

Bien entendre... Toute sa vie



ACTES DES RENCONTRES PARLEMENTAIRES

RENCONTRES COPRÉSIDIÉES PAR :

Denis JACQUAT, Député de la Moselle
PRÉSIDENT DU GROUPE D'ÉTUDES ENJEUX DU
VIEILLISSEMENT

Martine PINVILLE, Député de la Charente
AUTEUR DU RAPPORT : RELEVER LE DÉFI POLITIQUE DE
L'AVANCÉE EN ÂGE

*Débats animés par **Nathaly Mermet**, docteur en Neurosciences,
Journaliste scientifique et médicale*

AMORCE

Le 6 février 2014

PRÉSENTATION DES INTERVENANTS	3
MOT D' ACCUEIL	9
• Denis JACQUAT	9
• Martine PINVILLE	10
LA PERTE DE L'AUDITION, UNE PRIORITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE.....	11
• Pr Bruno FRACHET	12
• Eric BIZAGUET.....	14
• Anne DEHETRE.....	15
• Bruno DELAUNAY.....	16
AUDIOPROTHÈSE : QUELLE PRISE EN CHARGE ?.....	22
• Etienne CANIARD.....	23
• Richard DARMON.....	26
• Dr Jean-Michel KLEIN.....	26
• Christophe LAFOND.....	26
• Luis GODINHO.....	31
CLÔTURE DE LA RENCONTRE.....	34
• Etienne CANIARD.....	34

PRÉSENTATION DES INTERVENANTS



Eric BIZAGUET

Président du Collège National de l'Audioprothèse

En juin 2006, Eric BIZAGUET a été élu à la présidence du Collège National d'Audioprothèse.

Membre actif du Collège depuis 1987, Eric Bizaguet en était également premier Vice-Président depuis 1994. Diplômé d'audioprothèse en 1976, il devient alors le collaborateur de Paul Veit, figure emblématique de la création du diplôme d'Etat d'audioprothésiste en 1967. C'est ainsi que, depuis de longues années, il est partie prenante dans l'enseignement universitaire et post-universitaire.

Eric Bizaguet cumule de nombreuses expertises : diplôme de bioacoustique en 1978, diplôme de déficience auditive de l'enfant en 1979, maître ès sciences physiques en 1979,

DEA d'acoustique en 1980 et interne de médecine générale en 1989. Sa mission, confiée par Xavier Renard au sein du Collège National d'Audioprothèse, sera de poursuivre les travaux concernant l'entrée de la profession dans le cadre du processus LMD (Licence, Maîtrise et Doctorat) en partenariat avec les directeurs d'enseignement.

Etienne CANIARD

Président de la Mutualité Française

Etienne CANIARD est Président de la Mutualité Française. Il a été élu le 14 décembre 2010 pour six ans. Il est également Président de la Fondation de l'avenir pour la recherche médicale appliquée.

Diplômé de sciences économiques et ancien élève de l'Ecole nationale des impôts, il s'engage rapidement dans les instances de sa mutuelle d'appartenance, la Mutuelle des Agents des Impôts, avant d'en être élu Président en 1990. Il exerce ce mandat jusqu'en 2000. De 1992 à 1996, il est trésorier puis vice-président de la Mutualité Fonction Publique. En 1994, il est élu administrateur de la Mutualité Française. En 1996, il y occupe le poste d'administrateur délégué aux questions de santé et de sécurité sociale. Il y anime les différentes réflexions au sein du mouvement mutualiste et assure l'interface avec les autres acteurs de la santé en vue de la réforme de l'assurance maladie de 2004.

Parallèlement, il est membre du Haut Comité de la Santé Publique de 1991 à 1998 et préside la commission santé-prévention de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) de 1996 à 2004. En 1998 et en 1999, il anime les Etats généraux de la santé.

En 2001, il est nommé vice-président de l'Observatoire national d'éthique clinique, fonction qu'il assure jusqu'en 2005. En 2003 et 2004, il représente la Mutualité Française au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam).

En 2004, il devient membre du collège de la Haute Autorité de santé (HAS), chargé de la qualité et de la diffusion de l'information médicale, fonction qu'il occupe jusqu'à son élection à la présidence de la Mutualité Française.

Il est l'auteur de plusieurs rapports au gouvernement : « La place de l'utilisateur dans le système de santé » (2000) qui a servi de base à une partie de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé et « Les recommandations de bonnes pratiques : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation » (2002).





Richard DARMON

Président Directeur Général d'AMPLIFON

Diplômé de l'Ecole Centrale de Nantes et de l'ESSEC Business School, Richard Darmon est aujourd'hui Président Directeur Général d'AMPLIFON. Il est également Vice-président du Syndical national des entreprises de l'audition depuis le mois de janvier 2014.

Anne DEHETRE

Présidente de la Fédération Nationale des Orthophonistes

Depuis 1997, Anne DEHETRE est orthophoniste et partage son exercice entre activité libérale et intervention auprès d'un SESSAD pour enfants déficients auditif.

Depuis 2000, elle est chargée d'enseignement à la Faculté de médecine. Engagée, Anne DEHETRE l'est tant pour ses patients que pour son métier. De 2001 à 2010, elle est élue Vice-présidente nationale chargée de la formation initiale auprès de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO). En juin 2013, elle devient Présidente de la FNO. En juillet 2013, elle est élue Vice-présidente du Centre National des Professionnels de Santé libéraux (CNPS) et Vice-présidente de l'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS).





Bruno DELAUNAY

Vice-président du Syndicat National des Entreprises de l'Audition

Diplômé en marketing et publicité il cofonde durant ses études l'agence de communication Quid Novi. En 1986 il rejoint la fondation Rothschild pour la communication interne. Il intègre à partir de fin 1987 jusqu'en 1998, le CCA Wagram (centres de correction auditive) années durant lesquelles entre stages hospitaliers et développement du secteur matériel médical il participe à la création de la marque puis société Biodigital.

A partir de 1999 il cofonde avec Cyrille Coudert et JC Rossetto les sociétés MédiNova (distribution de matériel d'explorations fonctionnelles) et Audinova, (premier réseau de laboratoires d'appareillage auditif de proximité).

En 2007, il cède le réseau Audinova à la filiale française du Groupe néerlandais HAL Investments, la société Audionova France pour laquelle il occupe le poste de Directeur de la Communication.

Parallèlement il fonde en compagnie du Dr Michel EL-Bez et de 17 membres fondateurs dès 2008 le Club Alter Âgo, Club qui a pour mission de réfléchir à l'amélioration des échanges entre professionnels du secteur de l'audition, ORL, audioprothésistes, orthophonistes, industriels, fabricants ou OCAM afin de mieux répondre aux besoins des malentendants. Il est vice-président Président du SYNEA (syndicat des entreprises de l'audition) en 2013 il cède la place à Guillaume Flahault en 2014, au côté duquel il reste comme vice-président en compagnie de Richard Darmon.

Pr Bruno FRACHET

Hopital Rothschild, Président de France Presbyacousie

Médecin spécialiste en Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, Bruno Frachet est également Professeur des Universités à l'Université Paris XIII et Praticien hospitalier (Chef de Service à l'Hôpital Rothschild Paris 12). Expert judiciaire près la Cour de Cassation, il est inscrit sur la liste des Experts judiciaires près la Cour d'Appel de Paris.



Le Docteur Frachet a été membre du Conseil Scientifique de l'AFSSAPS jusqu'en 2011. Il a conjointement occupé les postes de Président de la Commission Nationale de Sécurité Sanitaire des Dispositifs Médicaux (CnssDM auprès de l'AFSSAPS) entre 2007 et 2011, de Président du CEDIT (Commission d'évaluation et de diffusion de l'innovation technologique) Assistance Publique - Hôpitaux de Paris de 2007 à 2013 et de Président de la Commission d'Évaluation des Produits et Prestations Médicaux au Ministère de la Santé (CEPP – précurseur CNEDIMTS) – 1er et 2ème mandat. De 2007 à 2011, il a été membre de l'ONFRIH (Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap).

Il est cofondateur de l'IFIC (Institut Francilien des implants cochléaires), du CRIC (Centre de réglage des implants cochléaires), d'ASEAR, (action humanitaire – prise en charge de la surdité)



Luis GODINHO

Président du Syndicat National des Audioprothésistes - UNSAF

Installé à Paris depuis 1994, Luis Godinho, après une brève carrière d'opticien, se tourne vers le métier d'audioprothésiste. Il est également diplômé de la Faculté de Pharmacie de Montpellier (1990).

Successivement, Secrétaire Général du SAF (Syndicat des Audioprothésistes Français) de 1996 à 2000, puis Président du SAF de 2000 à 2008, il assure la vice-présidence de l'UNSAF depuis 2000. En juin 2012, Luis Godinho a été élu à Président du Syndicat national des audioprothésistes (UNSAF).

À ses différentes fonctions, Luis Godinho a notamment été chargé des relations avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) et a travaillé à la mise en place du "Devis normalisé".

Denis JACQUAT

Député de la Moselle – Président du groupe d'études "Enjeux du vieillissement"

Médecin ORL de formation, Denis Jacquat débute sa carrière politique en 1977, après que le Maire de Metz, Jean-Marie Rausch l'ait invité à rejoindre son équipe. Très impliqué dans la vie associative de sa ville, notamment par son engagement en tant que médecin bénévole auprès de clubs sportifs, Denis Jacquat va prolonger son engagement au service des autres en devenant conseiller régional de Lorraine (1982 à 1986), conseiller général de la Moselle de (1979 - 2002 / 2011 - aujourd'hui) et député de la Moselle (1986 à aujourd'hui). C'est en 1998 qu'il cessera toute activité médicale pour se consacrer à ses mandats électifs.

L'activité parlementaire foisonnante du député Denis Jacquat s'est axée sur des sujets relevant de la commission des Affaires sociales dont il est membre : il est intervenu sur les questions de l'emploi, la formation professionnelle, la santé et la solidarité, les lois de financement de la sécurité sociale, l'égalité des chances mais aussi sur des sujets comme ceux des personnes âgées et des personnes handicapées.

Il est le président du groupe d'études "Enjeux du vieillissement" depuis décembre 2012.





Pr Jean-Michel KLEIN

Président du Syndicat National des ORL

En 1979, Jean-Michel KLEIN a obtenu le diplôme de Docteur en Médecine. Spécialisé en Oto-rhino-laryngologie, il est installé à Paris en tant que médecin libéral.

Depuis 2011, il est le Président du Syndicat National des ORL (SNORL). Il est également membre de la Société Française d'ORL et élu Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) médecins Île-de-France.

Christophe LAFOND

Délégué Général, MGEN

Christophe LAFOND est délégué national MGEN. Il est également responsable des cotisations, des prestations mutualistes, et des relations avec les professionnels de santé.





Nathaly MERMET

Journaliste scientifique, docteur en neurosciences

Docteur en biologie de formation (PhD Neurosciences) et rédactrice / animatrice scientifique et médicale de profession, Nathaly Mermet a opté il y a plus de 10 ans pour une carrière de journaliste scientifique. Elle partage ainsi son temps entre l'animation de colloques, de séminaires, la réalisation de chroniques en presse audiovisuelle et l'écriture scientifique.

Spécialisée dans les (bio)technologies, l'innovation, les neurosciences, elle écrit régulièrement pour des presses professionnelles (médecine / sciences) ou généralistes, papier ou web. Elle rencontre au gré de ses nombreuses interviews les acteurs du monde de la recherche, du secteur industriel, des grandes sociétés et des entreprises régionales innovantes. Elle pratique la rédaction toujours avec le même objectif: la qualité de la vulgarisation et de l'information, dans un souci de synthèse et de mise en perspective. A travers une structure souple, réactive et adaptable - « Expression Sciences » -, elle répond à des besoins ponctuels ou réguliers, au bénéfice de la communication interne ou externe.

Martine PINVILLE

Député de la Charente

Elue député socialiste de la Charente depuis 2007, Martine PINVILLE est Secrétaire de la Commission des affaires sociales et Secrétaire nationale à la santé du Parti Socialiste. Co-auteure en 2011 d'un rapport d'information sur la médecine scolaire pour le Comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale, elle est rapporteur de la branche famille sur le projet de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Le Premier ministre l'a récemment chargée d'une mission de comparaison internationale des pratiques en matière de prévention, anticipation et adaptation de la société au vieillissement.

Elle s'est également vu confier la présidence du Conseil national de l'autisme. Retraîtée de la fonction publique, Martine PINVILLE s'implique dans la vie publique locale, politique et associative.

Elle est conseillère municipale de la commune de Balzac et présidente du syndicat de pays Entre-Touvre-et-Charente.

Elle est l'auteur du rapport "Relever le défi politique de l'avancée en âge", publié en mars 2013.



MOT D'ACCUEIL***Nathaly MERMET (MODERATEUR) :***

L'audition est l'un des 5 sens fondamentaux dans notre existence, et on peut s'intéresser aux relations audition / cerveau à tous les âges de la vie : depuis la naissance avec le développement cérébral – donc la neurogenèse, puis la mise en place et la maturation des circuits corticaux, soit la corticogenèse- jusqu'à l'autre extrémité de la vie, avec le vieillissement qui s'accompagne d'une perte (naturelle) de l'audition. L'audition est en effet un sens qui se désagrège naturellement avec le vieillissement, avec nécessairement des conséquences au niveau cérébral.

Je laisse la parole aux présidents de cette matinée parlementaire afin qu'ils en introduisent le sujet.

Denis JACQUAT :

Député de Moselle, je suis également médecin ORL de profession, et c'est donc à double titre que je mesure toute l'importance du sujet évoqué aujourd'hui.

Malgré des sensibilités politiques différentes, Martine PINVILLE et moi-même partageons les mêmes idées quant à la politique de santé. En effet, nous avons parfois le sentiment que certains textes proposés ne sont pas en adéquation avec la réalité du terrain. C'était notamment le cas de celui concernant les orthophonistes pour l'aboutissement duquel nous avons dû faire preuve de persévérance.

Le colloque de cette matinée intitulé « Bien entendre toute sa vie » s'articulera autour de deux tables rondes, l'une consacrée à la perte de l'audition comme priorité de santé publique et l'autre à la question de la prise en charge.

Martine PINVILLE et moi-même gardons la politique de santé publique au cœur de nos préoccupations. Selon nous, celle-ci est encore perfectible, c'est la raison pour laquelle nous souhaitons l'élaboration d'une grande loi en la matière.

Si très souvent le sujet de la santé est abordé dans notre pays d'un point de vue économique, comme c'est le cas du tabagisme, force est de souligner qu'on ne peut négliger l'aspect humain.

Ainsi dans le cadre de la perte de l'audition, une conséquence directe est l'isolement progressif des personnes au sein d'une société où l'on vit de plus en plus longtemps. La perte de l'audition peut donc engendrer une perte d'autonomie.

Pour y remédier, les prothèses auditives sont aujourd'hui très performantes mais leur coût est élevé et le reste à charge trop important. Les modalités d'amélioration de prise en charge doivent être envisagées. A titre d'exemple, dans les Pays Scandinaves, les prothèses sont remboursées à 100%.

Or, dans une société où le niveau des retraites n'ira bien évidemment pas en progressant et où les charges de santé augmenteront, l'achat des prothèses ne sera malheureusement pas une priorité.

Une politique de santé publique ne doit pas se limiter à l'aspect économique mais doit prendre en compte la globalité du problème. Dans le cas particulier de la perte de l'audition, il convient d'adopter une démarche dans laquelle on déterminera tout d'abord ce dont on a besoin, puis combien cela coûte et enfin ce qu'on doit mettre en oeuvre pour financer ces besoins. En effet, la perte de l'audition doit être considérée comme une priorité de santé publique et le remboursement des audioprothèses revalorisé.

Martine PINVILLE :

J'ai récemment remis au ministre un rapport sur le « Défi politique de l'avancée en âge ». Il y a deux ans, j'avais également remis un autre rapport consacré à la médecine scolaire. Lorsque l'on parle de perte de l'audition, de difficulté, on peut percevoir dès le plus jeune âge des enfants qui s'isolent. Des enfants, qui, victimes d'un problème auditif, ne communiquent pas. Nous avons à mettre en place des mécanismes pour traiter le problème de la perte de l'audition tout au long de la vie mais aussi dès le plus jeune âge. Je suis d'accord pour dire que poser le financement en préalable n'a pour autre effet que celui de bloquer la réflexion.

Regardons comment, autour d'une personne qui a une difficulté spécifique comme celle-ci, faire pour mieux accompagner et pour mieux aider cette dernière : c'est l'enjeu lorsque l'on parle d'isolement, c'est également l'enjeu dans le monde du travail, et c'est l'enjeu pour les enfants, pour lesquels il faut mieux diagnostiquer et très vite prendre en charge lorsqu'il y a les problèmes d'audition.

A ce sujet, la Ministre a mis en place une expérimentation sur 500 personnes qui a pour objet l'accès à la téléphonie pour les personnes malentendantes avec la personne chargée du sujet de la téléphonie à l'Assemblée dont le travail sera d'observer comment permettre l'accès à la téléphonie pour des personnes malentendantes. Cette expérimentation démarre maintenant. Ainsi, il y a un certain nombre de travaux et d'expérimentations à mener pour permettre une meilleure prise en charge et permettre à chacun de vivre dignement.

Table ronde I

La perte de l'audition, une priorité de santé publique

MODÉRATEUR :

Nathaly MERMET, journaliste

EXPOSÉ INTRODUCTIF :

Pr Bruno FRACHET, Hopital Rotschild, Président de France Presbyacousie

PARTICIPANTS :

Eric BIZAGUET, Président du Collège National de l'Audioprothèse

Anne DEHETRE, Présidente de la Fédération Nationale des Orthophonistes

Bruno DELAUNAY, Vice-président du Syndicat National des Entreprises de l'Audition

EXPOSE INTRODUCTIF**Bruno FRACHET**

Président de France Presbyacousie

Il y a 3 rôles à l'audition : l'alerte, peut sauver des gens, la communication qui nous empêche de vieillir sur le plan cognitif et le plaisir, essentiel.

Comment fonctionne l'audition ? L'idée est de faire passer les vibrations sonores qui sont dans l'air vers des vibrations qui sont dans les liquides, ceux de l'oreille interne. Pour mieux comprendre comment fonctionnent le système, prenons l'exemple de la main que l'on agite : dans l'air, il est facile de le faire, dans l'eau, à la même fréquence, c'est extrêmement difficile. Cette fonction va être assurée par le tympan et les osselets.

On peut avoir deux types de surdité : soit la chaîne tympan/osselets peut être rompue ou bloquée, soit la surdité s'accompagne d'une perte de perception. On peut faire l'analogie avec la pellicule qui a perdu sa sensibilité. Cette perte de sensibilité est essentiellement en rapport avec l'altération des cellules sensorielles. Pour faire un film, comme vous ne pouvez pas changer la sensibilité de votre pellicule, il faut éclairer le sujet. L'éclairage du sujet en matière sonore, c'est la prothèse auditive qui amplifie les vibrations sonores.

Comme il y a un cerveau entre les deux oreilles, l'analogie visuelle fonctionne aussi bien avec les oreilles : pour restaurer les données manquantes, il y a le cerveau.

Prenons l'exemple du tennis : lorsque vous débutez votre apprentissage, le professeur vous demande de bien vous placer par rapport à la balle. Petit à petit, vous comprenez, lorsque vous ratez votre lancer, que vous étiez mal placé par rapport à la balle et vous êtes capable de l'exprimer : c'est la phase de cognition explicite. Votre efficacité augmente en fonction de votre formation et la disponibilité au contrôle fait que cela devient automatique : vous savez directement vous placer comme il faut par rapport à la balle. Le rôle de l'orthophonie est de faire passer le patient de quelque chose d'explicite à une phase d'automaticité pour que la parole soit comprise de façon rapide, automatique, sans vérification logique.

J'utiliserai ici une nouvelle analogie visuelle avec les pixels (*Bruno FRACHET projette sur écran une image pixelisée dont il diminue progressivement la définition jusqu'à ce que l'image ne soit pas reconnaissable*) : une fois que vous avez vu l'image définitive, vous êtes sûrement capable de la reconnaître beaucoup plus vite, même lorsque le nombre de pixel est fortement diminué. La r  ducation est de faire ce travail d'anticipation sur la compréhension. Bien sûr, il ne s'agit pas d'entendre tous les mots de la terre mais de donner des mécanismes de repérage.

Une fois que l'on a parlé d'audition, d'orthophonie et de cerveau, nous allons évoquer le problème du vieillissement qui est l'enjeu sociétal majeur de l'audition. En 2041, il y aura quatre millions de personnes de plus de 85 ans. La problématique politique, c'est la pyramide des âges, dont la tête conique des années 2000 prendra une forme de tronc en 2050, avec beaucoup plus de gens âgés et moins de jeunes actifs. Il est intéressant de voir l'espérance de vie : un bébé qui naît en 2020 aura, s'il est une fille, une espérance de vie de 86 ans, 78 ans si c'est un garçon. Une personne de 60 ans en 2020 aura encore 22,8 à vivre si c'est un homme et 28 ans si c'est une femme. Une personne de 85 ans en 2020 aura encore 5,9 années à vivre si c'est un homme et 7,6 ans si c'est une femme. Ces constatations sont intéressantes car elles soulèvent la question du soin à apporter au quatrième âge. On y a répondu, comme beaucoup d'autres, avec le problème des implants cochléaires qui valent chers et qui marchent aussi très bien pour les personnes âgées.

La part de sourds, en France, est de 37 personnes pour 1000 habitants chez les plus de 75 ans. L'âge moyen d'appareillage est de 73 ans. 1/3 des plus de 65 ans, soit 7% de la population, sont malentendants. Sur la population globale, ce n'est pas un sujet à négliger.

La vitesse d'évolution de la surdité est la suivante : on perd un décibel par an. Cette perte se fait sur les fréquences aigües, soit les consonnes et donc la compréhension. C'est pourquoi on comprend mal la parole surtout s'il y a du bruit. Nous avons réalisé un test avec France Presbyacousie et Agir pour l'audition. Ce test repère la capacité de comprendre la parole dans le bruit puisque la première gêne auditive, c'est « j'entends bien mais je comprends mal, surtout lorsqu'il y a du bruit ». Ce test se fait par téléphone, 24 000 sujets ont été analysés. Il existe dans la population un certain nombre de personnes jeunes qui entendent mal et un certain nombre de personnes âgées qui entendent bien : nous ne sommes pas tous égaux face à la perte auditive. Ce test est un formidable outil pour recruter les personnes déficientes auditives qui pourraient participer à une recherche sur la surdité.

Je m'appuie sur notre gériatre ORL qui parle beaucoup de vieillissement pour évoquer le déclin cognitif. Il y a un certain nombre de facteurs de risque « candidats » au déclin cognitif et étonnamment, il faut tout faire pour que les personnes participent et communiquent lors d'activités de loisirs. Un des signaux de précarité est le fait de ne pas faire du sport. Il n'est pas évident de démontrer que si vous êtes sourd, vous avez un déclin cognitif garanti. Néanmoins, un médecin américain de Baltimore, le Professeur Franck R. Lin, a documenté la corrélation entre perte de l'ouïe et accroissement du risque de sénilité. On ne sait pas corriger le déclin cognitif ; l'objectif est de le retarder pour faire des économies de santé. Il est possible de le retarder en améliorant l'audition des personnes.

Quelques chiffres à retenir : si vous avez 25 décibels de perte, vous avez l'équivalent d'une différence d'âge de 7,8 ans. Une personne de 70 ans qui a 25 décibels de perte est une personne qui a un déclin cognitif de 77 ans.

Il y a même des facteurs multiplicateurs du risque de démence : pour une surdité moyenne, c'est multiplier par 3 le risque de démence et par 5 pour une surdité sévère. C'est la justification aussi de la prise en charge des personnes quelque soit leur âge et d'autant plus que la surdité est sévère.

Cela fonctionne par ce mécanisme : si vous utilisez votre cerveau à faire des restaurations de données manquantes, vous ne l'utilisez pas à faire des relations cognitives avec ce que l'on est en train de vous dire. Si vous voyez mal, votre cerveau passe son temps à déchiffrer l'image plutôt que de l'interpréter. S'il y a des choses que vous voyez mal, vous passez votre temps à faire des vérifications logiques pour les comprendre et non sur le plan cognitif.

Notre travail est de redire que l'audition n'est pas un luxe : le déficit sensoriel est extrêmement important. Il faut aussi favoriser l'adaptation de la société pour l'accueil du handicapé. En 2015, tout devrait être sous-titré à la télévision. La question de l'accessibilité devrait être réglée en 2015 de façon autoritaire et réglementaire.

Nathaly MERMET (MODERATEUR) :

6 à 7 millions de personnes sont atteintes de surdité aujourd'hui en France, et on compte également plus de 3 millions de personnes souffrant d'acouphènes. Or le taux d'appareillage est de l'ordre de 30% en France. Nous avons vu avec le Professeur FRACHET que si l'audition n'était pas prise en charge, cela pouvait entraîner une dégénérescence cognitive. Il semblerait ainsi y avoir une corrélation entre la perte auditive et le risque de démence.

Eric BIZAGUET, tous ces arguments sont très en votre faveur puisque vous présidez le Collège National de l'Audioprothèse et prôner l'appareillage des déficients auditifs. Pourriez-vous nous présenter et nous expliquer en quoi l'audition est, ou plus exactement « devrait être » une priorité de santé publique, notamment à cause de l'isolement social qu'elle peut engendrer et de la perte neuronale / cérébrale à laquelle elle est reliée ?

Eric BIZAGUET

Président Collège National de l'Audioprothèse

L'audioprothèse est une profession assez nouvelle qui date du début des années 50. Les critères que vous venez d'entendre sont donc relativement récents. Il y a peu de temps que l'on a pris conscience que la précocité de l'appareillage était un élément clé de la réussite de l'appareillage ; on a mesuré son efficacité dans le temps et démontré que l'audition, c'est à dire les échanges, les conversations et la participation à ces échanges, permet de ralentir l'apparition de troubles cognitifs.

J'aimerais qu'il y ait plus de gens appareillés et qu'ils le soient précocement. La précocité, c'est une acceptation plus facile, un cerveau en meilleur état, quelques années de gagnées pour notre capacité à « être jeune » (on n'est pas vieux parce que l'on porte une prothèse, on est vieux parce que l'on n'entend pas, qu'on ne participe pas).

Comment faire rentrer toutes ces personnes dans le cadre de l'appareillage dont plus personne ne peut nier l'intérêt ? Il faut savoir comment faire un dépistage ou un diagnostic initial rapide, comment faire pour qu'il n'y ait pas de perte de chance sur un certain nombre de patients, comment faire de l'information générale pour qu'il y ait une démarche du patient vers une prise de conscience et la consultation l'ORL : l'aspect psychologique joue un très grand rôle ici, les personnes sont peu enclines à se faire appareiller. 83% de ces 6 millions de personnes atteintes de surdité ont une

perte auditive inférieure à 45 décibels et pratiquement 50% ont une perte auditive inférieure à 35 décibels (la limite où l'on commence à avoir une gêne sociale très importante et où l'appareillage est indiqué). On appareille donc aujourd'hui largement plus de 30% des gens qui nécessitent le port d'un appareil aujourd'hui, ce chiffre de 30 % intégrant des personnes malentendantes mais pas appareillables : le pourcentage réel de personnes appareillées s'élève à 50 voire 55%. En comparant la situation de la France à des pays anglo-saxons où tout est pris en charge, on n'a pas de si grande différence que cela, parce que l'appareillage dans notre pays est de qualité.

Notre métier est particulièrement opérateur-dépendant . Ce n'est pas que l'appareillage qui est un important, c'est aussi l'accompagnement dont nous allons reparler lors de la table ronde suivante.

Nathaly MERMET (MODERATEUR) :

Comment favoriser l'acceptation de la prothèse auditive ? A titre de comparaison, les lunettes, qui au départ sont pourtant des prothèses visuelles, sont presque devenues aujourd'hui des accessoires de mode et sont même exposées lors de salons de l'optique. Quelles seraient les idées à avancer pour aboutir à une évolution similaire dans le domaine de l'audition ?

Eric BIZAGUET

Nous sommes dans un modèle où l'on recule l'acte d'appareillage ; il y a entre 5 et 10ans entre le début des premiers signes et l'appareillage réel.

Bruno DELAUNAY

Vice-président Syndicat National des Entreprises de l'Audition

Je me permettrai une parenthèse. Vous oubliez une chose : l'optique, auquel on nous compare souvent dans la prise en charge des déficits neurosensoriels, est dans la réparation. L'audioprothèse n'est pas dans la réparation mais dans l'accompagnement tout au long de la pathologie puisque l'on ne retrouvera jamais les capacités auditives de ses vingt ans et que, de toute façon, l'audition change au cours de la vie. On oublie souvent que l'audioprothésiste a un rôle assez long dans la prise en charge du patient. On appareille tard non seulement pour des raisons esthétiques mais aussi parce que la perte auditive est pernicieuse : on s'en aperçoit pas ou peu.

L'important pour nous est de faire de la pédagogie et d'avoir avec nous les professionnels que sont les ORL, les audioprothésistes et les politiques devant prendre conscience de ce véritable enjeu de santé publique. Les études de Lin ont montré qu'il y a une dégénérescence cognitive ; il a mis en exergue des risques de chute liés à la perte auditive. Je pense que le débat n'a pas encore été lancé. Heureusement, France Presbycusie fait beaucoup pour la profession. On n'est qu'à l'embryon d'une communication vers l'extérieur.

Nathaly MERMET (MODERATEUR) :

Anne DEHETRE, j'ai été intéressée d'apprendre que votre profession venait historiquement de la rééducation de la fente palatine. Vous aimez d'ailleurs rappeler que appareillage et rééducation sont intimement liés alors que les médecins prescrivent facilement des prothèses mais pas la rééducation de la presbyacousie. Merci de nous rappeler en quoi les deux sont à votre sens indissociables.

Anne DEHETRE

Présidente Fédération Nationale des Orthophonistes

Au niveau historique, la profession dans les années 20 est née des opérations par le docteur Veau sur les enfants qui avaient des fentes palatines. Au niveau chirurgical, cela marchait très bien mais il y avait un problème de fonction, rétablir la parole ne marchait pas. Il a fait appel à la « grande prêtresse des orthophonistes », madame Suzanne Borel-Maisonny, grammairienne et phonéticienne de formation qui a beaucoup étudié les points d'articulation. Très vite, les ORL de Paris lui ont confié la rééducation, la réhabilitation et la compensation de tous les enfants sourds. La rééducation des enfants sourds est désormais rentrée dans les moeurs, la prothèse est quand même remboursée, on appareille. Pour les enfants, le dépistage précoce, est préconisé maintenant.

Concernant les adultes, on a un problème de dépistage précoce important. On reçoit souvent des adultes pour un maintien de la communication dans des maladies neuro-dégénératives avec un déclin cognitif. Souvent on se rend compte que la cause n'est pas un déclin cognitif mais une perte de l'audition. De la même façon, ce que l'on attribue trop facilement au déclin cognitif lié au vieillissement dépend parfois d'une perte d'audition importante et d'un non appareillage : on s'en rend beaucoup compte dans les interventions dans les EHPAD et les maisons de retraite. Il y a un dépistage précoce à faire, ainsi que la formation du personnel aidant dans ces établissements, ne serait-ce que pour communiquer avec ces personnes. Pour les personnels soignants de ces structures, ce n'est pas une priorité de faire mettre l'appareillage : la formation du personnel est donc primordiale. L'intervention orthophonique, à ce niveau-là, c'est surtout de l'éducation auditive, de l'éducation à la prothèse tout en travaillant les fonctions cognitives. Une rééducation bien dirigée peut-être à la fois assez courte et très efficace.

Nous nous battons depuis longtemps pour que la reconnaissance de ces troubles de la communication devienne une priorité de santé publique. Quand ces troubles de la communication sont dus à une perte auditive, c'est le même combat : l'importance des troubles de la communication dans la réinsertion, dans l'insertion sociale même en termes économiques notamment est primordiale.

Eric BIZAGUET

La seule manière d'inverser ce processus inquiétant pour la personne de l'apparition d'un impact social et d'un retentissement cognitif, c'est non pas de dire « il faut vous faire appareiller parce que vous devenez vieux » mais de dire « il faut vous faire appareiller pour rester jeune ».

Le problème vient de là. Tant que l'on n'aura pas franchi cette étape de dissocier les deux, on aura des problèmes.

L'orthophoniste n'intervient pas dans tous les cas de presbyacousie. Nous avons besoin de l'orthophonie, il y a des accompagnements qui sont nécessaires mais qui sont aussi du métier de l'audioprothésiste. Dans notre métier, nous avons la délivrance de l'appareil mais aussi tout un accompagnement qui s'appelle l'éducation prothétique qui n'est pas de la rééducation ; cet accompagnement est l'élément clé de la réussite. Notre métier est opérateur-dépendant, une prothèse auditive seule ne veut rien dire, ne peut rien faire sans un accompagnement et une adaptation progressive aux besoins mais aussi aux capacités du patient. Il faut pouvoir donner du temps à ses patients, il faut leur expliquer pourquoi le port de la prothèse régulier est important. Il faut arriver à convaincre nos politiques que la surdité est un vrai problème de santé publique et c'est difficile à dire parce que c'est un handicap non visible donc non reconnu. Il fait des dégâts énormes, certaines personnes âgées voient leurs compétences se dégrader très rapidement quand elles sont coupés du monde social par l'apparition d'une surdité ou la perte de leur aide auditive. Dans les EHPAD, des personnes que l'on laisse huit à dix jours sans prothèse ont un réel impact majeur sur l'aspect cognitif. Pourtant, 90% de nos presbyacousiques sont dans la vie courante et vivent normalement grâce à la prothèse. C'est en les maintenant dans une vie sociale active que l'on évite les dégradations et que l'on va les empêcher d'aller dans des centres spécialisés.

Nathaly MERMET (MODERATEUR) :

En termes de communication, il y a beaucoup à faire.

- *En effet la communication autour de l'audition est actuellement limitée aux entreprises de l'audition. Cependant, c'est à double tranchant : le message ne passant que par ces entreprises donne l'impression qu'il est biaisé puisque à vocation publicitaire.*
- *Quant au terme de « prothèse auditive », il y a peut-être quelque chose de plus vendeur au niveau marketing à trouver ; en effet, le terme de prothèse fait directement allusion au handicap.*

Quant au terme de « prothèse auditive », il y a peut-être quelque chose de plus vendeur au niveau marketing à trouver ; en effet, le terme de prothèse fait directement allusion au handicap.

Bruno DELAUNAY

Bien évidemment, il n'est pas agréable de se faire appareiller. Nous avons fait des sondages pour la Journée de l'audition, pour connaître les signes du vieillissement en France et je crois que l'appareil auditif venait avant la canne. Lorsque le SYNEA a fait une conférence de presse l'année dernière et que nous avons fait une étude SOFRES, je crois que l'appareil auditif venait juste après la perte de la mémoire dans les signes du vieillissement.

Effectivement, on ne vend pas quelque chose de « sexy ». Nous sommes une profession régie par deux choses : le Code du commerce et le Code de la santé publique. Il y a 9 textes réglementaires qui régissent la profession ; un audioprothésiste n'ouvre pas une boutique. Il répond à certaines normes, il doit

équiper son laboratoire d'une cabine insonore qui respecte certaines normes d'insonorisation... Ce n'est pas rien. Il doit déposer son diplôme auprès des instances, obtenir un numéro ADELI auprès de la DDASS etc. C'est un véritable paramédical et non un simple commercial.

Dès lors que l'on est un véritable paramédical, on a une double ambiguïté : on a un appareil qui n'est pas un produit quelconque, c'est un dispositif médical qui occasionne une demande d'autorisation avant sa mise sur le marché. Ensuite, on prend en charge un malentendant pour lequel on va choisir le meilleur appareil et l'accompagner. C'est un appareil qui est là pour lui permettre de mieux vivre mais la prise en charge est globale : en effet, on va l'accompagner tout au long de la réhabilitation auditive, on va essayer de récupérer certaines facultés cognitives et lui permettre de mieux entendre. Ce qu'on lui vend, c'est de l'audition.

Evidemment, l'idée est plutôt dans le bien être, rester jeune, c'est cela la piste, plus que de parler de l'appareil en lui-même. Cependant, le plus important, le véritable message c'est de rester dans la vie ; peut-être est-il laissé de côté par le marketing, la dimension humaine est vraiment oubliée par le marketing.

Eric BIZAGUET

Notre loi concerne le terme « prothèse auditive » : c'est le seul nom connu pour le moment par la loi. Tant que l'on ne fait pas évoluer ce nom la loi s'applique. En changer serait dangereux pour la profession. Certes, ce n'est pas ludique d'appeler l'acte opératoire chirurgie, cela fait peur, mais c'est pourtant son nom, nous n'allons pas l'appeler autrement, tout comme le terme prothèse auditive. C'est l'image véhiculée par l'appareil qu'il faut changer. Nous sommes des gens compétents, nous donnons des appareils performants, le nombre de prothèses auditives actuellement installées augmente chaque année avec une notoriété de plus en plus grande, avec un nombre de piles utilisés de plus en plus grand.

Les appareils dans les tiroirs ne doivent pas exister. Ils existent parce que la personne âgée vient souvent tardivement, qu'elle est souvent isolée, qu'elle est parfois en grande difficulté dans des établissements de long séjour où le personnel soignant n'est pas en nombre suffisant pour s'occuper de ce genre de choses. Le vrai problème n'est forcément pas dans l'appareil, il est bien dans l'image qu'il véhicule.

Anne DEHETRE

Sur trois professions paramédicales universitaires, formées depuis le départ à l'université, deux sont représentées autour de cette table ronde, les audioprothésistes et les orthophonistes (les troisièmes étant les orthoptistes).

Notre reconnaissance de la formation en cinq ans en 2013 nous a permis de « toiletter » notre référentiel formation. L'enjeu était de le faire coller aux dispositifs européens universitaires (Licence-Master-Doctorat) alors que nous étions formés en quatre ans depuis 1986. Dans l'actualisation de la formation, une grande partie de notre travail a été de faire mieux correspondre le cursus à la réalité des patients et de l'évolution technologique et scientifique et notamment au niveau de l'audition (appareillages auditifs, techniques d'investigation, prise en charge).

Pour les patients presbycusiques et appareillés, il n'y a pas d'intervention orthophonique systématique. Elle a lieu lorsqu'il a un trouble de la communication au niveau réceptif avéré (ce que l'on comprend ou comment on s'exprime). Elle est en partenariat avec l'ORL et l'audioprothésiste ou inversement, elle part de l'orthophoniste. Elle peut s'adresser aussi aux aidants plutôt qu'au patient en lui-même ou aux deux, ou bien encore au personnel soignant des structures pour l'aide à la communication.

Nous avons un *numerus clausus* depuis le début de la profession. A l'heure actuelle, il est de 850 orthophonistes par an. A ces 850 orthophonistes s'ajoute la filière belge et on a un apport d'environ un tiers de notre *numerus clausus* qui nous vient de Belgique. On peut le regretter parce que l'écart se creuse entre les études belges de trois ans et les études en France de cinq ans maintenant. Ces étudiants sont obligés de faire des stages de compensation d'un an environ par rapport à leur stage pratique. On a un problème de terrain de stage qui se pose parce qu'en Belgique, ces étudiants ne voient pratiquement pas d'ORL.

Nous savons également que nous avons manqué de professionnels pendant un certain temps. La profession et les pouvoirs publics ont essayé de mettre en place, par rapport à la répartition démographique des professionnels, des incitations financières. Elles restent cependant faibles. On essaye de capter de jeunes diplômés belges pour les former et les informer des mesures incitatives pour les zones sous dotées afin d'assurer l'accès aux soins pour tous.

Eric BIZAGUET

La formation d'audioprothésiste se fait en trois ans. C'est un diplôme universitaire qui nécessite de nombreux stages. Nous n'avons pas de quotas mais nous allons entrer dans un système où une régulation va se faire sous forme d'un *numerus clausus*. La détermination du nombre indiqué dans le quota n'est pas encore défini actuellement mais en cours de l'être. On a été interrogés : un consensus de tous les acteurs existe sur le nombre nécessaire d'audioprothésistes pour que le patient soit bien soigné, pour qu'il y ait une capacité d'accueil suffisante correspondant « au marché » et à son évolution.

Nous sommes d'accord pour qu'une régulation se fasse parce que notre métier est opérateur-dépendant et qu'un certain nombre de prothèses doit être fait par chaque audioprothésiste pour conserver ses compétences. La formation de stage est très importante : les échanges ne peuvent pas être que théoriques car l'humain ne s'apprend pas par la théorie mais bien avec la pratique. Les lieux de stage sont difficiles à trouver ; deux nouvelles écoles d'audioprothésistes ont été créées, il y en a sept en France. Il y a 160 à 170 nouveaux audioprothésistes diplômés par an et une trentaine de diplômés de la filière belge en France. Au niveau formation, une cohérence est en train de se créer.

Bruno DELAUNAY

Il y a un véritable consensus de la profession au sujet du *numerus clausus* : il y a quelques années, les chiffres portaient un peu dans tous les sens. Une équipe du

SYNEA a travaillé à ce sujet, menée par Richard DARMON : une commission nous a fourni une étude assez approfondie de l'évolution du nombre d'audioprothésistes qui a doublé en un peu moins de quinze ans. L'évolution va dans le bon sens. Nous avons travaillé avec les autres syndicats de l'audioprothèse et nous avons été assez vite d'accord sur un chiffre raisonnable. Une évolution est nécessaire, le nombre d'écoles supplémentaires va dans le bon sens. La formation est un point capital : c'est un métier de compagnonnage. En effet, vous prenez en charge un humain. Au delà du protocole d'appareillage et de la théorie, il faut adapter l'appareil à la personne que l'on soigne.

Les évolutions de l'appareillage demandent aussi à l'audioprothésiste plus de connaissances, plus d'apprentissage, ce qui souligne encore le rôle de la formation.

Eric BIZAGUET

Nous parlons depuis tout à l'heure de la formation initiale. Je voudrais juste rappeler le problème de la formation continue. Notre métier est en perpétuelle évolution et demande d'intégrer dans notre savoir-faire et notre suivi continuellement de la technologie, mais aussi une demande évolutive de nos patients. Nous rentrons dans un système aujourd'hui où la formation continue se met en place, elle va devenir obligatoire : c'est un axe qui me paraît judicieux.

Bruno FRACHET

J'ai eu la très grande chance de « tomber dans la marmite des implants cochléaires » quand j'étais très jeune interne. Je n'ai depuis pas quitté les berges de cette magnifique invention médicale, lorsque les médecins ont eu l'idée de faire passer un courant électrique sur le nerf. L'expérimentation humaine a précédé toute la réflexion scientifique.

En 2004, la France était numéro 10 en Europe des implantations cochléaires. Nous avons réussi à faire en sorte qu'une prise en charge soit faite autant que de besoin par la sécurité sociale. Nous voulions éviter des mesures anti-démocratiques qui auraient permis, par exemple, au fils d'un député du coin d'être implanté parce qu'il était capable de motiver de bonnes actions pour récolter de l'argent. Un centre par région a été créé, on peut faire autant d'implants qu'on le juge nécessaire.

Cela pose le problème de l'implant chez le sujet âgé : il est important de permettre à ces personnes d'entendre. Toutefois, un implant coûte 30 000 euros.

L'implant cochléaire pose aussi des problèmes ; il y a un manque de bras médicaux. Très peu de jeunes s'y intéressent. Il y a une nécessité, celle de réussir du premier coup étant donné le prix de l'implant. Il y a également toute la dimension autour de l'implant : sélection, évaluation, rééducation... Ce n'est pas du corporatisme mais vous verrez que dans des congrès, il y aura de moins en moins de médecins qui prendront la parole au sujet de l'évaluation et des résultats, parce que ce sera l'orthophoniste ou l'audioprothésiste.

Il y a à peu près 1 200 nouveaux implants par an. La semaine dernière, il y avait une formation : sur 30 personnes, il y avait 20 audioprothésistes, 5 médecins et 5 orthophonistes. C'est révélateur.

Anne DEHETRE

Dans notre profession, on constate que la perte de l'audition, c'est la perte de la communication et en compréhension et en expression.

Bien entendre toute sa vie, pour nous, c'est vraiment essentiel. Ce doit être, je le rappelle, une priorité de santé publique.

Eric BIZAGUET

Je voudrais remercier à la fois les fabricants, les formateurs et les pouvoirs publics que je félicite d'avoir pris conscience de la nécessité d'agir. Je demanderais à ces derniers de faire en sorte qu'il n'y ait pas de perte de chance réelle.

Bruno DELAUNAY

En ce qui me concerne, je remercierai les pouvoirs publics lorsqu'ils auront véritablement pris conscience de l'enjeu. Il faut continuer à les interpeller. Nous sommes dans une profession complexe qui a besoin d'unité. Les fabricants apportent du matériel de plus en plus innovant, les audioprothésistes se forment de plus en plus souvent. Je pense que les ORL doivent prendre conscience que l'audioprothésiste fait partie d'une chaîne importante et que c'est un véritable partenaire avec qui travailler.

Il faut fédérer l'ensemble des acteurs autour des malentendants et demander aux pouvoirs publics de prendre en compte cette situation. Il faut que les pouvoirs publics nous accompagnent car c'est un domaine méconnu du grand public. Il y a besoin de pédagogie et d'apporter la bonne parole.

Table ronde II

Audioprothèse : quelle prise en charge ?

MODÉRATEUR :

Nathaly MERMET, journaliste

EXPOSÉ INTRODUCTIF :

Etienne CANIARD, Président de la Mutualité Française

PARTICIPANTS :

Richard DARMON, Président Directeur Général AMPLIFON

Dr Jean-Michel KLEIN, Président du Syndicat National des ORL

Christophe LAFOND, Délégué général MGEN

Luis GODINHO, Président Syndicat National des Audioprothésistes - UNSAF

EXPOSE INTRODUCTIF**Nathaly MERMET (MODERATEUR) :**

Après avoir consacré la première partie de cette matinée à la perte de l'audition et être arrivé au consensus qu'elle représente bien une priorité de santé publique, ce deuxième temps s'inscrit dans la suite logique puisqu'il s'agira de voir « comment » on prend en charge l'audioprothèse. C'est-à-dire avec quels moyens humains et financiers.

Nous avons l'honneur d'accueillir le Président de la Mutualité Française, Etienne Caniard, pour faire le tableau de la prise en charge, suite à quoi nous ouvrirons le débat avec les différentes parties prenantes.

Etienne CANIARD :

Président de la Mutualité Française

Cette réunion traduit tous les paradoxes que l'on a l'habitude de rencontrer concernant l'audition : il y a à la fois consensus pour dire que c'est un problème de santé publique majeur et un intérêt limité pour ce sujet du grand public et des pouvoirs publics... sans parler de nombreux professionnels de santé. C'est très révélateur de la sous-estimation de ce problème de santé publique et de ses conséquences.

Les Français se préoccupent plus de leur vue que de leur audition. C'est manifeste lorsque l'on voit les débats qui ont eu lieu autour de la proposition de loi Leroux au sujet de la prise en charge avec les réseaux et la caricature qui a pu être faite des positions de chacun, laissant penser que le problème se résumait à une question de prix et de rapport de force entre deux acteurs. La réalité est toute autre, elle est beaucoup plus complexe. Il faut prendre en compte une réalité. Les chiffres montrent que quantitativement, s'il y a une offre d'équipement auditif, il y a un écart majeur entre le nombre de Français qui souffrent d'un problème d'audition et le nombre de français équipés.

Cela amène à se poser la question des raisons des difficultés d'accès. Il y en a sur lesquelles il est plus facile d'agir que d'autres, même si toutes nécessitent un effort collectif. La première est celle de la barrière psychologique, l'image très négative entre vieillissement et port d'aides auditives. On voit bien d'ailleurs que lorsque l'on regarde les chiffres, notamment celui de l'âge moyen du primo-porteur d'aides auditives, il est extrêmement élevé en France (72/73 ans).

Derrière, il y a bien sûr la barrière financière, la question de la prise en charge, du reste à charge plus précisément. On a l'habitude, lorsque l'on parle de notre système de protection sociale, d'afficher des taux de remboursement de la sécurité sociale qui n'ont rien à voir avec la couverture réelle des dépenses tout simplement parce que l'on est incapable d'avoir une politique, non pas de prix administrés, mais de maîtrise des prix autour d'un accord entre la profession, les financeurs et les utilisateurs.

Au-delà, j'introduirai le débat par quelques remarques :

- Les progrès faits autour du service. Il y a un certain nombre d'éléments qui ont pu améliorer la transparence, comme par exemple les efforts qui ont été faits autour des devis normalisés, sur la connaissance du service qui est attaché à la délivrance d'une aide auditive en matière de suivi. Cela nous pousse à nous interroger sur un sujet très discuté, le paiement forfaitaire. Il y a toujours de nombreux débats autour de cette question. Le paiement forfaitaire est la « moins mauvaise des solutions » qui nous est offerte actuellement dans la mesure où l'on est vigilant sur l'effectivité du suivi. Il faut veiller à la transparence de l'information, à la systématisation de l'information, au travail sur les critères de qualité pour bien définir et attester de la réalité de ce service rendu.

- La récente décision de la CNAM de relever le seuil de prise en charge pour les bénéficiaires de la CMU est un sujet de satisfaction.

- Au sujet de la loi Leroux, je regrette que l'on ait réduit le débat à une question de prix. Il faut vraiment insister autant, même davantage, sur l'aspect qualité que sur l'aspect prix. Il faut comprendre que les complémentaires n'ont pas intérêt à rentrer dans une logique où le prix est le seul critère de la contractualisation avec les professionnels de santé. L'objectif des adhérents, des mutuelles, de tous les complémentaires en général, c'est évidemment la limitation du reste à charge, mais aussi une qualité de service. Nous sommes de plus en plus jugés sur ces éléments. Cela doit rassurer les professionnels qui doivent comprendre que les complémentaires n'ont pas intérêt à rentrer dans cette logique de bataille des prix. C'est délétère pour l'avenir de leurs relations avec les adhérents et c'est un élément extrêmement important. Christophe LAFOND, en tant qu'acteur important de la contractualisation, le confirmera : c'est un souci majeur pour la Mutualité.

Traçons enfin quelques pistes de travail, pour ouvrir le débat :

- premier point, nous souhaitons la relance du débat sur la convention (et les tarifs) qui est beaucoup trop ancienne et sur laquelle il faut revenir. Nous sommes prêts à travailler avec la profession pour chercher des discours convergents sur le sujet. Je rappelle que la mission IGAS en avril 2013 a fait des recommandations extrêmement précises en matière de réévaluation des aides techniques inscrites à la LPPR et qu'aujourd'hui encore, ces recommandations ne sont pas suivies d'effet. Il faut mettre les pouvoirs publics face à leurs responsabilités.

- Il faut aussi être vigilant sur un sujet qui touche évidemment en premier lieu la profession d'audioprothésiste mais nécessite également la coordination dont il était question à la fin de la table ronde tout à l'heure, la coopération entre ORL et audioprothésistes : attention au risque de démedicalisation du handicap auditif. On rejoint là la question d'une vision qui se limiterait au prix et qui pourrait conduire à une situation catastrophique. La profession avait souhaité ne pas être traitée de la même façon que l'optique dans le cadre de la loi Leroux. Cela n'a pas été possible. Les différences existent pourtant, notamment sur le travail préalable à l'équipement.

On voit bien que le travail que doit accomplir l'audioprothésiste pour déterminer l'équipement diffère de celui de l'opticien. Autant j'ai dit tout à l'heure que la rémunération forfaitaire était la « moins mauvaise solution » et c'est ma conviction, pour allier fourniture de l'équipement et service, autant la question de l'intervention préalable à la fourniture de l'équipement est posée. On voit bien qu'économiquement le travail de l'audioprothésiste n'a aucune raison de ne pas être valorisé de façon juste. De ce point de vue là, il y a peut-être un sujet à ouvrir plus utile que le débat sur les prix planchers ou plafonds qui ne me paraissent pas aussi judicieux et pertinents qu'on peut les imaginer en matière d'optique.

- la complexité des circuits des aides financières qu'il est possible d'obtenir. Il se trouve que j'ai évoqué le sujet avec Michel DELAUNAY hier, dans le cadre de la concertation sur la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Parmi les sujets que nous avons abordés, se trouvaient ceux de la presbyacousie, de la perte sensorielle ; nous avons rapidement abordé la question des aides pour le financement des aides auditives. Finalement, de nombreuses aides sont possibles : il y a les prestations de compensation de handicap, les aides personnalisées pour l'autonomie, l'allocation vieillesse, l'AGEFIPH, les centres communaux d'action sociale... On voit bien que dans ce cadre-là, un travail sur la simplification des possibilités de financement permettrait d'éviter un travers extrêmement courant dont on ne parle pas suffisamment dans le système de protection sociale, c'est le non-recours au droit. Très souvent, on se lamente sur l'insuffisance des droits sans constater qu'il existe des droits sur lesquels le taux de recours est très insuffisant et assez fréquemment, pour des raisons de complexité des circuits.
- Quand on parle de la déficience auditive, insister sur les mesures de prévention, c'est essentiel : il faut travailler avec les professionnels sur toutes les mesures de prévention à mettre en oeuvre, il en existe de très nombreuses qui donnent aujourd'hui de très bons résultats.

Richard DARMON :

Président Directeur Général AMPLIFON

Monsieur CANIARD a posé le sujet de façon extrêmement claire et constructive par rapport à la préoccupation des patients, la seule préoccupation que nous devons tous avoir.

Je trouve que monsieur CANIARD a soulevé quelques thèmes clés :

- les OCAM ne peuvent pas être centrées que sur le prix, elles doivent être préoccupées par la qualité. Peut-être faut-il le dire encore plus précisément : elles doivent être centrées sur le résultat obtenu. Il faut alors se poser la question suivante : pourquoi n'est-ce pas le cas aujourd'hui ? Car les OCAM ont plutôt une logique « prix ».

- le risque de démedicalisation. Le docteur KLEIN pourra revenir sur ce point. Le problème de la perte auditive, y compris la presbyacousie (perte auditive liée à l'âge), est un sujet médical qui nécessite absolument une première étape : le diagnostic du médecin.

- La complexité des aides. C'est, je crois, aussi le travail des audioprothésistes d'aider leur patient à s'y retrouver dans ce dédale d'aides. Les MDPH ont probablement un peu aidé car elles ont déjà regroupé quelques structures d'aide au niveau départemental mais il en reste beaucoup : les mairies, les OCAM...

Dr Jean-Michel KLEIN :

Président Syndicat National des ORL

Je dois avouer que j'ai un conflit d'intérêt, ayant travaillé 35 ans pour les centres de santé de la Mutualité, bien qu'exerçant à titre libéral dans le 7^e arrondissement de Paris. Je remercie la Mutualité de ce qu'elle apporte à la médecine, même si nos politiques intellectuelles ne sont pas forcément basées sur les mêmes axes.

Nous sommes, les ORL, dans une situation un peu complexe. Je pense que nous avons des progrès à faire dans le domaine précis de la prise en charge de la surdité et cela ne me dérange pas de l'admettre. Je ne suis pas président du syndicat pour défendre le passé mais pour faire avancer et être un syndicat partenaire.

Un ORL, psychologiquement, se trouve en situation de difficulté. Il voit son patient, sourd, et il ne peut rien pour lui, il l'adresse chez l'audioprothésiste. C'est là que commence la rupture avec le patient qui ne se rend pas chez l'audioprothésiste avec un vrai projet. Il faut travailler ensemble : les audioprothésistes, les orthophonistes, les ORL mais aussi les médecins généralistes qui sont essentiels dans le parcours de soin. Il y a cette notion de valorisation du parcours qui doit amener la personne à être appareillée. Sinon, la prothèse restera dans un tiroir, le patient attendra des années avant de se faire équiper. Je ne veux pas faire de parallèle avec certaines personnes qui ont eu des responsabilités très importantes dans notre pays qui ont refusé les prothèses et leur déclin cognitif est dramatiquement élevé. Aux Etats-Unis par exemple, un président avait des implants auditifs et s'en vantait : il a fait progresser les ventes de prothèses dans son pays. C'est dire à quel point nous avons un retard considérable dans l'image de la prothèse. Il y a des problèmes de frein psychologique, de prix, tout cela se mélange et vient compliquer notre mission.

Je pense qu'il faut arrêter de se plaindre, il faut coordonner la prise en charge. En coordonnant, on appareillera plus de gens, il y aura davantage de satisfaction et moins de gâchis. J'ai sur mon bureau une étude comparative du système de santé allemand et français : à même population, même moyenne d'âge et même mise de fond au départ. A la sortie, vous connaissez le déficit en France. Eh bien, en Allemagne, le bénéfice s'élève à trois milliards d'euros. Avec le même argent, utilisé de façon efficace, on doit pouvoir avancer.

Christophe LAFOND :

Délégué national MGEN

La MGEN se reconnaît complètement dans le titre de cette rencontre, « Bien entendre toute sa vie » : il est en phase avec l'état d'esprit MGEN lorsque nous avons repensé notre dispositif autour des appareils auditifs. La question n'était pas, pour nous, d'ajouter des centaines et des centaines d'euros, parce que nous avions bien entendu en amont ce que nous disaient nos mutualistes et les témoignages qu'ils nous rapportaient.

Pourquoi toute la vie ? Nous avons ajouté à notre dispositif un aspect prévention à différents âges de la vie : nous pensons que c'est probablement à ce sujet que le plus d'énergie et de moyens doivent être mis en place. Nous avons noté également que c'était surtout une demande d'accompagnement qu'exprimaient nos adhérents.

Comment avons-nous fait, à la fin des années 2009-2010 ? Nous avons souhaité repenser notre dispositif prestataire à la MGEN autour de l'audioprothèse ; pour cela, nous avons interrogé de nombreux adhérents, quelques audioprothésistes et avons rassemblé leurs réponses. Plusieurs éléments ont alors été constatés :

- une forte demande d'information, de connaissance
- un besoin de développer le repérage, le dépistage presque systématique
- un besoin d'accompagnement, avant, après et assez proche du diagnostic de l'appareillage
- réduire les restes à charge
- un accompagnement très resserré pour apprendre à mieux utiliser, vivre avec la prothèse.

Nous avons ensuite mené des travaux pendant plus de deux ans et avons abouti à un dispositif dans lequel nous avons retenu trois axes pour construire cette offre :

1/ développer l'information et le dépistage

2/ réduire les restes à charge.

3/ mettre en place de ces actions de prévention. 3 étapes de la vie ont été isolées : celle du primo-appareillé, moment où il faut comprendre comment l'appareiller au mieux (création d'un carnet de bord pour mieux l'accompagner) ; aux environs de 50 ans, moment où il faut systématiser ce dépistage ; dès le plus jeune âge, moment où il est nécessaire d'éduquer pour conduire au plaisir auditif durable, soit expliquer au petit enfant que l'ouïe est quelque chose de très sensible à laquelle il faut faire attention. Il est dans notre mission à la MGEN de mettre en place tout ce que l'on peut faire pour que dès le plus jeune âge et au fur et à mesure une prévention se mette en place.

Cela nous a conduit à un dispositif qui marche très bien et qui a un an aujourd'hui. Nous avons de bons retours des adhérents, des audioprothésistes avec qui nous travaillons. Nous n'avons absolument pas constaté une baisse du montant total de nos prestations mais plutôt une hausse. De plus en plus de mutualistes s'appareillent et, lorsque l'on regarde les factures présentées, on s'aperçoit qu'il y a une montée en gamme et donc que les mutualistes disposent pour environ le même prix qu'avant d'un appareil de qualité supérieure ou ont accès à un appareil auquel ils n'avaient pas accès avant.

Luis GODINHO

Président Syndicat National des audioprothésistes – UNSAF

Monsieur CANIARD représente une famille de complémentaires qui s'intéresse à la prévention et à tout ce qui lie problème sensoriel et autonomie. C'est pour cela qu'avec Eric BIZAGUET, nous avons eu quelques échanges l'année dernière avec lui. Nous pensons en effet que, parmi les trois familles de complémentaires qui ne sont pas toutes pareilles, ce sont les gens qui comprennent le mieux notre métier :

peut-être parce que l'audition mutualiste représente 10% de notre profession et qu'ils ont en interne des gens qui exercent notre métier.

Je voudrais préciser deux éléments abordés précédemment :

- la simplification des aides financières. Le rapport IGAS en parlait beaucoup. Aujourd'hui, on dépense beaucoup d'argent à voir à qui on donne de l'argent, c'est un non sens. J'ai participé pour le syndicat que je représente à l'Observatoire de la CNSA et cela fait des années que j'ai constaté que la PCH ne devrait pas être gérée par la CNSA mais que cela devrait être rassemblé au niveau de la sécurité sociale. Il y a déjà peu de moyens mobilisés pour le remboursement public mais, en plus, ils sont dispersés. Je suis heureux de voir que le rapport IGAS qu'a cité monsieur CANIARD préconise la même chose, rassembler tous les remboursements au sein de la sécurité sociale qui est le moyen le plus universel de rembourser les patients.
- concernant la loi Le Roux, il m'a été reproché d'avoir fait un communiqué trop consensuel. Cette loi est dorénavant active, il n'y a pas de raison qu'il y ait une distorsion de concurrence entre une famille de complémentaires et les deux autres. Je pense toujours que l'on a une spécificité dans notre métier par rapport aux réseaux. Je crois surtout que les discussions de la loi Le Roux ont permis d'introduire des obligations envers les complémentaires et pas seulement envers les professionnels. Ce n'est pas plus mal ; n'oublions pas qu'avant cette loi, il y avait déjà deux familles de complémentaires qui pouvaient faire du remboursement différencié et qui ne s'en privaient pas.

Nathaly MERMET (MODERATEUR) :

Je voudrais avoir votre avis sur ces aides auditives qui sont arrivées sur le marché. S'agit-il de gadgets ou est-ce une façon de démocratiser auprès du grand public ces objets ?

Richard DARMON :

C'est un sujet qui a fait beaucoup de bruit et qui a perturbé beaucoup la compréhension. Une des principales difficultés dans ce métier est de mieux faire prendre conscience de la perte auditive. Elle est mal prise en compte par tous les acteurs et par les patients eux-mêmes. Nous l'avons vu ce matin, il est souvent difficile de se rendre compte que l'on a un problème d'audition et de rentrer dans le processus qui conduit à la prise en charge.

Ce que l'on regrette avec cette histoire d'assistants d'écoute, c'est que l'on augmente la difficulté de compréhension du grand public dans ce monde déjà complexe et ce n'est certainement pas dans l'intérêt du patient.

Ensuite, je considère que l'ANSM a pris une position qui a parfaitement éclairé le débat. S'il y a des acteurs qui, à Taiwan, trouvent des objets qui coûtent quelques euros à fabriquer et qu'ils veulent les mettre sur le marché avec la mention « faire plus de bruit », c'est leur problème. En revanche, l'ANSM leur précise, qu'à aucun moment, ils ne peuvent revendiquer une « amélioration de l'audition » dans un sens médical du terme. Ils ne peuvent ainsi pas dire qu'ils vont régler un problème de presbyacousie par exemple.

Vendre des gadgets, oui, (mais alors, pourquoi les pharmaciens en vendent ?) mais revendiquer une allégation santé, non.

Luis GODINHO

La loi interdit de vendre ces produits mais pour le moment, les acteurs qui les vendent ne sont pas punis. La loi n'est donc pas appliquée.

Dr Jean-Michel KLEIN :

Si ces produits sont apparus, il faut réfléchir aux raisons de leur apparition. Dans l'expression « assistants d'écoute », le mot « prothèse » est bien contourné alors que le terme choque. L'approche marketing est plus percutante. Derrière se cachent des attitudes qui relèvent du passé sur des courbes statistiques de l'audition qui feraient que tout le monde a la même vie. Si je perds mes lunettes et que je suis en conférence, je vais acheter des lunettes au Carrefour du coin pour lire mon texte mais si je suis dans le métro, je vais les retirer. Si ces aides ont un intérêt, c'est pour une utilisation ponctuelle : seulement, cette utilisation ponctuelle n'a jamais été définie.

Est-ce bien que cela existe ? Des ORL m'ont dit, « cela peut servir pour essayer un appareil ». Non, cela n'a rien à voir avec un appareil. Au contraire, cela peut rebuter à l'appareillage. L'audioprothésiste, ce n'est pas seulement de régler un appareil. C'est adapter un appareil à la vie du patient et à sa perte du plaisir auditif. Où est le service ici ? Il n'y en a pas.

Sur le plan pratique, c'est un épiphénomène pour moi.

Bruno DELAUNAY

Pourquoi ne pas les vendre ? Parce que nous ne savons pas ce que c'est. Ces produits sont venus sur le marché sans aucune étude. Si l'on ne sait même pas à qui cela s'adresse, n'ayant aucune étude à disposition, c'est exactement comme un médicament qui vient sur le marché sans qu'aucune étude préalable n'ait été faite.

Christophe LAFOND :

On a observé que ces assistants d'écoute arrivaient dans un contexte, dans une mode de "low cost". La position de la MGEN est très claire à ce sujet : nous promovons la médicalisation de l'appareillage et nous reconnaissons le positionnement de chaque professionnel de santé, à commencer par le médecin traitant. Nous disons non à la démedicalisation de cet appareillage.

Nous avons été approchés par les promoteurs il y a quelques temps. La MGEN les a refoulés sèchement en leur disant que c'était probablement une belle opération marketing mais que nous parlions de santé publique et que nous nous occupions de la santé de nos adhérents en passant par les professionnels de santé.

Etienne CANIARD :

En tant que président de la Mutualité Française, mais aussi comme ancien membre de la HAS, je souhaiterais réagir. C'est la question du statut de l'évaluation de l'ensemble des interventions dans le domaine de la santé qui est posée. Quel est le critère premier ? C'est le risque de perte de chance pour le patient, c'est celui qui doit d'abord être pris en compte. On voit, dans des pays où ces objets sont en vente libre, que le taux d'acceptation des équipements chute de façon importante, on constate aussi qu'il limite l'accès à des équipements pourtant nécessaires.

Dans la salle :

Jens KOFOED. Je pense qu'en France, vous surestimez ce que l'Etat peut faire pour la progression du taux d'appareillage. Vous surestimez également l'importance du restant à charge. Il n'y a aucun pays qui montre que la prise en charge en soi est un facteur primordial pour le taux de pénétration. Je suis moi-même danois et au Danemark, la prothèse auditive est prise en charge à 100%. Ce n'est pourtant pas pour cela que 100% des malentendants se font appareiller. Il y a toujours 60% des malentendants qui ne sont pas appareillés. C'est bien un problème d'information plus qu'un problème de prise en charge.

Qui va informer ? Il ne faut pas sous-estimer le rôle des acteurs du marché.

Quelque chose me fait peur dans le discours des mutualités et des OCAM. Bien évidemment, il faut une qualité de produit mais il faut aussi les moyens et la rentabilité pour les audioprothésistes et les distributeurs pour attirer des investissements et pouvoir communiquer. Si on pêche à ce niveau là, on risque d'avoir l'effet inverse sur le taux d'appareillage.

Luis GODINHO

Votre approche est intéressante. Plusieurs études montrent que l'appareillage auditif est « inélastique » au prix, pour les économistes. Il ne suffit pas en effet qu'il y ait un reste à charge nul pour que l'on en acquiert.

Richard DARMON :

Bien sûr, on est tous d'accord sur le fait que ce n'est pas qu'un problème de prise en charge. Il y a bien d'autres freins à l'appareillage. Quand on les analyse en détail, on constate que le problème est profond : il ne faut pas croire que la communication fera son oeuvre facilement pour changer les esprits.

Pour avoir fait plusieurs études approfondies, nous avons pu constater que pour les seniors, il y a un lien très fort entre la perte de l'audition et la mort. Avant de faire changer cela dans les têtes, il va falloir y mettre beaucoup d'énergie.

Concernant les OCAM, ils représentent des risques et des opportunités. Ainsi, pour faire évoluer les mentalités, on peut dire que les OCAM ont un rôle majeur à jouer. Ils sont une source d'information supplémentaire pour les patients, qui peut aider à la prise de conscience. Ils portent une parole différente et ont un lien particulier avec leurs adhérents. Les OCAM sont une aussi une vraie opportunité pour faire avancer certains sujets comme celui de la prévention de l'information du public et bien sûr de l'amélioration de l'accessibilité aux aides auditives en améliorant la prise en charge.

Il y a des opportunités, mais il ne faut pas sous estimer les risques que posent les évolutions actuelles. Le risque lié au transfert du financement de l'Assurance Maladie vers les OCAM est un sujet à ne pas négliger.

D'autre part, les OCAM qui orientent leurs adhérents vers certains professionnels de Santé posent la question de la liberté de choix du patient. Avec le remboursement différencié, s'il prenait une importance forte, que deviendrait cette liberté de choix? On peut également évoquer le risque que les OCAM, qui se regroupent dans des plateformes, se transforment en grossistes, acheteurs de soins et de prestations de santé. Compte tenu de la taille de plus en plus énorme de ces plateformes d'un côté et de la taille modeste de la plupart des professionnels de santé, il se crée un déséquilibre qui représente un risque, auquel il faut être attentif.

Il ne s'agit pas de refuser ces évolutions mais de travailler ensemble sur les nouveaux modes de régulations entre ces acteurs.

Luis GODINHO

En conclusion, j'évoquerai les réseaux de soins et le prix et le remboursement des appareils en France.

Tout ne nous satisfait pas dans cette loi et ce n'est bien sûr pas le problème de la distorsion de concurrence qui doit être réglé. Le droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel est rappelé par la loi mais n'est pas toujours bien respecté dans toutes les diverses familles d'OCAM aujourd'hui. La Ministre a néanmoins rappelé le pilier fondamental de la prise en charge des dépenses de santé que sont les remboursements publics. Il faudra, à l'avenir, avec tous les réseaux y compris le vôtre, Monsieur LAFOND, que l'on travaille davantage ensemble en amont avec les responsables de la profession.

Quelques mots sur les enjeux financiers qui sont sans commune mesure avec le dentaire et l'optique. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a mené l'année dernière un travail très important sur la généralisation de la complémentaire santé et nous avons eu des données chiffrées à notre disposition. En valeur absolue, on considère que l'on est à 50% des besoins (actuellement environ 820 millions d'euros). Cela veut dire que pour l'audioprothèse, même avec le taux d'appareillage danois (c'est-à-dire maximal),

on serait à moins de 2 milliards d'euros (l'optique représente près de 6 milliards d'euros et le dentaire plus de 10 milliards).

En revanche, au niveau du reste à charge, il y a là encore une spécificité. Les journaux ont longtemps rapporté les problèmes du reste à charge pour l'optique. Il est, en moyenne, de 28% pour les ménages sur des dépenses de 300 à 400 euros. En audioprothèse, sur une moyenne de 1 500 euros, le reste à charge est de plus de 60% pour les adultes.

Enfin, l'audioprothèse, c'est seulement 1% des remboursements de l'AMC. Parmi les trois parents pauvres de la sécurité sociale (optique, dentaire, audioprothèse), il y a aussi un parent pauvre des complémentaires : l'audioprothèse. L'optique, c'est 15% des remboursements des complémentaires et l'audioprothèse, c'est moins de 1%. Dans le cadre des contrats responsables, un plafond de remboursements bien choisi pour l'optique finance largement l'audioprothèse.

Arrêtons-nous un instant sur les réseaux. Comment peut-on accepter qu'un français se fasse choisir sa prise en charge par la plateforme à laquelle a adhéré sa mutuelle ?

Un audioprothésiste, s'il le veut, peut faire partie de plusieurs réseaux. Il va donc avoir plusieurs prix différents. Le matériel représente une partie fixe de ce prix. L'ajustement se fera donc sur la prestation. Entre les différents réseaux, on peut constater une prestation allant du simple au triple. La loi Le Roux n'a pas résolu la question des réseaux. Aujourd'hui, une personne ne va pas avoir de choix et va être dirigée par sa plateforme. Est-ce juste ? Est-ce égalitaire ? Non. Est-ce solidaire ? Encore moins. Nous allons encore devoir discuter.

Pourtant, les réseaux peuvent être adaptés aux spécificités de l'audioprothèse. J'ai rencontré récemment Christophe LAFOND, - dont le réseau est beaucoup plus respectueux ne serait-ce que des professionnels -, à qui j'ai dit que son réseau était perfectible notamment au niveau des bas-de-gamme et des haut-de-gamme. Il faut solvabiliser les plus modestes et il faut que le haut-de-gamme soit géré par la libre concurrence. Aujourd'hui, nous pensons qu'il faudrait revoir le réseau de la MGEN en se focalisant sur les ACS qui ne bénéficient aujourd'hui ni de prise en charge ni d'offre spécifique. Nous pensons que nous devons faire une offre pour les ACS dans tous les réseaux. Le rapport IGAS envisage la question. Il nous semble que la meilleure proposition serait de donner des moyens à ceux qui n'en ont pas et de laisser ceux qui en ont, choisir librement.

Concernant le remboursement, on constate qu'il y a en moyenne 1 000 euros de reste à charge chez les adultes. La sécurité sociale rembourse 120 euros et les complémentaires remboursent en moyenne 350 euros, soit au total 470 euros, le prix moyen étant de 1 500 euros. Les prix en France sont dans la moyenne basse européenne, le rapport IGAS a d'ailleurs souligné que pour le haut-de-gamme, nous étions les moins chers d'Europe, ce qui est bien connu des industriels.

Il est inadmissible que des adultes n'aient que 120 euros de la sécurité sociale pour se faire appareiller. Il faut qu'il y ait une revalorisation. Ce n'est pas juste : en Allemagne, le remboursement est passé de 600 euros à 800 euros en novembre 2013. En France, l'addition sécurité sociale + complémentaire donne un résultat inférieur au seul remboursement public en Belgique, par exemple. C'est là que le bât blesse.

Il y a eu trois rapports qui ont évoqué la revalorisation du remboursement public : la Cour des Comptes, en septembre 2013 (petite allusion au « bénéfice d'autres priorités de santé publique et notamment les audioprothèses »), le rapport IGAS (déconnection de la réalité économique de la prise en charge de l'assurance maladie des prothèses et demande de revalorisation) et le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (soulignant les défauts de prise en charge).

Le problème, c'est que les deux publics qui pâtissent le plus de la situation, sont les 20-38 ans et les plus de 65 ans.

Est-il utopique de plaider pour un meilleur remboursement ? La sécurité sociale va mal, pourtant la DREES a publié encore cette semaine une étude qui montre pour nos concitoyens que les inégalités d'accès au soins sont les moins acceptables et qu'ils demeurent très majoritairement attachés à ce que l'Etat reste l'acteur majeur du financement de la protection sociale. Le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie nous apprend d'ailleurs que la sécurité sociale finance toujours 75,5% des soins de santé, les complémentaires 13,7% et les ménages 9,6%.

Comment peut-on accepter que pour les malentendants adultes, le reste à charge soit de plus de 60% alors que les soins en général ont un reste à charge de 9,6%?

Les besoins au financement pour un rattrapage du remboursement pour les adultes représentent seulement 1% du financement des médicaments. Claude EVIN, ancien ministre de la Santé et actuel directeur de l'ARS Île-de-France, écrivait encore récemment que « pour le traitement par les statines, l'assurance maladie estime qu'en adoptant la structure de consommation et les prix observés en Allemagne, les économies générées pourraient atteindre 500 millions d'euros. Il ne faudrait que la moitié de cette somme pour revaloriser convenablement le remboursement pour les adultes. »

CLÔTURE DE LA RENCONTRE

Etienne CANIARD

Deux remarques en conclusion.

La Mutualité est un assureur paradoxal parce que c'est le seul assureur qui se plaint quand sa matière assurable augmente. C'est le seul assureur qui proteste contre les désengagements des régimes obligatoires. De ce point de vue là, - c'est vraiment une conviction pour nous -, nous n'avons aucun intérêt à augmenter nos parts de marché par des désengagements de l'assurance maladie parce que nous saurons moins bien réguler la dépense dans cette hypothèse. Le meilleur exemple, c'est l'optique. Nous sommes arrivés à 4% et nous connaissons des dérives partagées entre le comportement des professionnels et le comportement des OCAM qui se font concurrence sur le montant des remboursements alors que l'on est de moins en moins dans un métier d'assurance, tout simplement parce que la dépense est quasi certaine à partir d'un certain âge et d'un montant à peu près identique. C'est l'exemple typique des dérives auxquelles on assiste lorsque l'on est incapable d'intervenir en amont. De ce point de vue là, je vous rassure : Monsieur DARMON disait tout à l'heure « risque opportunité », soulignant que le risque c'est le transfert des financements vers les OCAM, en remarquant que certains OCAM jouent le jeu et d'autres moins. C'est vrai ! Comme l'on peut dire de notre côté que certains professionnels jouent le jeu et d'autres moins.

Il faut sortir, je crois, de cette vision un peu caricaturale de réseaux qui se résument à des critères imposés par les financeurs aux professionnels. Les réseaux, c'est un espace de négociation pour trouver le juste équilibre entre deux intérêts qui ne sont pas contradictoires mais qui doivent au contraire contribuer à placer le curseur au bon endroit pour que l'intérêt général soit respecté. On voit bien que ce n'est pas un débat pour ou contre le réseau : un réseau qui ne s'intéresse qu'au prix est condamnable mais un réseau qui arrive à établir un juste équilibre entre prix et qualité est un réseau utile. Tout cela est au coeur du débat.

Il y a également le débat autour du coût d'investissement. En matière d'audioprothèse et de déficit auditif, le retour sur investissement est évident. Luis GODINHO évoquait l'éternel débat qui m'a beaucoup occupé lorsque j'étais à l'HAS entre Lucentis et Avastin qui montre d'ailleurs l'absurdité des logiques de fixation des prix et des règlements. Je souligne d'ailleurs qu'aujourd'hui, - c'est pour moi un élément extrêmement positif -, de plus en plus de professionnels prennent leurs responsabilités plus vite que les pouvoirs publics. Je pense par exemple à l'administration d'un certain nombre de traitements de chimiothérapie pour lesquels des professionnels hospitaliers prennent le risque de s'affranchir de règles de péremption ou de délivrance et d'administration parce qu'ils savent qu'il n'y a pas de risque encouru par le patient mais ils se mettent dans l'illégalité. Il faudrait que, sur des sujets comme Lucentis vs Avastin, que le ministère de la Santé prenne ses responsabilités de la même façon.

Il est évident, - j'ai souvent assisté sur ce point que notamment puisque c'est un sujet qui va occuper l'espace du débat sanitaire dans les mois qui viennent sur l'adaptation de la société au vieillissement -, que le retour sur investissement en matière de prévention des troubles sensoriels (la vue comme l'audition) est un investissement qui mérite que l'on s'y intéresse. Il est évident que nous pouvons diminuer très vite les durées de dépendance si nous savons investir utilement. Je pense que les conditions sont réunies afin que l'on puisse travailler ensemble efficacement.

Remerciements

Denis JACQUAT, Député de la Moselle et Martine PINVILLE, Député de la Charente remercient les intervenants pour leur participation au colloque **BIEN ENTENDRE TOUTE SA VIE**. Leurs communications ont contribué à la qualité des échanges.

Leur reconnaissance s'adresse aux partenaires : Oticon, SYNEA, Bernafon, Phonak, MGEN et Silver Valley. Sans leur soutien, ce colloque n'aurait pu avoir lieu.



AVEC LE SOUTIEN DE :

oticon
PEOPLE FIRST



Syndicat National des Entreprises de l'Audition

bernafon[®]
Your hearing • Our passion

PHONAK
life is on



MGEN

AMORCE

Contacter Amorce :
Marie-Pierre AUBOYER
Tél : 06.11.76.67.70
@ : [contact@amorce-](mailto:contact@amorce-communication.fr)

[communication.fr](mailto:contact@amorce-communication.fr)

Site : <http://www.amorce-communication.fr/>

Conception : Brune KOHLER