

## Congrès des audioprothésistes

### « La prise en charge des audioprothèses : priorité de santé publique »

#### Vendredi 4 Avril 2014

Intervenants :

- Eric BIZAGUET, Président du Collège National d'Audioprothèse (CNA)
- Jean-Martin COHEN-SOLAL, Délégué général de la Mutualité Française
- Bruno FRACHET, Chef de service ORL de l'Hôpital Rothschild, Président de Agir pour l'Audition
- Luis GODINHO, Président du Syndicat National des Audioprothésistes – UNSAF
- Olivier VERAN, Député de l'Isère

Animée par Olivier Mariotte, nile

#### **L'enjeu du vieillissement de la population**

L'enjeu de santé publique de l'audioprothèse se pose notamment avec le vieillissement annoncé de la population. Bruno Frachet donne quelques chiffres :

- En 2030, il y aura autant de personnes de plus de 18 ans que de plus 65 ans. Parmi ces derniers, il y aura 1/3 de malentendant (soit 7% de la population).
- On appareille en moyenne à 73 ans. A cet âge, l'espérance de vie est de 14,9 années pour une femme et de 11 ans pour les hommes.
- La dimension du déclin cognitif est essentielle : à 70 ans, avec 25 décibels de surdité, on a le même fonctionnement cognitif qu'une personne de 77 ans.
- Il y a 3 fois plus de démence chez les personnes qui ont des problèmes de malaudition. Seul 30 % des gens qui en ont besoin sont appareillés.

#### **La problématique du renoncement aux soins**

D'après Eric Bizaguet, 50% des « appareillables » sont appareillés. Toutefois, certaines personnes ne sont pas appareillables. La perte de l'audition est un phénomène naturel et se produit de manière insidieuse au fil du temps. D'ailleurs, en Grande Bretagne, où le Reste à Charge (RAC) est nul, 580 000 personnes ne sont pas appareillées, ce qui montre bien qu'il existe d'autres freins (psychologiques notamment). On considère que le coût élevé du reste à charge pour le patient (environ 1000€ / par appareil en France) explique 20% des 50% des renoncements à l'appareillage. Le tarif de remboursement par la sécurité sociale n'a pas été relevé depuis 1967, et le remboursement par les complémentaires est très faible.

### **La question de la solidarité nationale**

Sur les 1 500€ d'une prothèse auditive, l'assurance maladie obligatoire (AMO) en prend 120€ en charge, et l'assurance maladie complémentaire (AMC) près de 350€. Comment expliquer un si faible remboursement ? Ce faible remboursement impacte le taux d'appareillage. On sait par exemple que lorsqu'on dérembourse un médicament, celui-ci est déprécié et son efficacité est remise en question par les utilisateurs. Il y a derrière la problématique de l'accès à une audioprothèse de qualité, un véritable enjeu politique. En effet, « *Nous avons un certain nombre de personnes âgées qui ont de plus en plus besoin que les pouvoirs publics leur envoient des signaux* » explique Olivier Veran. Après avoir cotisé toute leur vie, il semble normal que des soins essentiels soient remboursés souligne-t-il. Il n'est pas moins cohérent de rembourser des soins lourds mais indispensables (audioprothèses, optique, dentaire) que de rembourser des soins légers et très courants, comme le paracétamol. Aujourd'hui, les personnes âgées attendent un signal fort des pouvoirs publics : un message politique et sanitaire sur le caractère essentiel de ces soins. Concernant l'audioprothèse, le remboursement actuel est totalement déconnecté des prix du marché : 114 millions<sup>1</sup> d'€ c'est insuffisant. La question de la répartition entre les mutuelles et la sécurité sociale se pose donc.

### **La position de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)**

Le marché de l'audioprothèse équivaut à 822M€. Les remboursements de l'AMC constituent 1% de leur remboursement global rappelle Olivier Mariotte en introduction.

Selon Jean-Martin Cohen Solal, le développement des besoins témoigne de l'augmentation de l'espérance de vie. Il y a donc ici une évolution naturelle à intégrer. En ce sens, la prévention a toute sa place. La perte d'audition a en effet de vraies conséquences sur la perte d'autonomie. La FNMF, qui représente 56% des assurés, se positionne de différentes façons :

- La mutualité française propose une offre de soins. L'audition mutualiste représente ainsi près de 10% des audioprothésistes en France.
- Le sujet majeur pour la FNMF c'est l'accès « *le bon soin au juste prix* ».
- En France, on dépense beaucoup mais le déficit se creuse en même temps que les inégalités ; or la majorité des Français est au maximum de son taux d'effort pour se payer une complémentaire ; cela va jusqu'à 10 % du revenu d'un retraité. Dans ce cadre, l'audioprothèse est le premier renoncement au soin. Les acteurs doivent donc travailler ensemble pour maîtriser les coûts

Il est essentiel de maîtriser ce que l'on rembourse. La FNMF s'est battue pour avoir la loi Leroux sur les réseaux. Il faut une réorganisation, dans la cadre d'une stratégie nationale de santé pour prévenir le vieillissement.

---

<sup>1</sup> Source HCAAM - 2013

## **L'audioprothèse, au carrefour des grands enjeux de santé publique**

La question de la prise en charge des audioprothèses est au carrefour de plusieurs sujets législatifs comme la Loi Delaunay ou la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) ; ce qui multiplie les possibilités de prise de parole sur le sujet. La loi Delaunay a d'ailleurs fait un premier pas vers la reconnaissance du handicap auditif.

Pour Olivier Véran, il est nécessaire de redéfinir la place de chaque acteur, la place de chaque soin, et la place du remboursement. Tout en gardant des possibilités d'innovation en matière de santé, car l'Innovation représente 200 000 emplois. La Stratégie Nationale de Santé va dans le bon sens en organisant le système de soin en mettant le patient au cœur du système.

Luis Godinho explique les différentes pistes émises par la profession. Il fait remarquer que si l'on arrive à faire gagner un an d'autonomie, c'est près de 10% de personnes dépendantes en moins et autant d'économie pour le système de santé. Travailler le parcours de soins de l'audition est primordial et doit s'effectuer en lien avec les ORL. Longtemps le débat n'a pas avancé car la typologie des réseaux de soin clivait la situation. Aujourd'hui se pose la question de la « justice sociale » ; or on constate des inégalités qui touchent des personnes âgées sous financées. Ce que demande l'UNSAF est faisable, c'est un investissement de 200 millions d'euros, soit 1% des dépenses de médicaments. La mise en place des contrats responsables est donc une opportunité à saisir. L'audioprothèse est un secteur cinq fois plus petit que l'optique mais aussi 15 fois moins remboursé... Ainsi, si on double le taux de remboursement des prothèses auditives par les assurances complémentaires, la dépense occasionnée continuera d'être 5 fois moins élevée que la dépense optique.

L'UNSAF fait par ailleurs une proposition pour un tarif spécial pour les personnes bénéficiaires de la CMU-c. Ce sont a priori les plus fragiles de nos concitoyens, donc on leur propose des appareils numériques avec une garantie de 4 ans pour assurer un suivi dans le temps, au tarif de 700 €/appareil. Aujourd'hui, l'UNSAF souhaite élargir cette offre aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), 34 % d'entre eux ont plus de 50 ans.

L'IGAS travaille également sur le secteur des aides techniques. L'objectif est de ne pas créer une audioprothèse à deux vitesses. En revanche, il est important de garder une liberté tarifaire pour les produits les plus haut de gamme, car c'est là que se fait l'innovation.

## **Echanges avec la salle**

- *Comment travailler sur la prise en charge de l'audioprothèse via la mise en place d'une convention ?*

Olivier Véran : La convention est peut être un modèle éculé. Si convention il y a, ce sera avec l'AMO comme pilote mais pas comme pas leader car l'AMO rembourse peu. Les complémentaires souhaiteraient également être autour de la table, notamment dans le cadre des contrats responsables.

Jean-Martin Cohen Solal : Actuellement l'audioprothèse n'est pas incluse dans les contrats responsables. A terme il faudra pourtant établir des prix plafonds. Il est nécessaire de procéder d'abord par étapes.

Olivier Veran souligne quant à lui, l'occasion historique que représentent ces contrats. Les trois risques, dentaire, optique et audioprothèse, ont toute leur place dans ces contrats. « *Il faut impérativement mettre les appareils auditifs dans le panier de soins. Beaucoup de personnes âgées ont un niveau de revenu qui les place juste au dessus du seuil permettant d'être bénéficiaire de la CMU, et les mutuelles expliquent très mal ce qu'il en est du reste à charge* ». Il est donc nécessaire d'agir sur l'information au niveau des usagers (information sur les remboursements, les niveaux de prestations) et ce d'autant plus que nous sommes à l'ère de la démocratie sanitaire.

- *Pierre Anhoury : Comment baisser le prix de l'audioprothèse tout en gardant la marge des fabricants ? Eut égard à l'évolution du marché et à l'arrivée de nouveaux fournisseurs asiatiques, n'y a t-il pas un chantier à ouvrir avec les fabricants ? Quelles sont les propositions de la profession ?*

Une bonne partie du prix de vente vient du temps passé, qui est incompressible, rappelle Luis Godinho. On ne sait pas satisfaire un malentendant sans y passer du temps. La psychologie du malentendant prend du temps. L'évolution du marché a déjà permis une baisse de coûts : des produits à 1 500 € pièce sont désormais à 1 000 €. Le prix moyen en France baisse, mais le temps humain pour effectuer des réglages individuels ne peut être retranché. A partir du moment, où temps humain est important, il n'y a pas de solution facile.

- *Dominique Dufournet, président de Surdifrance Bucodes : il faut mettre les usagers autour de la table. L'appareil auditif est un produit de santé. Le bucodes, avec l'Inpes et la Fondation de France, lancent une grande campagne nationale d'information. Le taux équipement est faible (Cf. Etude DREES, vivre avec des difficultés d'audition<sup>2</sup>). D'après l'enquête Eurotrack, il y a un vrai problème d'équipement, lié au prix et donc au RAC. Celui-ci est fait de deux éléments : le prix et le niveau de remboursement. Il faut agir sur les deux éléments.*

Bruno Frachet : le déni psychologique reste important, et le reste à charge est parfois le prétexte pour nourrir ce déni.

Luis Godinho : Il est certain que les usagers doivent faire partie de l'équation et un dialogue avec le BUCODES existe. Selon certaines études, le niveau de revenu n'influe que très peu sur le choix de s'appareiller ou non, cela va dans le sens de la remarque de Bruno Frachet. Quand les pouvoirs publics enverront un message fort disant : « *Faites évaluer votre audition à 65 ans, équipez-vous si besoin, c'est une opportunité pour une retraite active* », alors il y aura un véritable progrès sur cet aspect psychologique.

<sup>2</sup> <http://www.drees.sante.gouv.fr/vivre-avec-des-difficultes-d-audition,11279.html>

- *Gilles Leblanc, audioprothésiste à Caen : « On voit arriver de la publicité sur les prix sur le modèle des prospectus de la grande distribution. Ne faut-il pas encadrer cela ? »*

Olivier Veran : Si on vend un produit de santé, alors on doit avoir des pratiques commerciales différentes de celles des autres produits. L'encadrement de cette publicité est important. Il est impensable qu'en France, un patient aille chez un professionnel de santé, sur la base d'un produit d'appel, et se voie finalement facturer une prestation beaucoup plus importante. La santé est un bien précieux qui ne doit pas tomber dans le domaine commercial.

- *Geneviève Guillot, « Agir pour l'audition » rappelle qu'il est parfois difficile pour les patients d'accepter les prothèses (on les achète et on les met dans les tiroirs). La plupart des gens pensent qu'ils vont retrouver une audition normale, ce qui n'est pas le cas. Il faut dès lors penser à l'interdisciplinarité de la prise en charge et inclure les orthophonistes.*

Olivier Veran demande de quelles données nous disposons sur l'observance (port des appareils, régularité). Eric Bizaguet explique qu'en France, nous pouvons suivre le nombre de piles vendues. Les prothèses sont plutôt portées en France. Elles le sont moins en Grande-Bretagne, où le RAC est nul. Pour Luis Godinho, sa nullité complète n'est pas toujours la solution optimale.

- *L'Association Européenne des Audioprothésistes constate qu'en France nous mettons l'accent sur la prothèse mais pas sur le professionnel, ce qui est assez partiel et négatif. Peut-on envisager une évolution sur ce point ?*

Luis Godinho partage totalement ce point de vue et explique que les belges ont changé de nom et parlent désormais « d'auditien ». Toutefois dans la loi, nous parlons d'audioprothésiste. Il faudrait changer la loi et aujourd'hui cela n'est pas une priorité au regard des différents chantiers dont fait l'objet l'audioprothèse. Cela permettrait de mettre l'accent sur la pratique, le rôle du professionnel.

Olivier Veran demande si la dissociation de la prothèse et du suivi peut être une piste de travail de la profession.

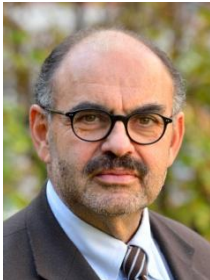
## Biographie des intervenants

Eric BIZAGUET



Audioprothésiste Diplômé d'Etat, il exerce à Paris. Il préside le Collège National d'Audioprothèse (CNA), qu'il représente au Haut Conseil des professions Paramédicale (HCPP). Il est également secrétaire général Adjoint du Syndicat National des Audioprothésistes (UNSAF) et chargé d'enseignement au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) dans le cadre du diplôme d'Etat d'Audioprothèse.

Jean-Martin COHEN SOLAL



Délégué Général de la Mutualité Française depuis 2013, il a suivi, après ses études de médecine, le DESS d'Economie de la Santé à l'Université de Paris Dauphine. Il a été auparavant Délégué Général du Comité Français d'Education pour la Santé (INPES), a occupé des responsabilités dans le cabinet de plusieurs ministres de la santé et dirigé plusieurs agences de conseil spécialisées dans la santé. En 1996, il rejoint la Mutualité Française comme Directeur de la communication et de l'information avant d'être nommé, en 2006, Directeur général adjoint.

Bruno FRACHET



Médecin spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie et chirurgie cervico-faciale (ORL), il est Professeur des Universités à l'Université Paris XIII (praticien hospitalier – Chef de Service à l'Hôpital Rothschild Paris 12). Il est par ailleurs, cofondateur de l'Institut Francilien des implants cochléaires (IFIC) et de l'association Agir pour l'Audition.

Luis GODINHO



Installé à Paris depuis 1994, Luis Godinho est audioprothésiste diplômé de la Faculté de Pharmacie de Montpellier (1990). Depuis Juin 2012, il préside le Syndicat National des Audioprothésistes –UNSAF. L’UNSAF représente la profession auprès des instances nationales en charge de la santé et siège notamment au sein de l’Union nationale des professionnels de santé (UNPS) et du Haut conseil des professions paramédicales (HCPP).

Olivier VERAN



Médecin neurologue hospitalier au CHU de Grenoble, Il a également suivi un master en gestion et politique de santé à science-po Paris. En 2008, il est élu premier vice-président et porte-parole de l’Inter-Syndicat National des Internes des Hôpitaux (ISNIH). Depuis 2012, il est député de l’Isère. Il a participé à plusieurs missions et groupes de travail nationaux sur des thématiques aussi variées que l’exercice médical à l’hôpital public, l’accès aux soins sur l’ensemble du territoire, ou la formation des acteurs dans la prise en charge de l’AVC.