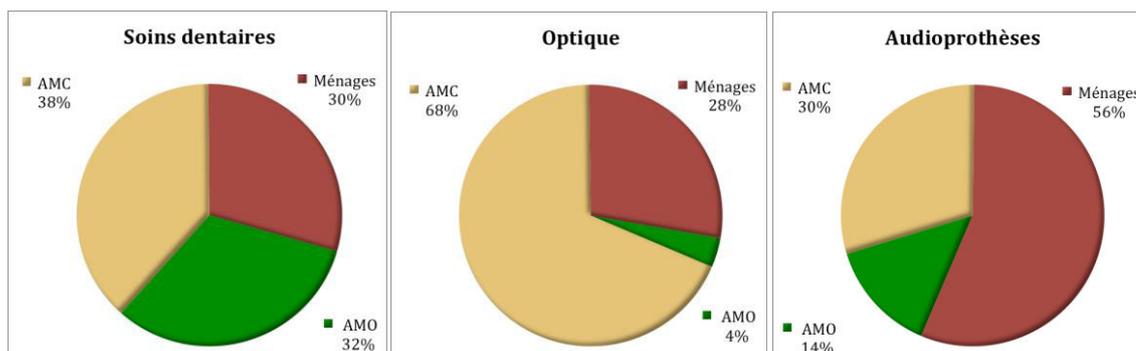
En valeur absolue, les dépenses comparées des trois secteurs montrent la spécificité de l'audioprothèse.



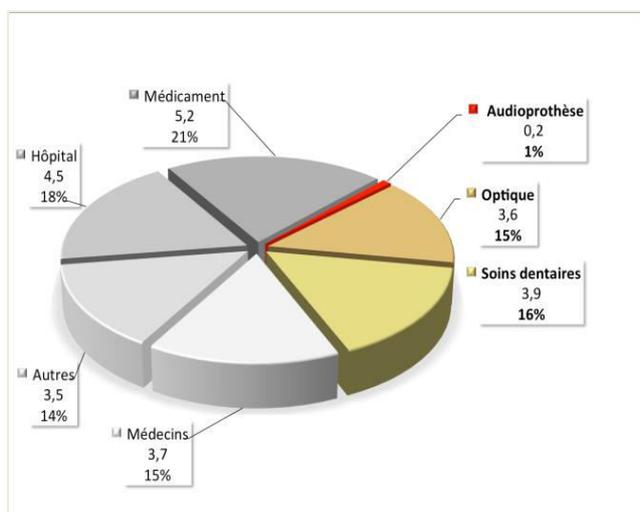
Montant (M€) et prise en charge (%)	Soins dentaires	Optique	Audioprothèse
<b>AMO</b>	3 295 (32%)	194 (4%)	114 (14%)
<b>AMC</b>	3 925 (38%)	3 644 (68%)	246 (30%)
<b>Ménages</b>	3 032 (30%)	1 491 (28%)	462 (56%)
<b>Total</b>	10 252	5 329	822

Source : HCAAM à partir des comptes de la santé DREES 2011

Le plus important reste à charge pour les ménages, 56 %, se trouve en audioprothèse. Cette moyenne tient compte des bons remboursements de l'assurance maladie pour les enfants. En effet, en ce qui concerne les seuls adultes, le reste à charge moyen est de 65 %, 1000 € par oreille sur un prix moyen de 1500 €.



En ce qui concerne les remboursements des complémentaires, seulement 1 % est destiné à l'audioprothèse.



Répartition de la dépense	Md€	%
Médicaments	5,2	21 %
Hôpital	4,5	18 %
Soins dentaires	3,9	16 %
Médecins	3,7	15 %
Optique	3,6	15 %
Audioprothèse	0,2	1 %
Autres	3,5	14 %
<b>TOTAL</b>	<b>24,6</b>	<b>100%</b>

Source : comptes de la santé DREES 2011

L'audioprothèse représente un total de 822 M€, soit 6,5 fois moins que le secteur de l'optique, 5 329 M€. Par contre, ses remboursements, 0,2 Md€, sont 18 fois moins importants que ceux de l'optique, 3,6 Md€.

Si les remboursements étaient proportionnels à ceux de l'optique, ils seraient de 0,55 Md€ et permettraient un reste à charge moyen pour les ménages de 20 %, au lieu de 56 %...

La forte concentration de la dépense en audioprothèse, 75 % chez les plus de 65 ans, ne permet pas une bonne prise en charge par les complémentaires. En effet, une amélioration des remboursements entraînerait une hausse des contrats « séniors », déjà les plus coûteux. Il y aurait également des risques d'antisélection, les déficients auditifs, en prévision de leur futur équipement, choisissant les complémentaires les mieux-disantes.

Le futur contrat complémentaire santé destiné aux personnes âgées de soixante-cinq ans et plus, envisagé dans le cadre du PLFSS 2016, pourrait résoudre le problème en intégrant des remboursements améliorés pour l'audioprothèse dans le futur panier de soins auquel tous les contrats labellisés devraient répondre.

## 2. Des tarifs négociés très variables pour le même produit et la même prestation

Les plateformes les plus présentes en audioprothèse sont :

- Audistya (MGEN, MNT, MGET, MAEE, MCDEF et MGEFI)
- Kalivia (Harmonie Mutuelle et Malakoff Médéric)
- Santéclair (Allianz, Groupe Covéa - marques MAAF, MMA et GMF -, IPECA Prévoyance et Mutuelle Générale de la Police)

Les tarifs plafonds mis en place par les plateformes sont très variables pour la fourniture et l'adaptation du même appareil auditif.

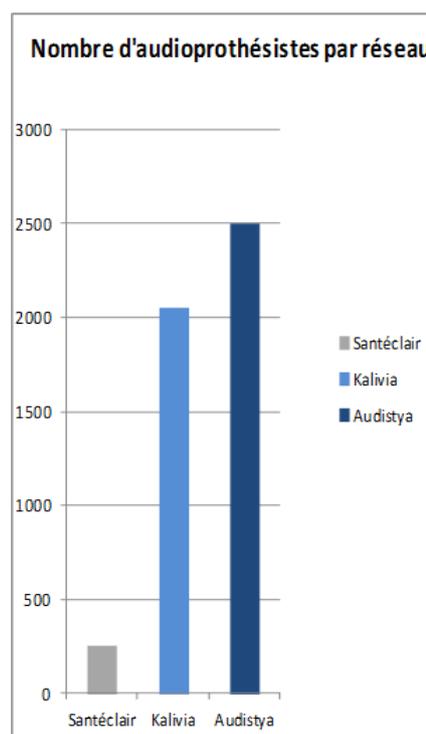
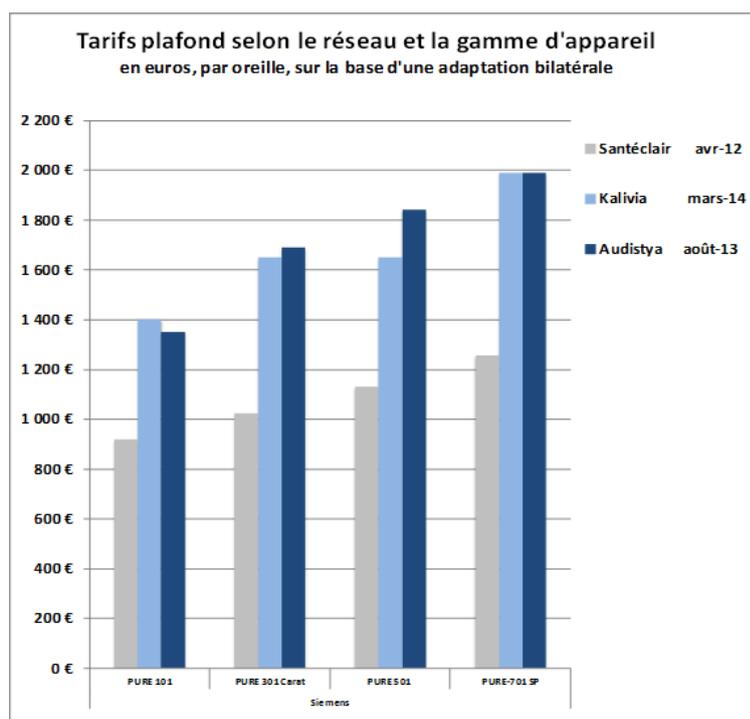
Le diagramme ci-dessous montre que les réseaux Audistya et Kalivia ont des tarifs plafonds proches, et légèrement en dessous des prix moyens du marché. Ces réseaux, lancés en 2012,

ont procédé à une analyse du secteur et en ont rencontré les acteurs. Le dossier de presse de Audistya du 10 janvier 2013, se félicitait du succès du nouveau réseau et soulignait le « caractère équilibré du dispositif, fondé sur des tarifs plafonds justes ». Etaient aussi souligné que « le nombre important d'audioprothésistes partenaires constitue également une assurance pour les adhérents de trouver un professionnel proche de chez eux. Tous les départements de métropole et trois DOM (Guadeloupe, Martinique et Réunion) disposent d'audioprothésistes partenaires ».

Il faut souligner que la MGEN a été une des rares complémentaires à améliorer son remboursement, concomitamment au lancement de son réseau, afin de diminuer véritablement le reste à charge de ses adhérents.

Il est, par contre regrettable d'avoir mis en place un remboursement différencié (550 € hors réseau et 650 € dans le réseau, par oreille pour les adultes).

Le nombre important d'audioprothésistes adhérents à ce réseau, plus de 2500 soit plus de 80 % des professionnels, le fort aspect « opérateur-dépendant » de la profession, rendent le remboursement différencié inutile et plaident pour sa suppression, et ce, d'autant plus qu'il amplifie les inégalités sociales. En effet, il ne pénalise que les adhérents aux revenus les plus modestes, les autres pourront voir le professionnel de leur choix et assumer, le cas échéant, la différence due au remboursement moindre.



Les tarifs plafonds de Santéclair sont très en deçà de ceux de Audistya et Kalivia et cela pour le même matériel et, en principe, pour les mêmes prestations. La conséquence en est un nombre très faible d'audioprothésistes ayant rejoint ce réseau.

Le réseau audioprothèse de Santéclair a été créé en 2009 et revendique « 800 centres auditifs » mais, selon les estimations de la profession, son réseau ne compterait qu'environ 300 audioprothésistes, soit à peine 10 % des professionnels en exercice. La différence est impressionnante avec Audistya, qui en regroupe plus de 80 %, et Kalivia, près de 70 %.

Dans un document remis par Santéclair lors d'une rencontre avec l'Unsaf le 22 septembre 2015, il est annoncé un chiffre d'affaires transité par leur réseau de 12,9 M€ pour 2014, soit environ 1,3 % du marché de l'audioprothèse, estimé à 1 Md€ par l'IGF<sup>87</sup>.

Il est donc abusif d'évoquer un « *réseau audioprothèse Santéclair* ». Celui-ci est symbolique six ans après sa création, et ne permet pas un service de proximité, ce qui est très pénalisant pour les déficients auditifs, dont 75 % ont plus de 65 ans et dont la satisfaction est conditionnée à plusieurs visites annuelles chez leur audioprothésiste.

La S.A. Santéclair promet « *des grilles de tarifs maxima d'environ -40 à -50 % par rapport aux prix habituellement pratiqués* »<sup>88</sup>.

Ces tarifs à -40 % ne sont pas tenables à qualité de service équivalent, les différents rapports, produits par les pouvoirs publics, mettant en évidence des marges nettes maximales de 10 à 12 % dans la profession. Ces annonces avaient déjà fait réagir le président du réseau Audition mutualiste, qui jugeait en 2010 que « *la baisse de 40 % des tarifs relève plus du discours marketing que de la réalité* »<sup>89</sup>.

### **3. Santéclair convainc plusieurs chaînes optiques d'intégrer le secteur de l'audioprothèse**

En 2003, la S.A. Santéclair avait créé un réseau en optique pour lequel il est annoncé « *Grilles de tarifs maxima sur l'ensemble des gammes de verres de trois verriers d'environ -40 % par rapport aux prix habituellement pratiqués* »<sup>90</sup>.

Ce tarif de « -40 % » est un « copié-collé » de ce qui avait été fait en optique puisqu'il semblerait qu'aucune étude n'a jamais été faite par la S.A. Santéclair sur le secteur de l'audioprothèse, lors du lancement de son réseau ou par la suite, ni de rencontre avec les acteurs.

Pourtant le secteur de l'optique, pris pour modèle par la S.A. Santéclair, est un véritable anti-modèle pour au moins trois raisons :

- faiblement « opérateur-dépendant »,
- gains de productivité possibles (montage des verres, ventes par des non opticiens),
- nombre trop important d'opticiens formés chaque année, « *le chômage, jusque-là inconnu, concerne déjà plus de 4000 d'entre eux* », et « *nombre extravagant de points de vente, qui a augmenté de 54 % entre 2000 et 2015... On en dénombre plus de 12 000, soit autant qu'aux USA, 5 fois plus peuplés et 17 fois plus étendus* » relevait l'IGAS<sup>91</sup>.

Le secteur de l'audioprothèse, par contre, a des caractéristiques opposées :

- fortement « opérateur-dépendant »,
- gains de productivité très limités, le temps passé avec les patients étant incompressible (sauf à sacrifier la qualité) et proportionnel au nombre de patients suivis,
- démographie professionnelle régulée par les capacités de formation des écoles et proportionnelle aux besoins (environ 190 appareils délivrés par professionnel chaque année, entre 2000 et 2015).

---

<sup>87</sup> Rapport IGF-IGAS, *La régulation du secteur des dispositifs médicaux*, juin 2015

<sup>88</sup> <https://www.santeclair.fr/web/reseau-audioprothese>

<sup>89</sup> Protection sociale informations, *Audioprothésistes, l'ère de la concurrence*, 24 février 2010

<sup>90</sup> <https://www.santeclair.fr/web/optique>

<sup>91</sup> Rapport IGAS, *Restructuration de la filière visuelle*, juillet 2015

Les aspects « opérateur-dépendants » et le temps passé avec les patients, proportionnel au nombre de patients suivis, sont des caractéristiques valables aussi pour les dentistes et les autres professions de santé.

Le prétendu « *modèle économique différent (...) qui n'obère en aucune manière la marge globale de l'audioprothésiste* », décrit par Santéclair, n'existe pas.

Pour pratiquer les tarifs exigés par Santéclair, les professionnels devraient offrir un suivi minimal au patient, entraînant une baisse de sa satisfaction, la durée de leurs prestations devenant la variable d'ajustement.

La quasi-totalité des professionnels l'a refusé et c'est tout à leur honneur.

Devant les difficultés à constituer un réseau audioprothèse avec les professionnels en place, Santéclair s'est adressé à ses partenaires de l'optique : « *Nous avons donc été les premiers à créer un réseau en audioprothèses avec des prix beaucoup plus bas. Nous avons également contribué à convaincre plusieurs chaînes optiques de l'opportunité d'intégrer ce marché dans leurs magasins avec une économie de moyens et des prix plus attractifs* »<sup>92</sup>.

Il s'agit de Optical Center et d'Alain Afflelou Acousticien qui, devant la saturation du secteur de l'optique, a considéré l'audioprothèse comme un « relais de croissance » opportun.

Audio 2000 et Krys Audio sont des enseignes regroupant des audioprothésistes indépendants.

Ces nouveaux acteurs ont donc accepté les demandes de Santéclair et ont fait du prix, le seul critère de différenciation sur lequel ils communiquent massivement afin « d'acheter » rapidement des « parts de marché ».

Ces publicités, « marchandisant » à l'excès les appareils auditifs, dégradent l'image de la profession.

**Tchin Tchin**  
*((Audio))*

**VOTRE SECONDE AIDE AUDITIVE  
POUR UN EURO DE PLUS**

Pour l'achat d'une aide auditive, bénéficiez pour un euro de plus d'une seconde aide auditive de même marque et de même gamme incluant les prestations d'adaptation indissociables de votre aide auditive.

L'offre **Tchin Tchin Audio** est réservée à une seule et même personne le jour de l'achat de la première aide auditive.

La vente d'aide auditive s'effectue sur prescription médicale uniquement.

L'offre **Tchin Tchin Audio** est valable jusqu'au 31 décembre 2014 dans tous les magasins ALAIN AFFLELOU Acousticien en France et n'est pas cumulable avec d'autres offres en cours à l'exception de Nextyear d'AFFLELOU.

Les aides auditives sont des dispositifs médicaux qui sont des produits de santé réglementés qui portent au titre de cette réglementation le marquage CE. Demandez conseil à votre audioprothésiste.

**ALAIN AFFLELOU**  
*Acousticien et Opticien*

**- 40%**  
sur toutes  
les marques  
d'appareils  
auditifs\*

**+** une paire  
de lunettes  
à votre vue  
offerte.\*\*

OPTICAL CENTER

0:28 / 0:31

"Le Haut Parleur" Film Publicitaire Audition 2013 Optical Center

OpticalCenterTV - 20 vidéos

2 862

S'abonner 17

Ces promesses de prix (très) bas sont-elles tenues ? Richard Darbéra, président de l'association de patients Bucodes-Surdifrance, a écrit un rapport intitulé « *Le reste à charge* »

<sup>92</sup> Espace Social Européen, *Audioprothèse, quelles solutions ?* 16 octobre 2015

*en audioprothèse* », destiné à l'Observatoire des restes à charge<sup>93</sup>. Il y rappelle : « *Il est facile à un audioprothésiste d'offrir un prix très bas s'il bâcle le service.* »

« *Leurs prix [des opticiens] sont en moyenne 18% moins chers* ». « *Mais, bien sûr, comme nous l'avons expliqué en introduction, les prix ne disent rien de la qualité du service* ».

Les prix « *en moyenne 18 % moins chers* » sont loin des promesses de -40 % ou de -50 %...

Plus inquiétant, il est légitime de s'interroger sur la qualité des prestations fournies par ces nouveaux réseaux, qui ont embauché une majorité de jeunes professionnels peu expérimentés. « *Joël Assayag, responsable audiologie et audioprothésiste chez Optical Center : nos magasins d'optique attirent notamment une clientèle assez jeune (...). Cette démarche préventive de la perte auditive est très différente de l'appareillage des personnes plus âgées déjà malentendantes qui sont prises en charge dans des structures plus conventionnelles* »<sup>94</sup>.

Les chaînes optiques offrent une baisse artificielle des prix à court terme afin de développer leurs parts de marché sans tenir compte du coût réel des services à fournir. A moyen terme, ils seront soumis à l'obligation de faire un rattrapage de leurs tarifs, avec des services d'une qualité sur laquelle on est en droit de s'interroger.

De plus, la création de plusieurs centaines de points de vente, principalement dans les grandes agglomérations déjà bien pourvues en audioprothésistes, est venue déséquilibrer la répartition géographique des professionnels et créer une inflation salariale ponctuelle.

#### **4. Des campagnes de dénigrement visant l'ensemble des audioprothésistes**

Dès le premier communiqué de presse de Santéclair sur son futur réseau, daté du 31 janvier 2008, le ton est donné : « *Santéclair s'engage contre le sous-équipement des malentendants en France, et propose aux assurés santé d'AGF, MAAF et MMA, des aides auditives à des prix enfin accessibles* ».

« *Le taux d'appareillage des personnes malentendantes n'est que de 17% [en France] alors qu'il atteint 50% au Danemark* ».

En fait, le taux français était d'environ 27% en 2008, soit la moitié des personnes potentiellement à équiper.

« *Avec la mise en place d'un réseau de professionnels partenaires dans le domaine de l'audioprothèse, les trois assureurs santé AGF [absorbée depuis par Allianz], MAAF et MMA, via leur filiale Santéclair, se démarquent des pratiques actuelles (...)* ».

On y lit aussi : « *le prix des audioprothèses qui reste très élevé* », « *coût élevé des appareils auditifs* », « *prix très élevés des prothèses* ».

« *La création de ce réseau, en levant un des obstacles majeurs à l'appareillage, à savoir le coût des prothèses auditives, devrait permettre à un plus grand nombre de malentendants de s'équiper* ».

Dès lors, ces éléments vont être diffusés aux médias de façon régulière pour s'imposer avec un relatif succès comme des faits alors qu'ils ne reposent sur aucune réalité à part des études biaisées réalisées sur des « devis Santéclair ».

Malgré l'appel aux chaînes d'optique, ce réseau est resté embryonnaire à cause de ses tarifs déconnectés de la réalité économique. Si, comme dans le secteur de l'optique, cette société

<sup>93</sup> <http://www.surdifrance.org/publications/rapports-bucodes-surdifrance/268-le-reste-a-charge-en-audioprothese>

<sup>94</sup> Le Monde, *Coup de jeune sur l'appareillage auditif*, 12 mars 2015

avait à sa disposition pléthore de professionnels, dont beaucoup certainement avec une activité faible ou nulle, elle pourrait aisément les contraindre à accepter ses conditions.

Alors qu'en 2008 la question n'était pas évoquée, à partir de 2010 Santéclair entreprend donc une attaque contre la prétendue insuffisance d'audioprothésistes : *« d'autres sujets mériteraient d'être abordés : en particulier la question de la formation des audioprothésistes en France et du nombre dérisoire de professionnels qui sortent chaque année des écoles totalement insuffisant pour répondre aux besoins des personnes malentendantes »*<sup>95</sup>.

Depuis 5 ans, les prix prétendument trop élevés des audioprothésistes et le soi disant manque de professionnels ont fait l'objet de nombreuses reprises médiatiques et de plusieurs dossiers à charge.

En septembre 2013, la Cour des Comptes a traité, dans son rapport annuel sur les lois de financement de la sécurité sociale, de *« la prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses »*.

Un bon connaisseur du secteur, non audioprothésiste, écrivait au sujet de ce rapport :

*« Ce rapport de la Cour des Comptes est sans doute très pertinent quand il parle du secteur de l'optique. Pour son analyse du secteur des audioprothèses en revanche, bien que nous approuvions plusieurs de ses recommandations, nous sommes troublés par sa mauvaise qualité. Approximations, amalgames, sources inappropriées, leur inventaire pourrait faire l'objet d'un article complet (...). Pour ce qui concerne les marges prélevées par les audioprothésistes, le rapport de la Cour des Comptes entretient la confusion entre le secteur de l'optique et celui des aides auditives.*

*"Dans les deux secteurs, le niveau des prix s'explique dans une large mesure par celui des marges des intervenants de la filière."*

*Mais la source citée pour cette affirmation est la décision du 14 juin 2002 de l'Autorité de la concurrence qui avait relevé que, s'agissant de l'optique, "les marges dans le secteur sont élevées". Même amalgame quatre paragraphes plus loin :*

*"80 % de la valeur du secteur de l'optique et de celui des aides auditives seraient créés à la phase de la distribution (distributeurs en gros et détaillants)."*

*Cette fois, la source citée pour cette affirmation est une étude de La Financière de la Cité, Le secteur de l'optique-lunetterie, avril 2011. Comme la décision de l'Autorité de la concurrence, et comme son nom l'indique, cette étude porte sur l'optique.*

*La Cour des Comptes fait mine d'ignorer qu'il y a une grande différence entre le service fourni par un opticien et celui fourni par un audioprothésiste. Le premier se contente de vendre une paire de lunettes. Son prix ne comprend que l'adaptation des verres sur une monture. Une fois quitté le magasin, on a plus de raison d'y revenir, sauf pour acheter une nouvelle paire de lunettes. L'audioprothésiste, lui, doit non seulement adapter l'appareil au patient (ce qui est un peu plus compliqué que choisir des verres) mais il doit ensuite, pendant toute la durée de vie de l'appareil, assurer un suivi prothétique au rythme minimum de deux visites par an. Toute cette prestation est comprise dans la « marge » du prix initialement payé. » (...)*

*« La vraie question n'est pas celle des marges mais celle des prix et, plus encore, celle du « reste à charge ». En ce qui concerne les prix, la Cour des Comptes donne une information fautive et une information biaisée. Elle affirme, sans citer de sources :*

*"S'agissant des audioprothèses, des pratiques d'achat groupé permettent, en Allemagne ou en Suède par exemple, des prix réels pour le patient très inférieurs aux prix constatés en France."*

---

<sup>95</sup> Communiqué de presse Santéclair du 12 février 2010

*L'étude Alcimed 2009, montre, au contraire, que les prix allemands sont semblables aux prix français et qu'en Suède les prothèses sont gratuites comme elles le sont en Angleterre parce qu'elles sont distribuées par des organismes publics de santé. En revanche, dans ces deux derniers pays, les prix pratiqués par le secteur privé sont concentrés dans le haut de gamme et sont en moyenne de 25% à 50% plus élevés que les prix pratiqués en France pour la même gamme.*

*En ce qui concerne le « reste à charge », le rapport de la Cour des Comptes contient un passage très intéressant que les journalistes ont malheureusement négligé de mentionner :*

*"La quasi-disparition de l'assurance maladie obligatoire du champ de la prise en charge, qui signe un grave échec au regard des principes mêmes qui la fondent, a conduit les organismes d'assurance maladie complémentaire à se comporter en acteurs de substitution, conduisant à certaines dérives dans les contrats."*

*C'est certainement là le vrai problème. En effet, pour des prothèses qui coûtent autour de 1600 €, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire n'est que de 120 €. »*

Le Syndicat national des audioprothésistes a été auditionné par la Cour des Comptes lors de la conception de ce rapport mais les nombreux éléments fournis n'ont pas été retenus.

Il semble que d'autres sources, pourtant erronées, aient été préférées. En effet, le 23 février 2014 un haut magistrat de la Cour des Comptes synthétisait sur France Inter ce qui lui avait été transmis au sujet du secteur de l'audioprothèse : « *Le marché est cartellisé : il y a très peu de fabricants, il y a aussi finalement très peu d'audioprothésistes. Il y a 2500 audioprothésistes en France à peu près, qui bénéficient d'une rente de situation, la marge des audioprothésistes est très élevée* ».

Une étude publiée le 20 novembre 2014 par le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) et 60 Millions de Consommateurs est consacrée au remboursement des dispositifs médicaux.

En ce qui concerne les appareils auditifs, l'utilisation des données de la base Sniiram met en évidence un reste à charge de 938 € par oreille. Dès le 12 février 2014, le Syndicat national des audioprothésistes avait dénoncé ces 1000 € par oreille laissés à la charge des patients<sup>96</sup>.

Par contre, des résultats erronés proviennent de « 4205 devis Santéclair » : des appareils prétendument vendus plus chers aux moins de 20 ans et une forte dispersion des prix pour le même modèle d'appareils. En se passant des « devis Santéclair » et en étudiant les données exhaustives du Sniiram, nous trouvons au contraire des prix pour les moins de 20 ans équivalents à la moyenne du marché, la dispersion pour le même modèle étant expliquée par des conditions particulières faites à certains patients (par exemple, remise de 30 % lors du changement à l'identique d'un appareil auditif perdu).

Plus récemment, le 28 septembre 2015, Que Choisir consacrait une conférence de presse, une étude de 28 pages et un communiqué de presse aux appareils auditifs. Le jour même, le Syndicat national des audioprothésistes dénonçait un rapport biaisé et une manipulation initiée par Santéclair<sup>97</sup>.

Si le débat responsable est souhaitable et nécessaire à l'élaboration de nouvelles réponses en matière d'accessibilité à l'audioprothèse, en revanche les campagnes de dénigrement des audioprothésistes sont problématiques, en premier lieu pour les patients concernés qu'elles

---

<sup>96</sup> Communiqué de presse "Prix et remboursement des audioprothèses : enjeux de santé publique et enjeux économiques" : <http://www.unsaf.org/site/communiqués-de-presse/communiqué-de-presse-prix-et-remboursement-des-audioprotheses-enjeux-de-sante-publique-et-enjeux-economiques.html>

<sup>97</sup> Communiqué de presse « Dossier "Que Choisir" sur les appareils auditifs : un rapport biaisé au détriment des patients » : <http://www.unsaf.org/site/communiqués-de-presse/28-09-2015-communiqué-de-presse-unsaf-dossier-que-choisir-sur-les-appareils-auditifs-un-rapport-biaise-au-detriment-des-patients.html>

rebutent. En outre rien ne justifie qu'une profession de santé, responsable et hautement qualifiée, puisse faire l'objet de telles récriminations qui portent atteinte à son image et rendent suspects les objectifs poursuivis par ceux qui les professent. A cet égard, soulignons l'énergie déployée par la S.A. Santéclair, qui recourt aux services coûteux de sociétés de lobbying afin d'étendre son territoire d'influence à la haute administration et aux décideurs politiques.

La distorsion de moyens entre ceux mis en œuvre par la S.A. Santéclair pour propager sa désinformation et ceux dont la profession dispose pour y répondre, ne peut qu'interpeller les acteurs du secteur et les Pouvoirs publics sur sa volonté réelle de prendre en charge le reste à charge sur l'audioprothèse.

Il est urgent que ses actionnaires agissent de façon responsable pour que cessent la désinformation et les attaques publiques menées par la S.A. Santéclair contre l'ensemble des audioprothésistes, et dont l'effet est délétère sur les déficients auditifs.

## IX. UNE INDISPENSABLE REGULATION PUBLIQUE, DES PROPOSITIONS D'EVOLUTION

### 1. La spécificité des missions de santé interdit sa régulation par la seule concurrence

« La spécificité des missions de santé interdit que le droit de la concurrence en devienne le seul régulateur »<sup>98</sup>.

En 1963, Kenneth Arrow établit le caractère économique des activités de soins, et attire l'attention sur l'« *asymétrie d'information entre le consommateur de services et le professionnel offreur de services* ». Celle-ci implique une demande « *peu sensible aux variations tarifaires* », même lorsque ces marchés sont libres. « *La détermination d'un état de santé étant difficile et subjective, (...) les soins sont ainsi considérés comme des biens de confiance. (...) La relation de confiance qui se noue entre l'offreur et le demandeur de soins empêche un comportement de négociation pure, et un ajustement par les prix* »<sup>99</sup>.

Asymétrie d'information, réputation et relation de confiance, demande inélastique aux prix : tous ces critères s'appliquent parfaitement au secteur de l'audioprothèse.

La « *concurrence par le prix* » se traduit, dans notre secteur, par une réduction du temps avec le patient. Et un accompagnement humain « *allégé* » a pour conséquence directe une moindre satisfaction, puisqu'elle est corrélée au temps d'accompagnement, nécessaire à l'éducation thérapeutique initiale et au suivi du patient par le professionnel.

« *Les mécanismes de la concurrence ne peuvent jouer comme sur d'autres marchés, sans risquer de détériorer une certaine qualité dans les produits et prestations de santé. C'est la raison pour laquelle si le droit de la concurrence doit régir ce domaine, il ne peut le faire seul. (...) La spécificité des missions de santé interdit que le droit de la concurrence en devienne le seul régulateur* ».

« *L'intervention de l'État demeure la règle dans un secteur faiblement harmonisé au niveau communautaire* »<sup>100</sup>.

### 2. L'UNSAF, force de propositions, pour diminuer un reste à charge trop élevé

La forte concentration des besoins en appareils auditifs chez les personnes de plus de 65 ans, le rôle démontré de la compensation du déficit auditif dans la prévention de la perte d'autonomie, renforcent encore la nécessité d'inclure la prise en charge des appareils auditifs dans les paniers de soins pris en charge par les systèmes de santé publics en Europe. Le rôle de l'Etat demeure ainsi primordial pour garantir à chaque usager du système de santé un accès équitable au service d'un audioprothésiste, au titre de la santé publique. C'est dans ce cadre que le Syndicat national des audioprothésistes (UNSAF) propose aux pouvoirs publics la mise en place de tarifs négociés pour une gamme d'accessibilité

---

<sup>98</sup> Étude thématique « *Droit de la concurrence et santé* », Rapport annuel 2008 de l'Autorité de la Concurrence.

<sup>99</sup> Ibid.

<sup>100</sup> Ibid.

comprenant des appareils auditifs performants, pour une valeur accessible au plus grand nombre.

L'UNSAF souligne qu'une prestation comprenant un équipement haut de gamme relève d'un choix personnel du patient, où la concurrence par le prix, l'innovation et la qualité des services seront bénéfiques au patient.

Les propositions innovantes de l'UNSAF pour diminuer le reste à charge des patients ont été soulignées par deux rapports récents de l'IGAS<sup>101</sup> :

*« Une revalorisation est prioritaire concernant les prothèses auditives dont la prise en charge au titre de l'assurance maladie est actuellement fortement déconnectée de la réalité économique. »*

*« Sur les audioprothèses, la maîtrise de l'évolution de la dépense d'assurance maladie (+1,15% par an depuis 2010) s'est opérée au détriment du reste à charge, le niveau modeste des dépenses permettant toutefois d'envisager, à la différence de l'optique, une prise en charge plus importante de l'assurance maladie. »*

*« La perte de l'audition est aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique du fait de la perte d'autonomie associée. Sa prévalence ne pourra que s'accroître avec le vieillissement de la population. Il est donc indispensable d'assurer à la population un égal accès aux audioprothèses. »*

*« Les travaux précédents de l'IGAS et ceux de la Cour des comptes et du HCAAM et les échanges avec l'UNSAF permettent d'esquisser des pistes d'évolution. »*

*« L'ouverture manifestée par l'UNSAF (...) représente à cet égard une opportunité à saisir. »*

---

<sup>101</sup> Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, 2013. Dispositifs médicaux : circuits et marges de distribution en ville et rôle des prestataires à domicile, 2014.

## CONCLUSION

### Pour en finir avec les contrevérités

Dans notre pays, le problème majeur rencontré par l'audioprothèse est le niveau très faible de remboursement. Près de 1 000 € par oreille en moyenne restent à la charge des patients adultes et ne permettent pas aux patients aux revenus modestes d'accéder aux appareils auditifs. Ce qui laisse les personnes souffrant de déficit auditif en France subir un handicap aux répercussions méconnues et sous-estimées et instaure une forte inégalité sociale d'accès à sa compensation.

Environ 2 millions de personnes sont équipées dans notre pays, alors que près de 3 millions devraient l'être. Seulement 400 000 déficients auditifs, environ, sont appareillés chaque année. L'effet pervers de cette faible prise en charge par la solidarité nationale peut même laisser croire qu'il n'est pas très utile de compenser son déficit auditif.

L'amélioration du remboursement par l'assurance maladie est une priorité dont les décideurs publics, et les partenaires sociaux qui pilotent la sécurité sociale, devraient se saisir pour permettre à notre pays de se rapprocher des taux d'appareillage constatés dans les pays où la prise en charge est plus conséquente. L'assurance maladie doit engager la reconquête du secteur de l'audioprothèse comme une politique d'investissement en santé publique et de prévention, laquelle trouvera son financement dans les économies qu'elle engendrera en évitant le sur-déclin cognitif qui touche les malentendants âgés.

Les audioprothésistes se veulent force de proposition pour faire bouger les lignes. Certaines des propositions avancées par le Syndicat national des audioprothésistes ont été validées et mises en application par le ministère de la Santé, notamment en ce qui concerne la CMU. Mais il faut aller plus loin et ne pas s'arrêter à la première marche. L'amélioration du remboursement des appareils auditifs, dont les bases pour les adultes n'ont pas été revues depuis 1986, est aujourd'hui incontournable.

Pour cela, il est urgent de rétablir la vérité au sujet du prix des appareils auditifs, après des campagnes itératives de dénigrement et des actions publicitaires hasardeuses menées par certains opérateurs.

L'IGAS rappelle que l'audioprothèse n'est pas « *un bien de consommation [...] mais une aide visant à compenser et aussi à prévenir une perte d'autonomie* ». Sa dispensation par des professionnels de santé hautement qualifiés comporte une prise en charge au long cours en lien avec le médecin ORL, qui débute par le choix du dispositif et l'adaptation, puis se poursuit par un accompagnement incluant l'éducation thérapeutique du patient. Il s'agit bien d'une prestation de santé globale et non de l'échange commercial d'un bien. La logique de marge n'est pas le modèle économique de l'audioprothèse, car son prix est avant tout le reflet de la valorisation de l'accompagnement, qui représente jusqu'à 20 heures d'intervention de l'audioprothésiste, et de l'utilisation de son plateau technique. Or, cet accompagnement, par un professionnel de santé, est déterminant pour l'observance. Sans accompagnement, l'adhésion à l'utilisation de l'audioprothèse est moindre, notamment en raison de l'asymétrie de l'information et des connaissances des patients et l'expertise des audioprothésistes.

C'est pourquoi la dérégulation sauvage de la profession d'audioprothésiste fondée sur la seule approche de la vente sèche du dispositif médical, prônée par certains, est un mauvais calcul à la fois pour les malentendants et les régimes d'assurance maladie, obligatoire comme complémentaires.

Pour rappel, l'Inspection Générale des Finances écrivait en 2013 : « *Les réglementations en place sont économiquement justifiées lorsqu'elles répondent de façon précise et circonscrite à des contraintes telles que :*

- *le manque d'expertise du public sur la qualité et l'adéquation du service proposé et sur l'étendue de son besoin ;*
- *le risque d'apparition de prix trop élevés par rapport aux coûts de revient du service ou de prix trop bas pour permettre d'offrir un service de qualité suffisante ;*
- *la prévention des conflits d'intérêts chez les professionnels. »*

Il est indispensable de reconnaître dans les plus brefs délais, le modèle de la prise en charge audioprothétique pour l'inscrire dans une logique médicalisée de parcours de soins de l'audition.

Le modèle de prise en charge le plus efficient doit donc comporter :

- la prise en charge dès une perte moyenne de 25 dB ;
- le même forfait de prise en charge quels que soient l'âge du patient ou l'origine de son déficit auditif (congénitale, acquise, accidentelle, professionnelle, etc.) ;
- le choix total par le patient de son professionnel pour stimuler la « *concurrence par la qualité* » ;
- le choix par le patient de sa solution auditive, en tenant compte de son déficit auditif, de ses souhaits, de l'investissement financier qu'il désire, avec l'expertise et les conseils de son spécialiste en solutions auditives ;
- l'indépendance du professionnel, dans le choix de la meilleure solution pour son patient, vis-à-vis des financeurs privés et des fabricants ;
- le choix, l'adaptation, la délivrance et un suivi effectif, indissociables, par le même professionnel ;
- une prise en charge forfaitaire par le système de santé publique, à une périodicité déterminée, facilitant un accès à une solution auditive de qualité, en laissant la possibilité au patient d'accéder à un matériel plus sophistiqué s'il le souhaite, en laissant le différentiel de prix à sa charge (sauf pour les patients aux revenus les plus modestes) ;
- de l'information fiable pour le patient, de source publique, afin qu'il puisse faire jouer la « *concurrence par la qualité* ».

Les audioprothésistes sont déjà engagés dans cette démarche. Le ministère de la Santé, s'il veut écartier la « fracture auditive » et la discrimination sociale qui en découle, doit donner le signal politique de la reconquête de ce secteur par l'assurance maladie obligatoire. Cette dépense de santé relève d'un investissement de la collectivité pour la prévention de la perte d'autonomie. Les complémentaires santé, à leur place, qui plus est avec l'instauration de la complémentaire santé pour tous les salariés, et le dispositif annoncé pour celle des seniors, doivent se mobiliser en prenant en considération la valeur réelle de l'audioprothèse incluant l'adaptation et la continuité de l'accompagnement dont l'effecteur est un professionnel de santé libéral : l'audioprothésiste.