

28 septembre 2015

Dossier de Presse

Le secteur de l'Audioprothèse

1. Étude « *Analyse de la prise en charge des appareils auditifs. Quel est le modèle de prise en charge le plus efficient en Europe ?* », Audio Infos, septembre 2015
Appareils auditifs : comparaison européenne des liens entre taux d'équipement, satisfaction, observance, modèle de prise en charge...
2. Note « *Les prix et le remboursement des audioprothèses en France* »
3. Note « *Des enjeux financiers sans commune mesure avec le dentaire et l'optique* »
4. Note « *Des malentendants en grande majorité âgés* »
5. Note « *Les liens entre perte auditive et perte d'autonomie plaident pour une compensation précoce* »
6. Note
« *L'utilisation d'appareils auditifs évite le sur-déclin cognitif constaté chez les malentendants âgés* »
7. Note « *Éléments sur les coûts économiques et sociaux des déficits auditifs non appareillés en France* »
8. Note « *Audioprothésiste : un métier opérateur-dépendant* »
9. Note « *Une forte concurrence dans le secteur de l'audioprothèse* »
10. Note « *Démographie professionnelle : évolution du nombre d'audioprothésistes de 2000 à 2014* »

Contact Presse :

Erika Nardeux

erika.nardeux@orange.fr

Tél. 06.50.96.37.74

QUEL EST LE MODÈLE DE PRISE EN CHARGE le plus efficient en Europe ?



© Christophe Lebedinsky

Parmi les différents modèles de prise en charge de la déficience auditive à travers l'Europe, y en a-t-il un plus efficient que les autres ? Aujourd'hui, de nouvelles sources d'informations pourraient permettre de répondre à cette question. Cette étude sur sept pays d'Europe, réalisée à partir des données EuroTrak 2012 et « *Market Study of Western Europe* » 2011, a été rédigée au début de l'année 2015.

Par **Luis Godinho**
Audioprothésiste à Paris, président du Syndicat national des audioprothésistes (UNSAF) et membre du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM)
l.godinho@unsaf.org [@Luis_Godinho](https://twitter.com/Luis_Godinho)

Prenant pour modèle les études américaines MarkTrak, l'Association européenne des fabricants d'appareils auditifs (Ehima)¹ a entrepris des enquêtes sur le marché des appareils auditifs en Europe.

Après une première campagne en 2009 dans les trois plus grands marchés européens, l'Allemagne, le Royaume-Uni et la France, les enquêtes ont été reconduites en 2012 et étendues au Japon ainsi qu'à quatre pays européens supplémentaires : la Norvège, la Suisse, l'Italie et le Danemark².

La méthodologie rigoureuse de ces travaux conduits

par la société d'études suisse Anovum³, en a fait une source d'informations de référence, reprise par les pouvoirs publics, par exemple en France par le ministère de la Santé en août 2014⁴ ou en Belgique par le ministère de l'Économie en décembre 2014⁵.

Par ailleurs, M. Tony Grant-Salmon, ancien président de la *British Hearing Aid Manufacturers Association* et ancien président de *Knowles Europe*, publie régulièrement l'étude « *Market Study of Western Europe* ». Cette étude détaille les types d'appareils auditifs et les volumes vendus annuellement dans les principaux pays d'Europe de l'Ouest⁶.

1- www.ehima.com

2- www.ehima.com/documents

3- <http://www.anovum.com/en/>

4- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Étude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête « Handicap-Santé », p. 59

5- Institut des comptes nationaux, Étude sur les prix, les marges et le fonctionnement du marché des appareils auditifs en Belgique, décembre 2014

6- *Audio infos* n°173, Le marché d'Europe de l'Ouest 2011 vs 2010, Juillet-Août 2012

Ventes et remboursements d'appareils auditifs pour une sélection de pays européens en 2011

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

étudiés (cf. Tableau 2 et Graphique 2).

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

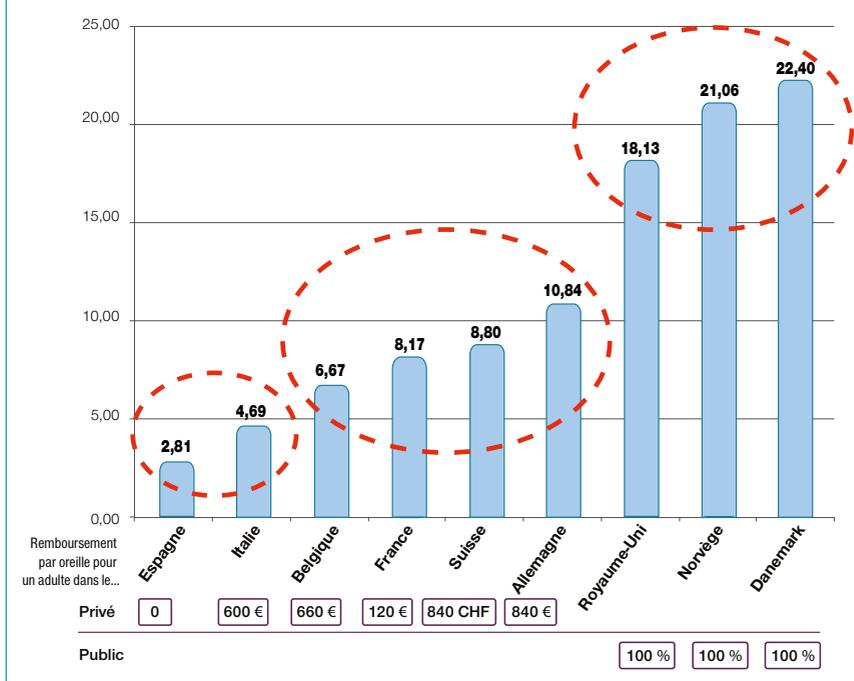
La prévalence du déficit auditif augmentant avec l'âge,

Tableau 1

	Population (2012)*	Ventes appareils (2011)**	Ventes appareils par 1000 habitants (2011)
Espagne	46 196 276	130 000	2,81
Italie	60 820 696	285 000	4,69
Belgique	11 094 850	74 000	6,67
France	63 409 191	518 000	8,17
Suisse	7 954 662	70 000	8,80
Allemagne	81 843 743	887 000	10,84
Royaume-Uni	62 989 551	1 142 000	18,13
Norvège	4 985 870	105 000	21,06
Danemark	5 580 516	125 000	22,40

*Eurostat Population 2012. Données extraites par Richard Darbéra, Le reste à charge en audioprothèse, 20/11/2014
 **Audio infos n° 173, Le marché d'Europe de l'Ouest 2011 vs 2010, Juillet-Août 2012, p. 22
 **Audio infos : 1 221 602 appareils vendus en 2012 au Royaume-Uni en augmentation de 7 % donc 1 142 000 en 2011, 08/03/2013
 **En Suisse, changement de remboursement mi 2011 : 70 000 en 2010, 90 000 en 2011, 50 000 en 2012. Choix du volume moyen 2011-2012, égal à celui de 2010.
 **Institut des comptes nationaux, Étude sur les prix, les marges et le fonctionnement du marché des appareils auditifs en Belgique, décembre 2014, p.59
 ** Au Royaume-Uni, n'ayant pas le détail entre le nombre d'appareils effectivement délivrés par le NHS et ceux destinés aux réparations, il ne sera utilisé pour cette étude que la quantité globale.

Graphique 1 Ventes d'appareils auditifs par millier d'habitants en 2011



*Rapport annuel Amplifon 2013, p. 35

Le graphique 1 met en évidence trois groupes de pays :
 - les pays d'Europe méridionale, avec l'Espagne et l'Italie, qui enregistrent les ventes les plus faibles, et ce, malgré une prise en charge nettement meilleure en Italie pour certains patients.
 - les pays d'Europe continentale, avec la Belgique, la France, l'Allemagne et la Suisse, qui enregistrent des ventes intermédiaires.
 - les pays d'Europe septentrionale, avec le Royaume-Uni, la Norvège et le Danemark, qui enregistrent des ventes plus élevées.

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

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

Grâce au taux d'appareillage binaural et à ceux de la prévalence de la perte auditive, collectés par EuroTrak, il est possible de calculer le pourcentage de malentendants équipés en 2011, pour les sept pays européens

les deux pays à la population la plus âgée, l'Allemagne et l'Italie, présentent logiquement la prévalence de malentendants la plus élevée.

Pourcentage des utilisateurs par rapport à la totalité des malentendants mesuré par EuroTrak en 2012 (cf. Tableau 3 et Graphique 3)

Le Danemark affiche un taux exceptionnel d'équipement de 47,8 %. Ce pays de 5,6 millions d'habitants a la particularité d'être la patrie de trois des six multinationales qui fabriquent des appareils auditifs à travers le monde, ce qui ne peut que favoriser une acceptation et une pénétration maximales de l'équipement auditif.

Le taux d'équipement danois est de ce fait la référence mondiale et se rapproche du taux maximal de personnes « appareillables » : 50 à 60 % des personnes déclarant souffrir d'un déficit auditif.

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

En 2009, une étude européenne, commandée par les pouvoirs publics français, avait considéré « un taux de population appareillable de 50 % de la population

Tableau 2 ▶

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

*EuroTrak 2012

totale de malentendants » dans les cinq pays étudiés⁷. L'association de malentendants suédoise *Hörselskadades Riksförbund* (HRF) indiquait, quant à elle, que 56 % des malentendants pourraient bénéficier d'appareils auditifs⁸.

En 2013, l'Inspection générale des Affaires sociales (Igas) s'appuyait sur un ratio semblable : « 2,5 à 3 millions de personnes appareillables »⁹ en France, sur un total d'environ six millions de personnes présentant un déficit auditif.

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

Quant à la satisfaction des malentendants au Japon, elle est particulièrement faible, de seulement 36 %, alors que les sept pays européens étudiés par EuroTrak ont une satisfaction globale comprise entre 70 et 84 %¹⁰. Le taux d'équipement y est aussi le plus modeste : 14,1 %.

Tableau 3 ▶

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

*Hearing Review, EuroTrak + JapanTrak 2012 - World's largest multi-country consumer survey about hearing, hearing loss and hearing aids, Mars 2013.

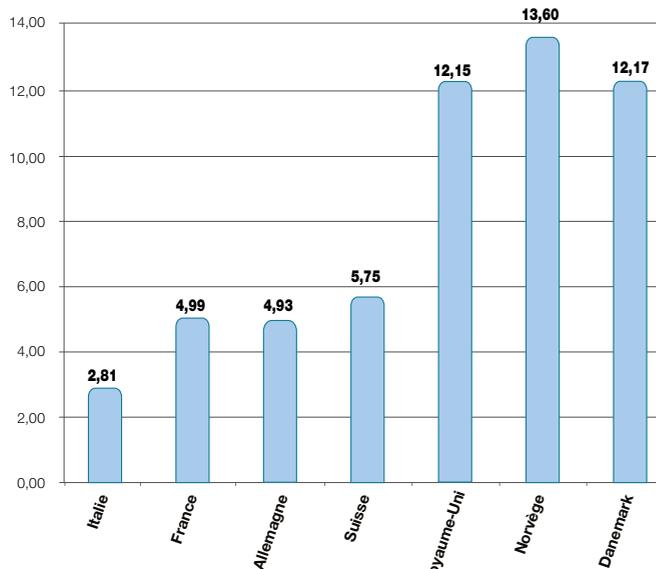
Des chiffres à mettre en perspective avec le manque de régulation publique de ce pays quant à la délivrance des appareils auditifs, ce qui favorise une forte présence de produits très bas de gamme délivrés sans le choix, l'adaptation et le suivi d'un professionnel : « 18 % des utilisateurs ont acquis les appareils

7- CNSA, Étude européenne sur le marché et les prix des aides techniques. Synthèse Aides Auditives, décembre 2009, p. 4.
8- <http://www.csc.kth.se/utbildning/kth/kurser/DH2625/itfunk-h07/schema/hrf.pdf>

9- Blanchard P., Strohl-Maffesoli H., Vincent B., Évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, rapport de l'IGAS, avril 2013.

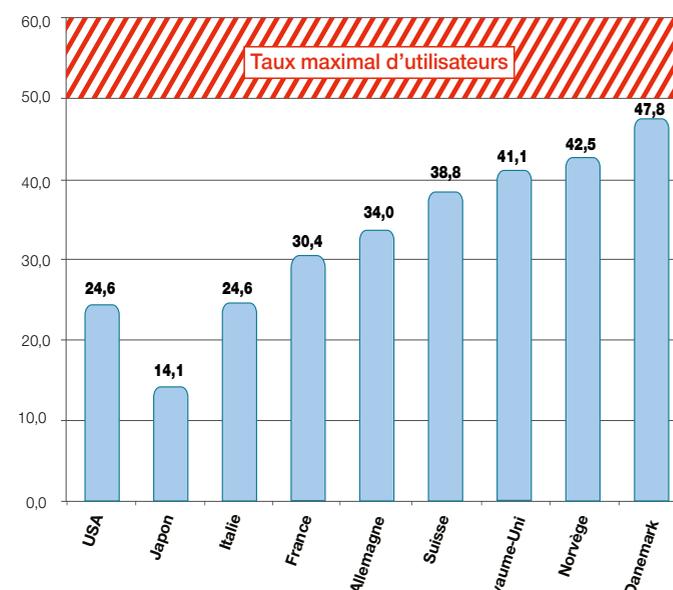
10- The Hearing Review, EuroTrak + JapanTrak 2012 - World's largest multi-country consumer survey about hearing, hearing loss and hearing aids, mars 2013.

Nombre de personnes équipées en 2011 pour cent malentendants



Graphique 2 ▶

Graphique 3 ▶ % utilisateurs/totalité malentendants (2012)



auditifs dans un magasin d'optique ; 14 % par achat par correspondance ou sur Internet »¹¹. « Cela montre que les services de santé auditive "non professionnels" induisent un taux de satisfaction du consommateur plus bas », commente Søren Hougaard, secrétaire général de l'Ehima¹². En matière de déficience auditive, sans un diagnostic médical initial et sans un accompagnement personnalisé réalisé par un professionnel, force est de constater qu'il n'y a ni efficacité, ni satisfaction du patient. C'était déjà le constat fait en 2009 par l'agence publique américaine, la *Food and Drug Administration* (FDA)¹³.

En comparant les graphiques 2 et 3, la forte différence entre le nombre de personnes équipées en 2011 en Europe continentale par rapport aux pays d'Europe septentrionale n'apparaît que de façon très atténuée dans les résultats du taux d'équipement mesuré par EuroTrak...

Ce taux est celui de l'ensemble des utilisateurs, quelle que soit l'année de leur équipement. Par conséquent, si l'évolution du taux d'équipement, haussier dans l'ensemble de l'échantillon, diffère entre les pays, cela peut induire quelques variations dont nous ne tiendrons pas compte dans cette analyse.

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

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

« Indice d'observance » et taux de satisfaction globale

L'observance thérapeutique est la « manière qu'a une personne de se conformer aux prescriptions médicales ou aux règles d'un programme thérapeutique »¹⁴. Dans le secteur de l'équipement auditif, on pourrait définir l'observance par une utilisation effective de l'appareillage auditif délivré.

En divisant le taux d'utilisateurs mesuré par EuroTrak, par le pourcentage d'appareillés issu des données « *Market Study of Western Europe* » et des données démographiques Eurostat, il est possible d'obtenir un « indice d'observance » concernant l'appareillage auditif.

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

Tableau 4 ▶

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

*EuroTrak 2012

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

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

En reprenant les données du tableau 1, et en tenant compte des différences entre le Royaume-Uni et la France, de prévalence, de taux d'équipement binaural, de population, si le Royaume-Uni avait l'indice d'observance de la France, 6,09, il aurait suffi de délivrer 634 422 appareils¹⁵ en 2011 pour atteindre son taux d'utilisateurs de 41,1 %. Or, il a été constaté que 1 142 000 appareils ont été mis sur le marché en 2011 au Royaume-Uni...

Faut-il considérer que 44 %¹⁶ des appareils délivrés ne sont pas utilisés, et donc n'apparaissent pas dans le taux d'utilisateurs mesuré par EuroTrak ?

Cela viendrait confirmer *a posteriori* un extrait d'un rapport commandé en 2009 par les pouvoirs publics français sur le marché et les prix de l'équipement auditif en Europe:

« Les acteurs du marché estiment à 45 % le nombre des usagers du système public [britannique] qui n'utilisent pas leur aide auditive fournie par le NHS, car elle est mal ajustée »^{17/18}.

11- JapanTrak 2012. http://ivo.ehima.dev02.accesso.dk/wp-content/uploads/2014/03/JapanTrak_2012.pdf

12- *Audio infos*, EuroTrak 2012 Japon : un système très hétéroclite, n°181, mars 2013.

13- FDA, *Hearing Aids and Personal Sound Amplifiers: Know the Difference*, octobre 2009. <http://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm185459.htm>

14- Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine – version 2015. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=Observance>

15- $41,1 \div 6,09 = 6,75$ % des malentendants équipés, soit $6,75 \times 62\,989\,551 \times 0,091 \div 100 = 386\,843$ personnes équipées. Taux d'équipement binaural : 64 % donc $386\,843 \times 1,64 = 634\,422$ appareils.

16- $1 - (634\,422 \div 1\,142\,000) = 0,44$

17- CNSA, *Étude Européenne sur le marché et les prix des aides techniques*. Monographie Royaume-Uni, décembre 2009, p. 28.

18- Comme énoncé au tableau 1, n'ayant pas connaissance du détail entre le nombre d'appareils du NHS destinés aux réparations et ceux effectivement délivrés, le chiffre est en réalité moins élevé.

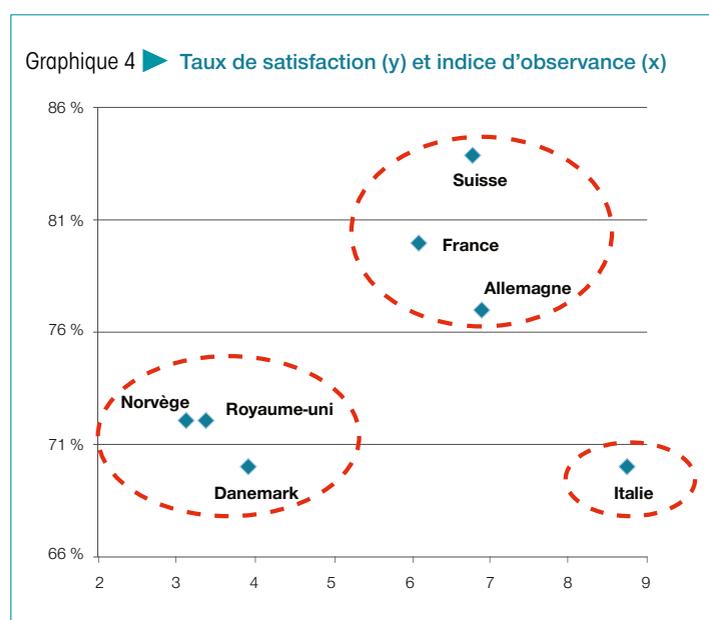
L'indice d'observance serait-il proportionnel à la satisfaction des utilisateurs ?

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

Tableau 5 ►

	Indice d'observance	% de satisfaction globale*
Italie	8,77	70%
France	6,09	80%
Allemagne	6,90	77%
Suisse	6,75	84%
Royaume-Uni	3,38	72%
Norvège	3,13	72%
Danemark	3,93	70%

*Eurotrak 2012



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

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

La progression du taux de satisfaction constatée dans tous les pays laisse à penser que la marge d'inexactitude est faible, la cohérence des résultats des pays étudiés confortant cette idée.¹⁹

Italie :

Le fort indice d'observance est obtenu au prix d'un faible taux d'équipement binaural, 44 % versus 75 % en

moyenne pour les six autres pays étudiés, comme vu précédemment.

La conséquence en est le plus faible taux de satisfaction des sept pays, 70 %, à égalité avec le Danemark, ce qui confirme la nécessité de l'équipement binaural quand il est nécessaire, ce que de nombreuses études ont déjà démontré.

Danemark – Norvège – Royaume-Uni :

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

Allemagne-France-Suisse :

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

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

Une demande inélastique au prix, une satisfaction dépendante de l'opérateur

Il peut paraître remarquable que les meilleurs résultats soient obtenus dans les pays où la prise en charge n'est que partielle, laissant

un certain reste à charge (très important dans le cas de la France : près de 1 000 euros par oreille pour un adulte)²⁰.

En fait, la demande en appareils auditifs est relativement inélastique à leur prix²¹.

L'Inspection générale des Affaires sociales (Igas), chargée d'évaluer les politiques publiques pour le ministère français de la Santé, rappelle que les appareils auditifs ne sont pas « un bien de consommation (...), mais une aide visant à compenser et aussi à prévenir une perte d'autonomie »²².

Le rapport « Appareils auditifs en Belgique » souligne qu'il « importe de comprendre que la demande est relativement inélastique au prix, car les appareils auditifs sont perçus comme des biens de nécessité. »²³

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

20- Les synthèses de l'Unsaf : Les prix et le remboursement des audioprothèses en France. Cf. : www.unsaf.org/site/l-unsaf/les-syntheses-de-l-unsaf.html

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

22- Blanchard P., Strohl-Maffesoli H., Vincent B., op. cit.

23- KCE reports 91B, Appareils auditifs en Belgique, 2008, p. iv

Aux États-Unis également, il a été constaté que « la seule diminution du coût des appareils auditifs, même de 40 %, n'accroît pas le taux d'acquisition ». « Même le meilleur appareil auditif du marché ne donnera pas satisfaction, s'il n'est pas bien adapté par un professionnel »²⁴.

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

La phase de distribution ne peut être considérée comme de la « distribution pure » ; il s'agit avant tout d'un service adapté et personnalisé. L'adaptation d'appareils auditifs implique d'abord plusieurs rendez-vous avec le patient (tests auditifs, fabrication de l'embout ou de la coque, réglages) puis, après la délivrance du matériel, un suivi sur plusieurs années permettant de vérifier l'adaptation et d'effectuer des ajustements personnalisés réguliers, tout au long de la durée d'utilisation du matériel.

L'igas souligne qu'« aucun professionnel, sauf l'audioprothésiste, n'est compétent pour effectuer cette opération de préconisation, essai, accompagnement ». « Le choix de la prothèse est donc laissé aux seules mains de l'audioprothésiste et ne pourrait être contrôlé que par un professionnel disposant de la même compétence. »²⁵

Un métier fortement « opérateur-dépendant »

L'adaptation d'appareils auditifs est un métier fortement « opérateur-dépendant » dans lequel le professionnel « ne vend pas des appareils » mais facture son expertise pour leur choix et leur adaptation, ainsi que son temps pour l'éducation thérapeutique du patient et son suivi personnalisé régulier, aussi souvent que cela semble nécessaire à l'utilisateur. Ceci induit un meilleur fonctionnement dans les pays où les patients peuvent librement choisir le professionnel qui sélectionnera, adaptera et assurera le suivi de leurs appareils auditifs. C'est le cas en Allemagne, en Suisse et en France.

Les professionnels sont en concurrence entre eux et les utilisateurs s'orientent plus fréquemment vers ceux qui sont plus appréciés (sur les conseils du corps médical, par le bouche-à-oreille, etc.). Ces derniers suivront donc un nombre plus important de déficients auditifs, contribuant à améliorer la satisfaction globale grâce à cette « concurrence par la qualité ».

Il semble qu'il y ait également au Royaume-Uni une volonté d'accroître la liberté du patient. C'est la politique de l'« Any Qualified Provider » (AQP) qui élargit le choix pour le bénéficiaire de son professionnel, notamment en ce qui concerne les problèmes d'audition chez l'adulte. Il sera intéressant de suivre dans le futur l'évolution de l'indice d'observance et de la satisfaction, en fonction de cette nouvelle possibilité pour les patients.

Liens entre déficit auditif et perte d'autonomie

La perte auditive est significativement associée au déclin cognitif²⁶. Pour une perte auditive légère (25 dB), la baisse des performances cognitives est équivalente à celle d'une personne plus âgée de 6,8 ans²⁷.

Le risque de démence est multiplié par 1,89 pour une perte auditive modérée, par 3,00 pour une perte moyenne, par 4,94 pour une perte sévère²⁸.

Les personnes âgées souffrant de perte auditive ont une accélération du déclin cognitif supérieure de 30 à 40 %²⁹.

La perte auditive non compensée provoque une diminution de la qualité de vie, liée à l'isolement, à une vie sociale réduite et à la sensation d'être exclu, menant à une augmentation de la prévalence de la dépression³⁰.

Même un degré modéré de baisse de l'audition triple quasiment le risque de chutes chez la personne âgée³¹.

Lors du 37^e Congrès des audioprothésistes français, qui s'est tenu à Paris les 10, 11 et 12 avril 2015, le Pr Hélène Amieva, de l'Unité INSERM³² 897 « Épidémiologie et Biostatistiques » de Bordeaux, a présenté en exclusivité

son étude en cours de publication. Celle-ci indique que, si le déclin cognitif est bien accéléré chez les malentendants non appareillés (par rapport au groupe contrôle), le déclin cognitif des personnes appareillées est en revanche freiné, et similaire à celui des personnes normo-entendantes.

« Ces résultats sont en faveur de la prise en charge et du dépistage de l'audition », a souligné le professeur Amieva³³

Une perte auditive modérée (25 dB) suffit donc à doubler les risques de déclin cognitif et à tripler les risques de chutes chez la personne âgée.

Ces éléments plaident pour que la prise en charge soit accordée dès un déficit auditif moyen de 25 dB.

Les études médico-économiques montrent que le coût du déficit auditif non traité est nettement supérieur au coût de l'appareillage auditif³⁴⁻³⁵.

Dans un contexte de vieillissement démographique en Europe, la prise en charge de qualité du déficit auditif est une priorité de santé publique, afin de limiter l'augmentation du nombre de personnes dépendantes.

24- *The Hearing Journal*, Reducing hearing aid cost does not influence device acquisition for milder hearing loss, but eliminating it does, mai 2011.

25- Blanchard P., Strohl-Maffesoli H., Vincent B., *op. cit.*

26- Uhlman RF *et al. Jama.* 1989 Apr 7 ; 261(13) :1916-9.

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

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

29- *JAMA Intern Med.* online January 21, 2013, Hearing Loss May Be Related to Cognitive Decline in Older Adults.

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

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

32- L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) est un établissement public français spécialisé dans la recherche médicale.

33- *Audio infos*, Les aides auditives freinent le déclin cognitif dû à la presbycusie, 13 avril 2015.

34- *Bridget Shield*, Evaluation of the social and economic costs of hearing impairment, octobre 2006.

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

Droit de la concurrence en santé et prise en charge publique

« La spécificité des missions de santé interdit que le droit de la concurrence en devienne le seul régulateur »³⁶.

En 1963, Kenneth Arrow établit le caractère économique des activités de soins, et attire l'attention sur l'« *asymétrie d'information entre le consommateur de services et le professionnel offreur de services* ». Celle-ci implique une demande « *peu sensible aux variations tarifaires* », même lorsque ces marchés sont libres. « *La détermination d'un état de santé étant difficile et subjective, (...) les soins sont ainsi considérés comme des biens de confiance. (...) La relation de confiance qui se noue entre l'offreur et le demandeur de soins empêche un comportement de négociation pure, et un ajustement par les prix* »³⁷.

Asymétrie d'information, réputation et relation de confiance, demande inélastique aux prix : tous ces critères sont présents dans le secteur de la compensation du déficit auditif.

La « concurrence par le prix » se traduit, dans notre secteur, par une réduction du temps avec le patient. Et un accompagnement humain

« allégé » a pour conséquence directe une moindre satisfaction. En effet, la satisfaction est corrélée au temps d'accompagnement, nécessaire à l'éducation thérapeutique initiale et au suivi du patient par le professionnel³⁸.

« *Les mécanismes de la concurrence ne peuvent jouer comme sur d'autres marchés, sans risquer de détériorer une certaine qualité dans les produits et prestations de santé. C'est la raison pour laquelle si le droit de la concurrence doit régir ce domaine, il ne peut le faire seul. L'intervention de l'État demeure la règle dans un secteur faiblement harmonisé au niveau communautaire* »³⁹.

La forte concentration des besoins en appareils auditifs chez les personnes de plus de 65 ans (en France, 75 % de la dépense est concentrée chez les plus de 65 ans⁴⁰), le rôle démontré de la compensation du déficit auditif dans la prévention de la perte d'autonomie, renforcent encore la nécessité d'inclure la prise en charge des appareils auditifs dans les paniers de soins pris en charge par les systèmes de santé publics en Europe.

Quel est le modèle le plus efficient de prise en charge des appareils auditifs ?

L'Igas a étudié les modes de prise en charge en Europe : « *Deux critères d'analyse permettent de décrypter les différents systèmes de prise en charge des aides techniques en Europe : plus les personnes ont un reste à charge important dans l'acquisition des aides, plus leur niveau de choix est grand ; à l'inverse, plus la prise en charge publique est élevée, plus les personnes sont contraintes dans leur choix d'acquisition.* »⁴¹

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

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

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

L'analyse du taux de satisfaction global et de l'indice d'observance plaide pour le modèle qui laisse la plus grande liberté de choix aux patients, aussi bien pour le type et le niveau technique des appareils auditifs, que pour le professionnel de santé qui l'adaptera et assurera l'éducation thérapeutique du patient et son

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

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

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

36- Étude thématique « Droit de la concurrence et santé », Rapport annuel 2008 de l'Autorité de la Concurrence.

37- Ibid.

38- Sergei Kochkin, Reducing Hearing Instrument Returns with Consumer Education, *The Hearing Review*, octobre 1999.

39- Étude thématique « Droit de la concurrence et santé », *op. cit.*

40- Les synthèses de l'Unsaf, Des malentendants en grande majorité âgés. Cf. www.unsaf.org/site/l-unsaf/les-syntheses-de-l-unsaf.html

41- Blanchard P., Strohl-Maffesoli H., Vincent B., *op. cit.*

- de l'information fiable pour le patient, de source publique, afin qu'il puisse faire jouer la « concurrence par la qualité ».

Quelles pistes d'amélioration de la prise en charge pour chacun des pays étudiés ?

Italie :

L'une des priorités pour l'Italie serait de rapprocher le taux d'équipement bilatéral, 44 % en 2012, de celui de la moyenne des autres pays, 75 %.

Il conviendrait également de mettre en place un forfait universel de prise en charge dès 25 dB de déficit auditif et quelle qu'en soit la cause (surdité professionnelle, presbycusie, etc.).

Danemark – Norvège – Royaume-Uni :

Avec l'AQP, le Royaume-Uni a entrepris un élargissement du choix du professionnel de l'audition par le patient (*cf. supra*).

Plus généralement, le choix par le patient de son professionnel et de son matériel devrait être privilégié par ces trois pays.

Le remboursement d'un forfait au patient (y compris lorsqu'il s'adresse au « retail » au Royaume-Uni), avec la liberté de choisir un matériel plus sophistiqué en le laissant assumer la différence de prix, devrait également être envisagé afin d'améliorer l'indice d'observance et la satisfaction.

Allemagne :

L'obligation pour les professionnels de proposer une solution à un coût compris entre 685 et 800 euros par oreille, sans reste à charge pour les patients, est, sans doute la cause d'une satisfaction en retrait par rapport à celles constatées en Suisse et en France⁴².

La seule existence de cette obligation peut laisser à penser au patient que c'est une offre suffisante pour être satisfait. Soulignons qu'environ un tiers des patients choisissent cette solution, en dépit des résultats obtenus avec un matériel aux possibilités trop limitées. La suppression de cette obligation permettrait aux patients d'utiliser leur forfait de prise en charge pour des solutions plus qualitatives, et d'obtenir une meilleure satisfaction.

France :

Le problème majeur est le niveau très faible de remboursement : 120 euros pour le système public et 350 euros en moyenne pour les assurances complémentaires optionnelles.

Près de 1 000 euros par oreille en moyenne restent à la charge des patients adultes et ne permettent pas aux patients aux revenus modestes d'accéder aux appa-

reils auditifs. Ce qui laisse les personnes souffrant de déficit auditif en France subir un handicap aux répercussions méconnues et sous-estimées, et instaure une forte inégalité d'accès à sa compensation.

Cette faible prise en charge publique peut même laisser croire qu'il n'est pas très utile, pas très important, de compenser son déficit auditif. L'amélioration du remboursement public est la priorité et devrait permettre de se rapprocher des taux d'appareillage constatés dans les pays où la prise en charge est convenable.

Suisse :

Avec la meilleure satisfaction des pays étudiés, d'excellents résultats en taux d'équipement et indice d'observance, la Suisse présente les meilleurs résultats globaux des pays étudiés. Il faut porter à la connaissance des pouvoirs publics suisses les forts enjeux de santé publique liés au déficit auditif, le fait qu'il est impossible que le droit de la concurrence soit le seul régulateur du secteur, et enfin l'aspect fortement opérateur-dépendant des professionnels qui adaptent des appareils auditifs. L'adaptation des aides auditives doit donc être strictement réservée à des professionnels qualifiés, au risque de voir diminuer la satisfaction globale des patients suisses⁴³.

Pour aller plus loin

Grâce aux études EuroTrak, l'Ehima nous livre de nombreuses données permettant de mieux connaître le secteur des appareils auditifs. Il serait très utile d'étendre ces études à d'autres pays, en particulier l'Espagne, les Pays-Bas et la Belgique. Gageons également que tous les pays passés au crible par EuroTrak en 2012 le seront finalement aussi en 2015... La connaissance du « mix produit » dans les différents pays permettrait également d'améliorer l'étude du secteur. Lorsque les données intégrales des études EuroTrak 2015 et de l'étude « Market Study of Western Europe » 2014, seront connues, il sera possible d'étudier les évolutions de l'indice d'observance et du taux de satisfaction, depuis la présente étude. Les résultats, en termes d'indice d'observance et de satisfaction, sont extrêmement proches au Danemark, en Norvège et au Royaume-Uni. Pourtant ces pays ont des différences importantes pour ce qui est du partage entre marché public et secteur privé. Il faudrait aussi collecter les données permettant d'étudier plus précisément ces deux types de prise en charge dans ces trois pays. Il sera également envisageable d'affiner les résultats en tenant compte des différences de prise en charge médicale et de prescription dans les différents pays.

Remerciements

L'auteur remercie
Brice Jantzen,
audioprothésiste,
et Richard Darbéra,
président de
l'association de
malentendants
Bucodes-SurdiFrance,
pour leur relecture et
leur contribution à ce
travail.

42- Les études GfK montrent que moins de 5 % des équipements ont une valeur inférieure à 800 euros par oreille en France. La Suisse a un « mix produit » proche de celui de la France.

43- Les premiers résultats des études EuroTrak 2015 ont été présentés le 10 avril 2015 au Congrès des audioprothésistes à Paris. Ils concernaient seulement la Suisse et la France. Le taux de satisfaction global Suisse est passé de 84 % à 81 % entre 2012 et 2015.

Communiqué - 13 janvier 2014

Les prix et le remboursement des audioprothèses en France

La situation actuelle pour les adultes : 1 000 euros par appareil à la charge des patients

- L'audioprothésiste est un professionnel de santé dont les prestations, sur prescription médicale, s'appuient sur le matériel qu'il choisit, adapte et délivre
- Notre pays compte 6 millions de malentendants dont 2,5 à 3 millions devraient être équipés. Seuls 1,5 le sont
- 480.000 appareils sont délivrés chaque année pour les adultes par 2700 audioprothésistes
- L'Assurance Maladie rembourse 120€ par appareil, les complémentaires santé 350€ en moyenne, soit 470€ au total
- Le coût moyen d'une audioprothèse, toutes gammes confondues, est de 1535€. Ce coût comprend l'appareil lui-même, la prestation initiale (analyse, adaptation de l'appareil et réglages) et le suivi prothétique étalé sur 4 à 6 ans
- Il reste à la charge des patients environ 1000€ par appareil (1535€ moins 470€)

Pourtant, un secteur aux prix proches de ceux du réseau mutualiste

- Le président de l'enseigne Audition Mutualiste de la Mutualité française (350 centres, 10% du marché) : « *Sans profits et avec une centrale d'achat, nous diminuons seulement la facture de 10 à 15%* »
- Dans le réseau mutualiste, le prix moyen est de 1345€, soit à -12% du prix moyen du secteur

Les prix en France dans la moyenne basse Européenne

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

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

En France, les plus faibles remboursements, le meilleur taux de satisfaction

	France	Belgique	Suisse	Allemagne	Luxembourg	Italie
Remboursement public adultes pour un appareil	120	660	690	840 (revalorisation le 01.11.2013)	890	600

Source : Rapport annuel Amplifon 2012, page 37

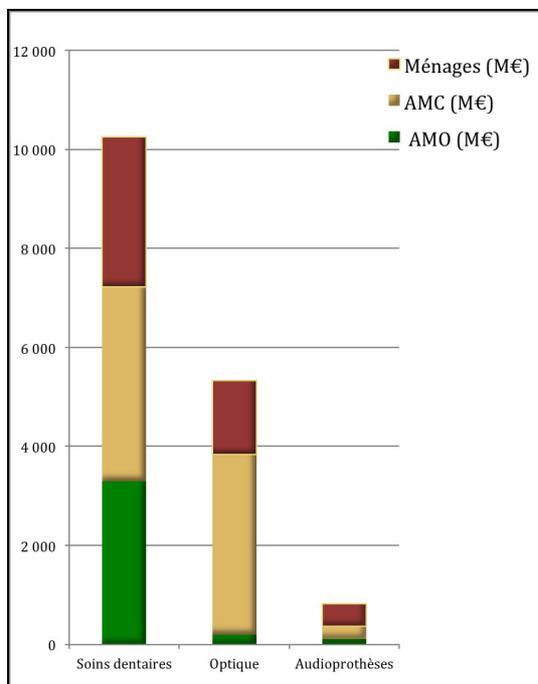
- Le remboursement moyen de l'Assurance Maladie et des complémentaires en France, environ 470€, est inférieur aux seuls remboursements publics des pays limitrophes
- L'enquête internationale EuroTrak 2009 montre que le taux de satisfaction des malentendants en France (86%) est nettement supérieur qu'en Allemagne (72%) ou au Royaume-Uni (77%)

Une priorité de santé publique dont le remboursement doit être revalorisé

- La Cour des Comptes, en septembre 2013, souligne que l'on pourrait envisager « *la fin de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de l'optique correctrice au bénéfice d'autres priorités de santé publique et notamment les audioprothèses* »
- En octobre 2013, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) traite des « *aides techniques, un instrument de prévention à la dépendance* » et demande la revalorisation « *prioritaire concernant les prothèses auditives dont la prise en charge au titre de l'assurance maladie est actuellement fortement déconnectée de la réalité économique* »
- Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) indique, dans son rapport annuel publié en décembre 2013 : « *S'agissant des prothèses dentaires et de l'optique, les RAC pourraient traduire des choix de consommations que la solidarité n'a pas vocation à prendre en charge. Ce n'est pas le cas pour les prothèses auditives pour lesquelles le HCAAM a déjà regretté les défauts de prises en charge* »

Audioprothèse : des enjeux financiers sans commune mesure avec le dentaire et l'optique

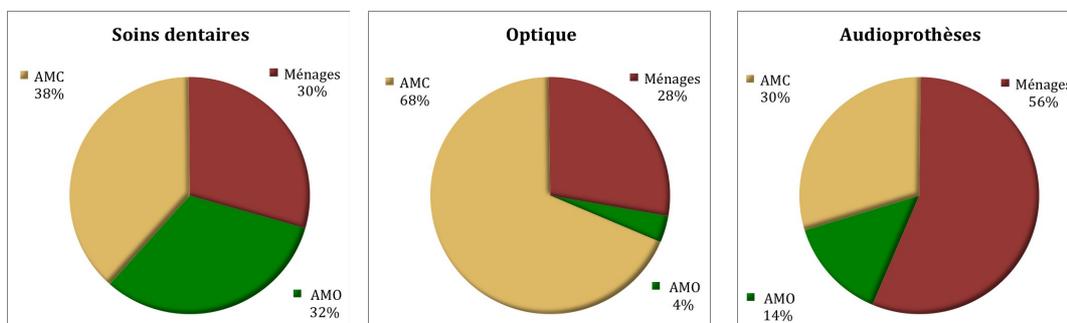
Dépenses comparées entre dentaire, optique et audioprothèse.



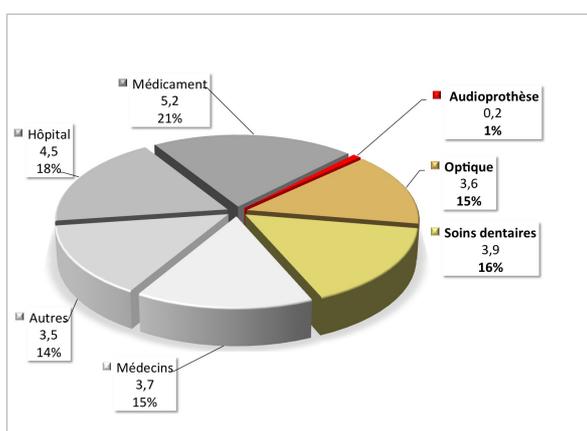
Montant (M€) et prise en charge (%)	Soins dentaires	Optique	Audioprothèse
AMO	3.295 (32%)	194 (4%)	114 (14%)
AMC	3.925 (38%)	3.644 (68%)	246 (30%)
Ménages	3.032 (30%)	1.491 (28%)	462 (56%)
Total	10.252	5.329	822

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

Audioprothèse : le plus fort reste à charge (56%) pour les ménages.



Audioprothèse : seulement 1% des remboursements de l'AMC.



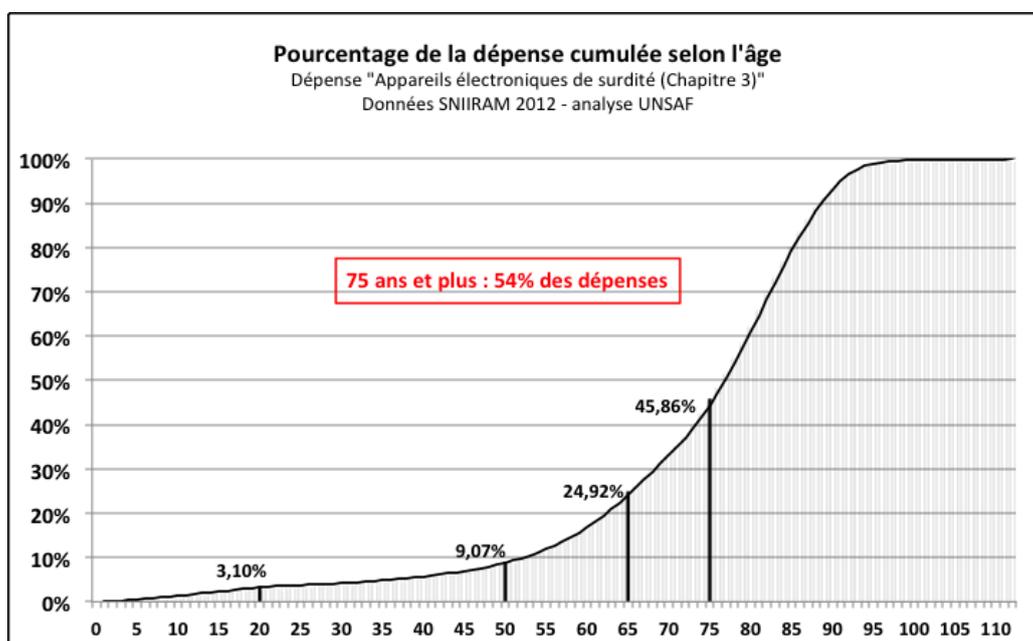
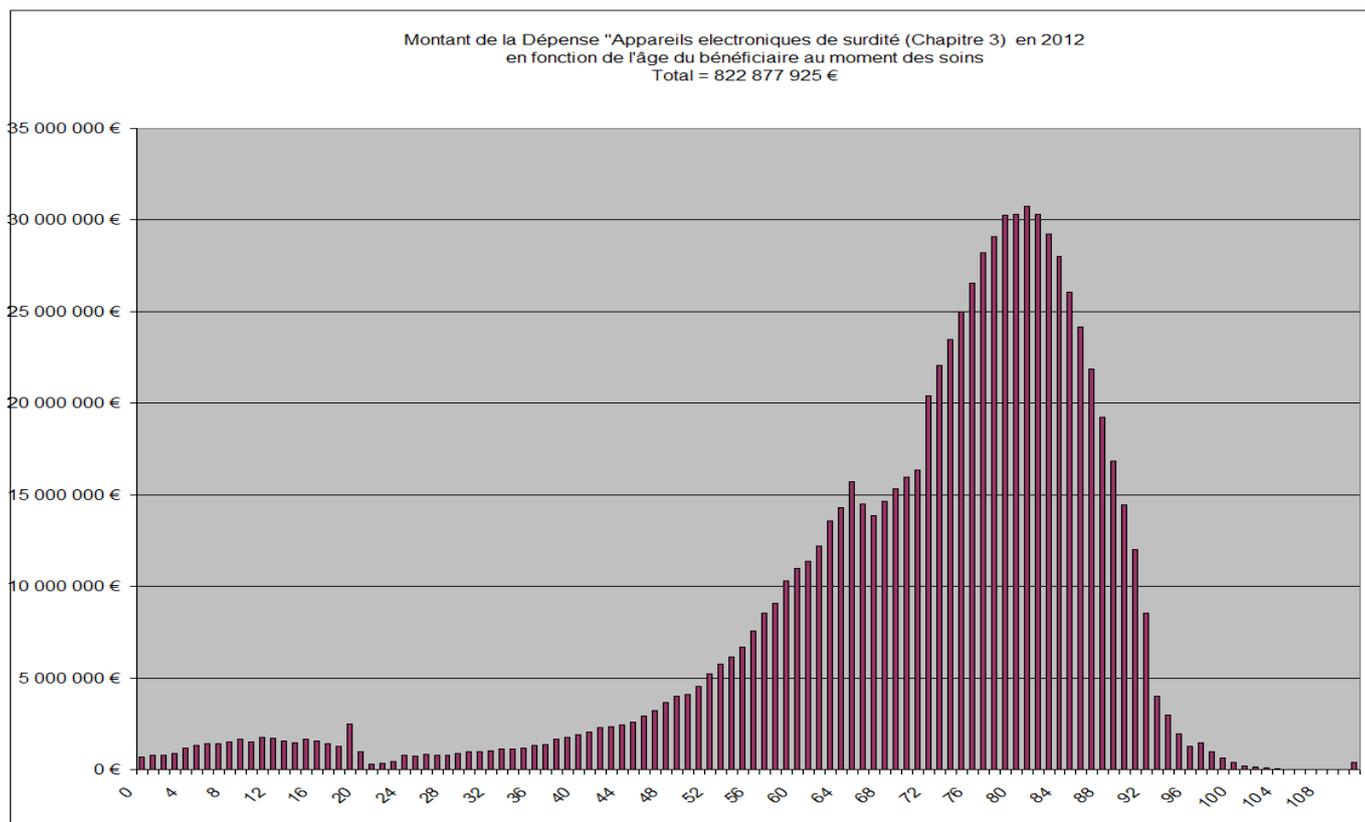
Répartition de la dépense	Md€	%
Médicaments	5,2	21 %
Hôpital	4,5	18 %
Soins dentaires	3,9	16 %
Médecins	3,7	15 %
Optique	3,6	15 %
Audioprothèse	0,2	1 %
Autres	3,5	14 %
TOTAL	24,6	100%

Source : comptes de la santé DREES 2011

Audioprothèse : des malentendants en grande majorité âgés

Extraction UNSAF des données Sniiram 2012

- Le montant maximal de dépense, près de 31 M€, est obtenu pour les patients âgés de 81 ans.

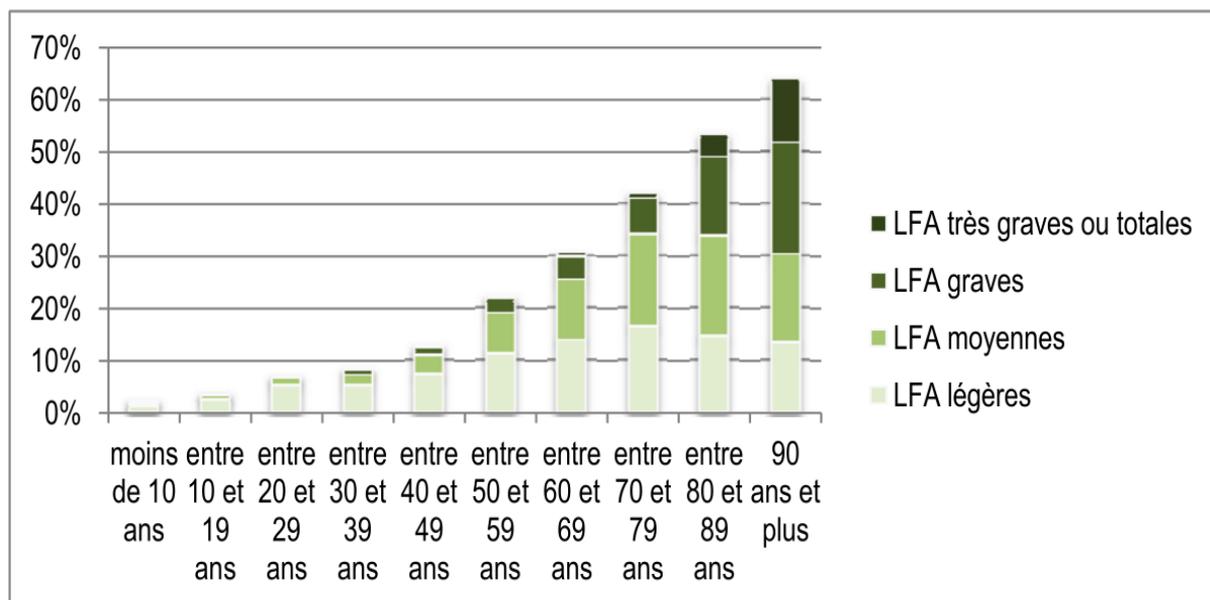


Prévalence des limitations auditives par âge (données et texte DREES)¹

La prévalence de limitations fonctionnelles auditives croît rapidement avec l'âge à partir de la cinquantaine

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

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



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

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

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

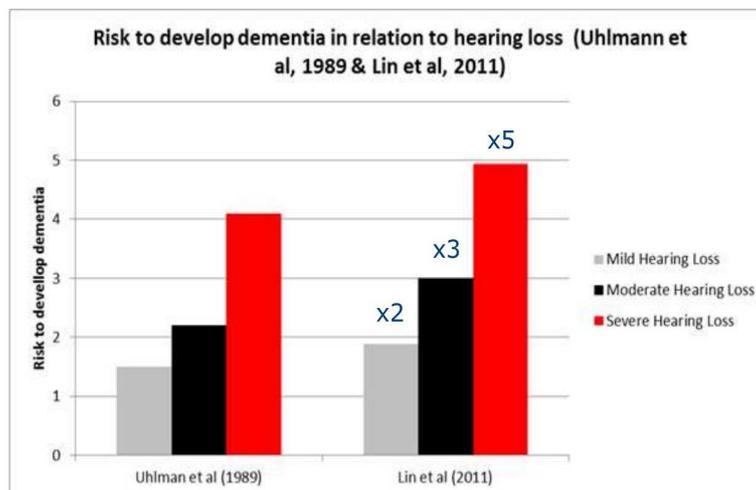
¹ DREES, *Étude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête Handicap-Santé*, 29 août 2014, page 18
<http://www.drees.sante.gouv.fr/etude-quantitative-sur-le-handicap-auditif-a-partir-de-l,11341.html>

31 octobre 2014

Les liens entre perte auditive et perte d'autonomie plaident pour une compensation précoce

Un lien certain entre perte auditive et déclin cognitif

- La perte auditive est associée significativement avec le déclin cognitif¹.
- Pour une perte auditive légère (25 db), la baisse des performances cognitives est équivalente à celle d'une personne plus âgée de 6,8 ans².
- Le risque de démence est presque doublé (1,8) pour une perte auditive modérée, triplé pour une perte moyenne et multiplié par 5 (4,94) pour une perte sévère³.



(Hearing & Cognition – The added value of professional hearing care – Mark Laureyns)

- Les personnes âgées souffrant de perte auditive connaissent une accélération du déclin cognitif supérieure de 30 à 40%⁴.
- Une accélération de la perte de tissu cérébral est associée à la perte d'audition chez les personnes âgées⁵.

Le déficit auditif également lié aux risques de dépression, de chutes...

- La perte auditive non compensée provoque une diminution de la qualité de vie, liée à l'isolement, à une vie sociale réduite et à la sensation d'être exclu, menant à une augmentation de la prévalence de la dépression⁶.
- Même un degré modéré de baisse d'audition triple presque le risque de chuter⁷.

¹ Uhlman RF et al. Jama. 1989 Apr 7 ; 261(13) :1916-9

² Baltimore longitudinal study of aging, Neuropsychology, Lin Fr et al. 2011 Nov ;25(6) :763-70

³ Hearing Loss and Incident Dementia, Archives of Neurology, Lin Fr et al. 2011; 68 (2) : 214-220

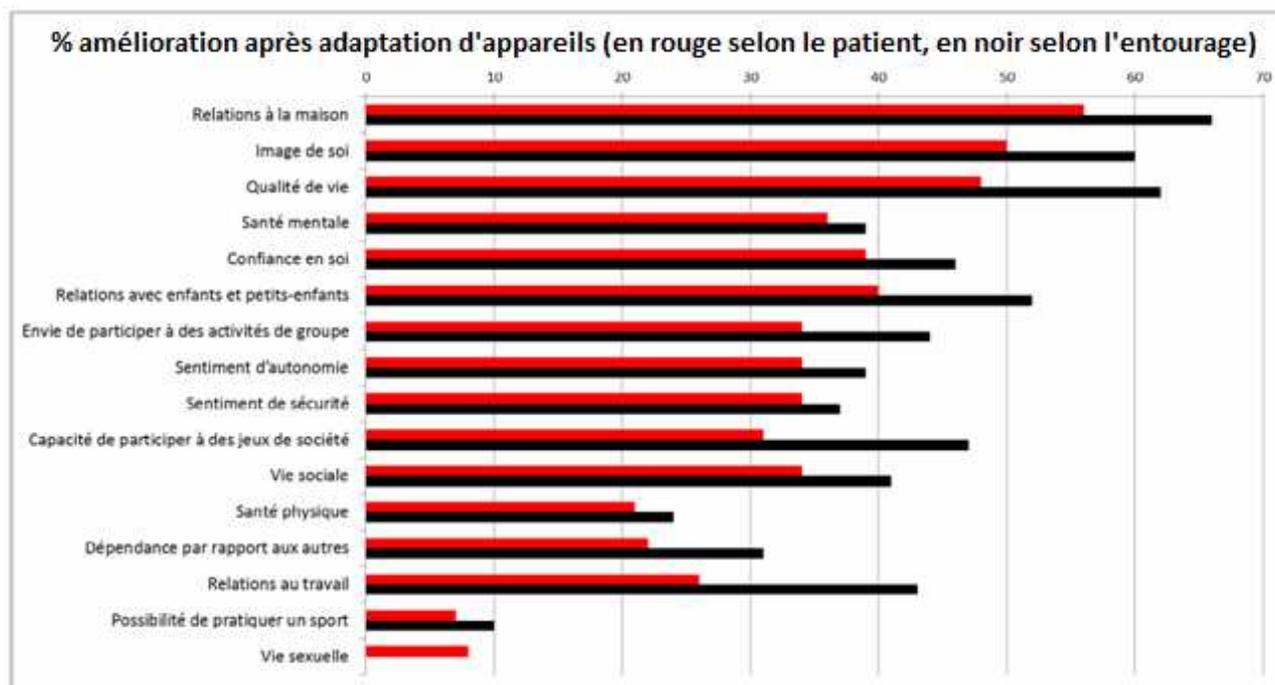
⁴ JAMA Intern Med. online January 21, 2013, Hearing Loss May Be Related to Cognitive Decline in Older Adults

⁵ Association of hearing impairment with brain volume changes in older adults, NeuroImage, Lin Fr et al. Volume 90, Apr 2014, 84–92

⁶ Hearing Loss and Depression in Older Adults, Journal of the American Geriatrics Society, D. J. Mener et al. Volume 61, 1627–1629, Sept 2013 ; Negative consequences of uncorrected hearing loss - a review, Stig Arlinger, International Journal of Audiology 2003; 42:2S17–2S20

Un rapport coût bénéfique favorable à la prise en charge des prothèses auditives

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



- La compensation de la perte d'audition a des effets bénéfiques sur la surconsommation des médicaments et dans la prévention des chutes, autre porte d'entrée dans la dépendance.

Des retours sur investissement importants et rapides en matière de dépenses de santé et de prévention de la dépendance

- Des interventions pouvant retarder la démence d'un an, pourraient faire baisser la fréquence des cas de plus de 10% d'ici 2050, selon le rapport 2009 réalisé par Alzheimer's Disease International, la fédération internationale des associations relatives à la maladie d'Alzheimer⁸.
- Etienne Caniard, président de la Mutualité Française : « *On parle toujours de la prévention en santé* » où « *les retours sur investissements sont lents* ». « *On parle beaucoup moins de prévention dans la dépendance, domaine où les retours sur investissements sont pourtant beaucoup plus rapides. Il est extrêmement facile de retarder de quelques mois l'entrée en dépendance* ». « *Nous travaillons (...) sur les dispositifs de détection et de prévention des risques, essentiellement la vue et l'audition.* »⁹
- « *Plus globalement et selon des évaluations internationales, on peut estimer jusqu'à 40% d'économies en termes de coûts pour le système de santé, les conséquences d'une dynamique préventive.* »¹⁰
- La Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) cite ainsi une étude européenne alertant sur le coût d'une perte d'audition non traitée : 473 euros par personne et par an¹¹.

⁷ Hearing loss and falls among older adults in the United States, Lin F, Ferrucci L. Arch Intern Med 2012; 172: 369-371. Hearing as a predictor of falls and postural balance in older female twins, Viljanen A, Kaprio J, Pyykkö J, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2009; 64(2):312-317

⁸ Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2009. In: Prince M, Jackson J, eds. London, England: Alzheimer's Disease International; 2009

⁹ <http://www.nile-consulting.eu/drop/1-420.pdf>

¹⁰ How Intermountain trimmed health care costs through robust quality improvements efforts. Health Affairs (Millwood). Brent C J., Savitz L A. 2011 ; 30 (6), p. 1185-1191. Cité dans « Agirc-Arrco - Orientations prioritaires de l'action sociale 2014-2018 »

¹¹ "Evaluation of the Social and Economic Costs of Hearing Impairment", October 2006, by Bridget Shield for Hear-it AISBL

2 septembre 2015

L'utilisation d'appareils auditifs évite le sur-déclin cognitif constaté chez les malentendants âgés

Le déclin cognitif une des principales causes de dépendance chez la personne âgée

- De nouvelles études mettent en évidence que le sur-déclin cognitif constaté chez les malentendants est « effacé » en cas d'utilisation d'appareils auditifs.
- En France, sur les trois millions de personnes « appareillables », on estime à un million le nombre de personnes non équipées.
- Dans un contexte de vieillissement démographique, la prise en charge du déficit auditif doit devenir une priorité de santé publique afin de limiter l'augmentation du nombre de personnes dépendantes.

Etude INSERM sur la cohorte PAQUID : le déclin cognitif des personnes appareillées est similaire à celui des normo-entendants

- Lors du Congrès UNSAF d'avril 2015, le Pr Hélène Amieva, de l'Unité INSERM 897 « Epidémiologie et Biostatistiques » de Bordeaux, a présenté en exclusivité son étude effectuée sur la cohorte PAQUID.
- Celle-ci indique que, si le déclin cognitif est bien accéléré chez les malentendants non appareillés (par rapport au groupe contrôle), **le déclin cognitif des personnes appareillées est quant à lui similaire à celui des personnes normo-entendantes.** « *Ces résultats sont en faveur de la prise en charge et du dépistage de l'audition* », a déclaré le Pr Amieva lors de sa présentation¹.
- Et elle concluait : « *Avec d'autres stratégies de prévention telles que l'exercice physique, un régime alimentaire de type méditerranéen, le maintien d'une bonne audition devrait figurer parmi les stratégies de "vieillesse réussie" à promouvoir* ».

Des résultats confirmés par une étude américaine publiée en mai 2015 dans « *American Journal of Epidemiology* »²

- La revue « *ORL - Pneumo - Allergo Pratique* » de juin 2015 a commenté l'étude :
« *Les auteurs mettent (...) en avant des explications plus convaincantes en particulier que la perte auditive, par l'isolement social, la solitude et les troubles attentionnels qu'elle entraîne, constituerait un facteur déclenchant ou aggravant des troubles neurologiques.*
Le fait que les patients appareillés présentent une évolution moins rapide et proche de celle observée chez les normo-entendants, vient corroborer cette hypothèse de façon décisive. »
- Dans l'article consacré à l'étude et intitulé « *La surdité favorise le déclin cognitif des seniors* », le magazine « *Sciences et avenir* » a écrit :
« *plus la perte auditive est importante, plus le déficit cognitif est grand. Et ce, en tenant compte de facteurs de risque comme la dépression. Mais le port d'une prothèse auditive en cas de surdité modérée à sévère a permis de maintenir ce déficit cognitif au niveau de celui des sujets ayant une audition normale* »³.

¹ Amieva H, Ouvrard C, Giulioli C, Meillon C, Rullier L, Dartigues JF. Self-Reported Hearing Loss, Hearing Aids, and Cognitive Decline in Elderly Adults: A 25-Year Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2015 in press.

Voir aussi : <http://www.edp-audio.fr/actualites/recherche/4542-les-aides-auditives-freinent-le-declin-cognitif-du-a-la-presbycousie>

² Deal JA et al. Hearing impairment and cognitive decline: a pilot study conducted within the atherosclerosis risk in communities neurocognitive study. *American Journal of Epidemiology*, 2015 ; 181 : 680-90.

<http://aje.oxfordjournals.org/content/181/9/680.abstract>

³ <http://www.sciencesetavenir.fr/sante/20150624.OBS1428/la-surdite-favorise-le-declin-cognitif-des-seniors.html>

27 août 2015

Eléments sur les coûts économiques et sociaux des déficits auditifs non appareillés en France

En France, au moins 1 million de personnes à équiper en appareils auditifs

- Notre pays compte 6 millions de malentendants dont 2,5 à 3 millions devraient être équipés¹. Seuls environ 1,9 millions le sont effectivement
- Sur les environ 1 million « d'appareillables », nous estimons que environ 40% ne le sont pas pour des raisons principalement économiques (trop faible prise en charge obligatoire et complémentaire) et 60% pour des raisons surtout psychologiques (stigmatisation, manque d'information)

Etude Shield² : un déficit auditif modéré coûte 2 200€ par an, un déficit moyen 6 600€, un déficit sévère 11 000€

- « Une évaluation des coûts économiques et sociaux des déficits auditifs dans la population européenne a été réalisée par Bridget Shield³. Sur la base de l'estimation à 44 000€ de la valeur d'une année de « pleine qualité de vie » (European commission Environnement DG, 2003), les coûts liés aux déficits auditifs s'élèveraient, hors coûts de prothèses auditives, à 7 milliard d'euros en France (224 milliards en Europe). »⁴
- Une estimation prudente de 2 200€ pour le million de personnes non équipées représente à elle seule 2,2 milliards d'euros par an en France

Impact du déficit auditif sur la qualité de la vie des adultes âgés

- « Based on the average gain in hearing-related QoL, the outcome per year after the intervention could range from €1333 to €3889. »⁵

De nouvelles études laissent présager des coûts bien supérieurs en lien avec la dépendance

- Des études récentes ont montré que l'utilisation d'appareils auditifs prévient le sur-déclin cognitif constaté chez les malentendants âgés⁶
- En effet, dès une perte auditive légère (25 db), la baisse des performances cognitives est équivalente à celle d'une personne plus âgée de 6,8 ans⁷
- Dans un rapport britannique publié en janvier 2015 et intitulé « *The Real Cost of Adult Hearing Loss* »⁸, on peut lire : « Bien que ce rapport soit rédigé dans le contexte du Royaume-Uni, les questions soulevées ont des implications mondiales. Le rapport explore les conséquences sanitaires à long terme de la perte auditive et de la surdité, sur la personne et la société ». « Nous estimons prudemment le fardeau économique de la perte d'audition à 30 milliards de £ par an au Royaume-Uni. Ce chiffre inclut tous ceux qui ont une perte auditive, quel qu'en soit le niveau, et qu'ils utilisent des technologies auditives ou pas ».

¹ Rapport IGAS, avril 2013, « Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées »

² Citée par la DREES, février 2014, « Vivre avec des difficultés d'audition »

³ Rapport Hear-it, octobre 2006, « Evaluation of the social and economic costs of hearing impairment », Shield B.
http://french.hear-it.org/multimedia/Hear_It_Report_October_2006.pdf

⁴ Rapport AFSSET, août 2007, « Étude d'impact sur les coûts que représentent pour l'Assurance maladie certaines pathologies liées à la pollution »

⁵ Ciorba A, Bianchini C, Pelucchi S, Pastore A. « The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. Clin Interv Aging ». 2012;7(6):159-63.
doi: 10.2147/CIA.S26059

⁶ Note Unsaf, L'utilisation d'appareils auditifs prévient le sur-déclin cognitif constaté chez les malentendants âgés

⁷ Baltimore longitudinal study of aging, Neuropsychology, Lin Fr et al. 2011 Nov ;25(6) :763-70

⁸ Archbold S, Lamb B, O'Neill C, Atkins J (2014) The real cost of adult hearing loss: Reducing its impact by increasing access to the latest hearing technologies. Ear Foundation. <http://www.earfoundation.org.uk/research/current-research/the-real-cost-of-adult-hearing-loss>

2 septembre 2015

Audioprothésiste : un métier opérateur-dépendant

Le rôle unique de l'audioprothésiste dans l'accompagnement du patient

- L'IGAS¹ rappelle que « *Sont notamment des aides techniques en même temps que des dispositifs médicaux, les audioprothèses* ». « *L'aide technique n'est pas un bien de consommation, mais une aide visant à compenser et aussi à prévenir une perte d'autonomie.* »
- Elle poursuit : « *les médecins prescripteurs de par la loi de l'appareillage ne sont tenus que de fournir une prescription attestant du besoin d'appareillage. Ils ne font pas une prescription permettant de choisir et d'adapter une audioprothèse [...]. En effet ce choix que l'on peut nommer préconisation relève d'une compétence qu'ils n'ont pas : il s'agit d'une connaissance des appareils disponibles d'une part, du choix à faire selon le type de déficience et l'environnement sonore de la personne, mais aussi du réglage* »².
- L'IGAS souligne qu'« *aucun professionnel, sauf l'audioprothésiste, n'est compétent pour effectuer cette opération de préconisation, essai, accompagnement* ». « *Le choix de la prothèse est donc laissé aux seules mains de l'audioprothésiste et ne pourrait être contrôlé que par un professionnel disposant de la même compétence.* »
- Que choisir a ainsi souligné en 2009 l'importance du « *rôle de l'audioprothésiste dans la réussite de l'appareillage* ».
- « *Même le meilleur appareil auditif du marché ne donnera pas satisfaction, s'il n'est pas bien adapté par un professionnel.* »³

Une population française parmi les plus satisfaites du monde quant à l'utilisation d'audioprothèses

- D'après l'enquête internationale EuroTrak 2009, le taux de satisfaction des malentendants en France (86%) est nettement supérieur que celui de l'Allemagne (72%) ou au Royaume-Uni (77%).

	% who state with hearing aid is better		
			
Communicate more effectively	67%	68%	79%
Social life	53%	57%	74%
Relationships at home	47%	53%	71%
Ability to participate in group activities	58%	60%	68%

TABLE 5. Selected statements on the positive impact of hearing aids on quality of life (sum of "% better" + "% a lot better"). Statements chosen were the top-4 in France. ⁴



- En 2012, cette enquête élargie à 7 pays a de nouveau confirmé les bons résultats Français (80%), deuxième après la Suisse (84%), suivent l'Allemagne (77%), le Royaume-Uni (72%), la Norvège (72%), l'Italie (70%) et le Japon (36%).

¹ Rapport IGAS établi par Philippe Blanchard, Hélène Strohl-Maffesoli, Bruno Vincent, *Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées*, avril 2013

² En annexe : exemples de prescriptions ORL d'appareillage auditif

³ The Hearing Journal, *Reducing hearing aid cost does not influence device acquisition for milder hearing loss, but eliminating it does*, mai 2011

⁴ The Hearing Review, *EuroTrak I: A Consumer Survey About Hearing Aids in Germany, France, and the UK*, février 2011

Une adaptation et un suivi personnalisé pour chaque patient

- Depuis 1967⁵, l'audioprothésiste, qui procède à l'appareillage des déficients de l'ouïe, fait le choix, l'adaptation, la délivrance et le suivi pendant toute la durée de vie de l'appareillage, d'environ 5 ans.
- Lors d'un premier rendez-vous, l'audioprothésiste interroge le patient sur sa perte auditive et ses antécédents ; il réalise également des tests d'audiométrie afin d'évaluer la gêne subie de manière précise. L'importance et le type de la perte auditive, les éventuels antécédents ORL, les particularités individuelles, ainsi que les attentes du patient nécessitent une prise en charge unique et attentive.
- Tous ces paramètres orientent le choix des appareils, parmi des centaines de modèles disponibles, puis l'édition du devis.
- Une période d'essai de plusieurs semaines est ensuite indispensable à la rééducation des aires auditives cérébrales, souvent sous stimulées depuis des années. Elle permet également de rassurer et d'accompagner le patient dans son apprentissage de l'appareil et son acceptation psychologique⁶.
- Lorsque l'appareil est délivré, son adaptation physique et acoustique est contrôlée, puis un suivi pour la rééducation auditive et le réajustement de l'appareil est planifié. Le compte-rendu médical est ensuite adressé au prescripteur.
- Puis, pendant toute la durée de vie de l'appareillage, il est prévu par la LPPR « *un suivi biannuel selon les besoins du patient* ». Ce suivi est indispensable pour l'entretien du matériel mais aussi pour les réglages car l'audition des malentendants continue à évoluer et nécessite de réguliers ajustements, d'où l'importance de bien connaître son patient et le matériel adapté initialement.

Malgré une vive concurrence, une disparité importante de l'activité des centres d'audioprothèse

- Une extraction IDS-UNSAF des données SNIIRAM pour 2011 montre que, sur les 3600 centres d'audioprothèse, les 25% plus importants génèrent 60% de l'activité.
- Ainsi 50% des centres les plus modestes, soit environ 1800, dont l'intérêt est pourtant d'offrir une offre diversifiée, ne parvient cependant à générer que 15% de la dépense présentée au remboursement.

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

Un métier non « automatisable » car fortement opérateur-dépendant

- Des chercheurs d'Oxford ont étudié 702 professions aux Etats-Unis et concluent que l'automatisation y met en péril 47 % des emplois⁷.
- En reprenant la méthodologie de cette étude, le cabinet Roland Berger a calculé la probabilité d'automatisation de plus de 600 métiers dans les prochaines années. Dans le domaine de la santé, parmi les rares professions présentant une probabilité d'automatisation de 0% on trouve notamment chirurgien-dentiste, médecin, chirurgien et audioprothésiste⁸.

⁵ Article L4361-1 du CSP « *Est considérée comme exerçant la profession d'audioprothésiste toute personne qui procède à l'appareillage des déficients de l'ouïe. Cet appareillage comprend le choix, l'adaptation, la délivrance, le contrôle d'efficacité immédiate et permanente de la prothèse auditive et l'éducation prothétique du déficient de l'ouïe appareillé. La délivrance de chaque appareil de prothèse auditive est soumise à la prescription médicale préalable et obligatoire du port d'un appareil, après examen otologique et audiométrique tonal et vocal.* »

⁶ Non prévue par la législation mais proposée par la plupart des professionnels

⁷ Frey, C. B., Osborne, M. A. *The future of employment: how susceptible are jobs to computerisation*, Oxford Martin School, 2013. http://www.oxfordmartin.ox.ac.uk/downloads/academic/The_Future_of_Employment.pdf

⁸ Le Point, *Les métiers qui vont bien résister à l'automatisation (et les autres)*, 3 juillet 2014

Annexe : exemples de prescriptions ORL d'appareillage auditif

DOCTEUR
 ANCIEN INTERNE
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

75006 PARIS
 (METRO)
 TEL.

Paris, le 16/05/2014

Monsieur [redacted] ierry
 Parcours de soin Hors parcours de soin

APPAREILLAGE AUDITIF BILATERAL

[Signature]

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est
 EN CAS D'URGENCE : - GARDE ORL LIBERALE : 01 43 56 22 25
 - OU URGENCES ORL 24H/24 : ENFANTS : HOPITAL NECKER
 ADULTES : HOPITAL LARIBOSIERE

DOCTEUR
 ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 EXPLORATIONS FONCTIONNELLES
 DE L'OREILLE INTERNE
 MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BIOTHÉRAPIQUE
 MEMBRE DE L'INSTITUT EUROPÉEN DE MICRONUTRITION
 N° RPPS


75015 PARIS
 TÉL. :
 SUR RENDEZ-VOUS

2-5-2016

Appareillage auditif bilatéral

9628051001
 N° AM

 MEMBRE D'UNE ASSOCIATION DE GESTION AGRÉÉE, LE RÉGLEMENT DES HONORAIRES PAR CHÈQUES EST ACCEPTÉ.

3 juin 2014

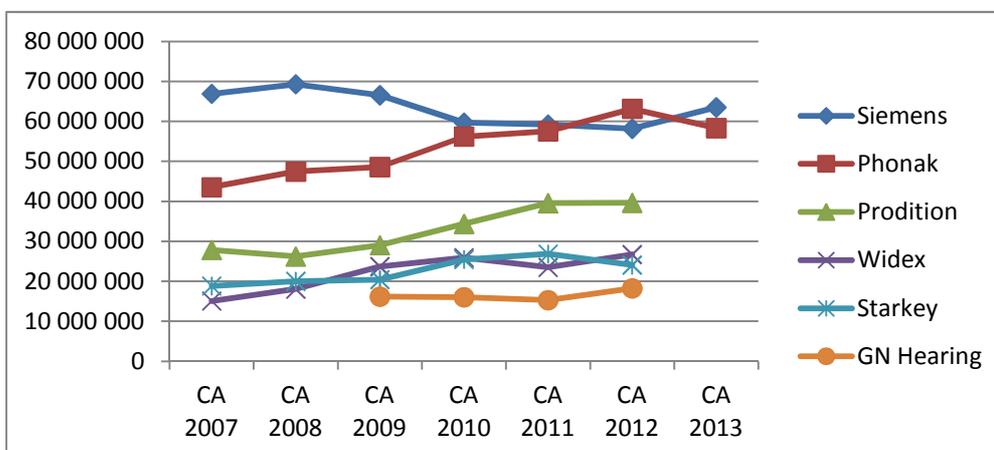
Une forte concurrence dans le secteur de l'audioprothèse

Les appareils auditifs ne sont pas des biens de consommation mais des « biens de nécessité »

- L'IGAS¹ rappelle que l'audioprothèse n'est pas « *un bien de consommation [...] mais une aide visant à compenser et aussi à prévenir une perte d'autonomie* » et qu'« *aucun professionnel, sauf l'audioprothésiste, n'est compétent pour effectuer cette opération de préconisation, accompagnement* ».
- Le rapport « Appareils auditifs en Belgique » souligne qu'il « *importe de comprendre que la demande est relativement inélastique au prix, car les appareils auditifs sont perçus comme des biens de nécessité.* »²
- Aux Etats-Unis également, il a été constaté que « *la seule diminution du coût des appareils auditifs, même de 40%, n'accroît pas le taux d'acquisition.* »³
- Les audioprothésistes doivent en effet s'adapter à un patient « complexe » et savoir fournir un équipement que les patients appréhendent (freins psychologiques, peur de la stigmatisation, fort reste à charge) et dont les bénéfiques ne sont appréciés que plusieurs semaines après le début de l'utilisation.
- La phase de distribution ne peut être considérée comme de la « distribution pure » ; il s'agit avant tout d'un service adapté et personnalisé. L'appareillage implique d'abord plusieurs rendez-vous avec le patient (tests auditifs, fabrication de l'embout ou de la coque, réglages), puis, après la délivrance de la prothèse, le patient est suivi pour vérifier l'adaptation et effectuer des ajustements réguliers.

Une concurrence intensive dans la fabrication d'audioprothèses

- L'industrie de la fabrication d'aides auditives est très compétitive avec la présence de plusieurs acteurs internationaux (Sonova-Phonak, William Demant-Prodition, Siemens, Starkey, Widex et GN Hearing). Ces sociétés se différencient par le design, la miniaturisation et l'innovation, au bénéfice des patients.
- En tant que clients de leurs filiales françaises, notre perception est qu'une forte concurrence est établie. Les chiffres d'affaires entre 2007 et 2012 prouvent ainsi une évolution de leurs parts de marché.



(Source : www.societe.com)

¹ Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, rapport IGAS établi par Philippe Maffesoli Blanchard, Hélène Strohl-, Bruno Vincent, avril 2013

² Rapport « Appareils auditifs en Belgique », KCE reports 91B, 2008

³ Reducing hearing aid cost does not influence device acquisition for milder hearing loss, but eliminating it does, The Hearing Journal, Mai 2011

Une forte concurrence dans la « distribution » d'aides auditives

- En France, le secteur est très fragmenté. Les indépendants représentent environ 60%, dont 30% sous enseigne (Entendre, Audition Conseil, Audio 2000...). Viennent ensuite l'acteur mondial Amplifon, 11% et l'acteur national, Audika, 11%, puis le réseau de la FNMF, Audition Mutualiste, qui représente 10%.
- *Les Echos* évoquent une « pression concurrentielle » : « Comment expliquer que les enseignes leaders sur le marché français, Audika et Amplifon, aient toutes deux réalisé un exercice 2013 médiocre, avec un chiffre d'affaires en recul de 5 % pour le premier (...) ? Tout d'abord, la pression concurrentielle (...) D'autre part, même si les enseignes affirment que le prix n'est pas le premier frein à l'appareillage - ce serait d'abord le refus de s'équiper d'un appareil réservé (...) aux « vieux » - la perte de pouvoir d'achat des Français a un impact non négligeable. »⁴
- *Le Monde* en montre les aspects : « Dans la guerre des appareils auditifs, Audika (...) s'y est fait dépasser en 2013 par son grand rival, l'italien Amplifon. (...) Ce chassé-croisé est une preuve de plus de la concurrence très vive qui règne dans ce domaine. (...) Attirés par la perspective du « papy-boom », de plus en plus d'intervenants tentent leur chance sur ce marché. Quelques 200 nouveaux centres ouvrent chaque année, soit 6 % à 7 % de hausse par an. Parmi eux, beaucoup d'indépendants, mais aussi des opticiens comme Alain Afflelou ou Optical Center, qui installent des « coins audition ». »⁵
- L'IGAS souligne que « les distributeurs français pratiquent (...) des prix hauts de gamme plutôt faibles comparativement aux autres pays. »⁶

« La spécificité des missions de santé interdit que le droit de la concurrence en devienne le seul régulateur »⁷

- En 1963, Kenneth Arrow établit le caractère économique des activités de soins, et attire l'attention sur l'« asymétrie d'information entre le consommateur de services et le professionnel offreur de services ». Celle-ci implique une demande « peu sensible aux variations tarifaires », même lorsque ces marchés sont libres. Ainsi, « la détermination d'un état de santé étant difficile et subjective, (...) les soins sont ainsi considérés comme des biens de confiance. (...) La relation de confiance qui se noue entre l'offreur et le demandeur de soins empêche un comportement de négociation pure, et un ajustement par les prix »⁸.
- Les critères économiques que sont l'asymétrie d'information, la réputation et la relation de confiance s'appliquent également au secteur de l'audioprothèse.
- « Les mécanismes de la concurrence ne peuvent jouer comme sur d'autres marchés, sans risquer de détériorer une certaine qualité dans les produits et prestations de santé. C'est la raison pour laquelle si le droit de la concurrence doit régir ce domaine, il ne peut le faire seul. L'intervention de l'État demeure la règle dans un secteur faiblement harmonisé au niveau communautaire. »⁹

La nécessité d'une négociation des tarifs pour un accès équitable aux appareils d'entrée de gamme

- « Les vertus de la concurrence (...) ne permettent pas de réguler des activités d'intérêt général, qui doivent bénéficier à l'ensemble de la population dans les conditions fixées par les autorités politiques. (...) L'encadrement des tarifs est ainsi une obligation dans tous les systèmes de protection sociale. »¹⁰
- Le rôle de l'Etat demeure ainsi primordial pour garantir à chaque usager du système de santé un accès équitable au service d'un audioprothésiste, au titre de la santé publique. C'est dans ce cadre que l'UNSAF propose aux pouvoirs publics un conventionnement national et la mise en place de tarifs négociés pour des appareils d'entrée de gamme accessibles au plus grand nombre.
- L'UNSAF souligne qu'une prestation comprenant un équipement haut de gamme relève d'un choix personnel du patient, où la concurrence par le prix, l'innovation et la qualité des services seront bénéfiques au patient.

⁴ Les Echos, Les prothèses auditives pénalisées par la crise, 19 mars 2014

⁵ Le Monde, Audika détrôné par Amplifon sur le marché français des appareils auditifs, 11 mars 2014

⁶ Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, op. cit.

⁷ Etude thématique « Droit de la concurrence et santé », Rapport annuel 2008 de l'Autorité de la Concurrence

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

¹⁰ Didier Tabuteau, Démocratie sanitaire, Odile Jacob, septembre 2013

3 septembre 2015

Évolution du nombre d'audioprothésistes de 2000 à 2014

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

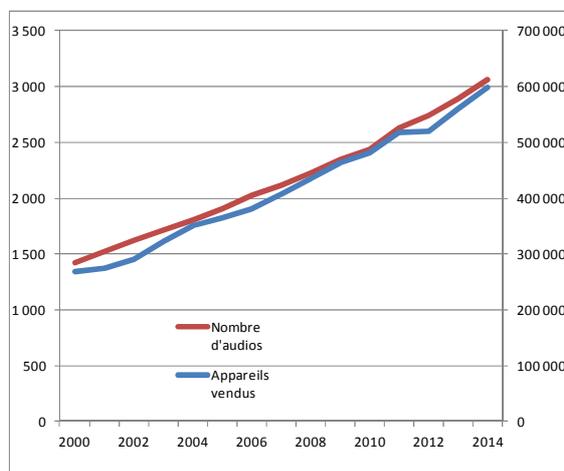
- Titulaire d'un Diplôme d'Etat, l'audioprothésiste est un professionnel de santé dont la formation comprend l'anatomie et la physiologie de l'oreille, l'électronique, l'audiologie, l'informatique, la psychologie des malentendants...
- Formation en 3 ans dispensée après un concours d'entrée dans 7 centres d'enseignement publics : Paris, Lyon, Montpellier, Nancy, Fougères, Cahors et Bordeaux.
L'arrêté du 15 juillet 2015¹ a fixé à 199, le nombre d'étudiants à admettre en première année, au titre de l'année 2015-2016.

L'évolution du nombre d'audioprothésistes est équivalente à celle des appareils délivrés

- Selon la DREES, le nombre d'audioprothésistes est de 3 064 au 1^{er} janvier 2015.
Hausse de 115% depuis 2000 (de 1422 à 3064).

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

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



Comparaisons européennes pour l'année 2011

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

Source : Audio Infos

¹ Publié au Journal officiel le 19 août 2015 :
<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/7/15/MENS1516817A/jo/texte>

