



## Faciliter l'accès à l'audioprothèse

Le déficit auditif est une question de santé publique, tant par ses causes que par ses effets. En dehors de cas particulier, l'appareillage apparaît comme la solution la plus courante aujourd'hui. Le laboratoire d'appareillage occupe une place particulière dans l'offre de soins : délivrance, adaptation, installation et suivi de l'installation y sont réalisés. Il subsiste cependant des restes à charge élevés pour un trop grand nombre de personnes malgré les efforts conduits dans certains réseaux de soins assurantiels. La récente autosaisine de l'Autorité de la concurrence justifie la présente position publique du Collectif interassociatif sur la santé.

### Le déficit auditif : un problème de santé publique

Selon l'enquête déclarative EuroTrack 2015, 9,3% de la population soit plus de 6 millions de personnes déclarent présenter un déficit auditif.

Des mesures facilitent l'accès à ces équipements aux personnes bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Des initiatives locales, comme c'est le cas dans la Manche dans le cadre d'un partenariat entre l'ADMS Manche, la CPAM et l'Unsaf, permettent également aux personnes en situation de bas revenus de disposer d'une prise en charge spécifique. Ces mesures sont essentielles mais insuffisantes puisqu'à ce jour **si 2 millions de personnes sont équipées, 3 millions devraient l'être, 1 million y renoncent donc encore<sup>1</sup>.**

Chez la personne âgée, le risque de démence est presque doublé dès une perte auditive modérée. « La perte d'acuité auditive est aussi un facteur de risque de chute. Une audition modérément altérée serait associée à un risque de chute multiplié par trois. Ces données renforcent l'intérêt d'un appareillage précoce chez le sujet âgé quand cela est nécessaire. »<sup>2</sup>

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

---

<sup>1</sup> « Impact économique du déficit auditif en France et dans les pays développés », Revue de littérature, Jean de Kervasdoué et Laurence Hartmann, Conservatoire national des arts et métiers, Mars 2016, p 5.

<sup>2</sup> Expertise collective INSERM, « Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées », 27 novembre 2014.

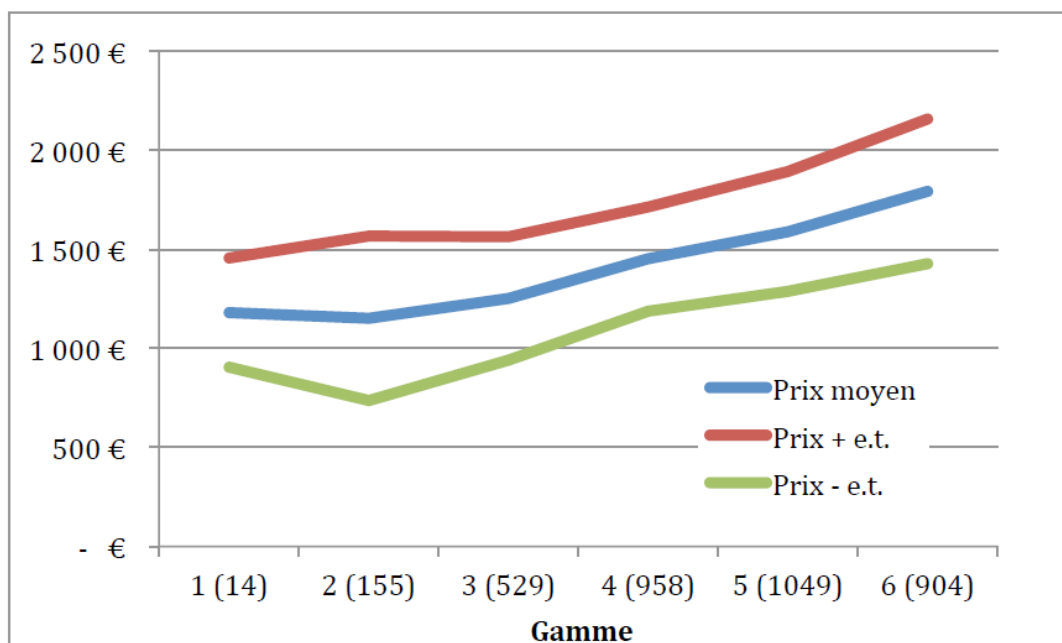
## L'appareil auditif dans le parcours de soins

- Le médecin ORL établit le diagnostic et, sauf si la baisse d'audition relève d'un traitement médical ou chirurgical, celui-ci prescrit une réhabilitation par des appareils auditifs.
- L'audioprothésiste procède à l'appareillage, choisit le type d'appareil, l'adapte et le délivre et assure le suivi pendant la durée de vie de l'appareil (environ 5 ans). Cet accompagnement mobilise jusqu'à 20 heures de travail effectué par l'audioprothésiste. De la qualité de ce suivi dépendent la satisfaction et, dans une certaine mesure, l'adhésion du patient.

L'audioprothésiste n'est donc pas seulement chargé de vendre un dispositif médical en appliquant sa marge, il réalise un travail d'expertise incluant l'adaptation, l'éducation thérapeutique du patient, le suivi personnalisé du patient et l'utilisation de son plateau technique. Le secteur de l'audioprothèse est « opérateur-dépendant » : l'utilisateur est en effet très lié au professionnel qui procède en particulier à l'appareillage et au suivi prothétique sur 4 à 6 ans. De ce point de vue, l'audioprothésiste se distingue de l'opticien qui vend une paire de lunettes (adaptation des verres sur une monture) à un client qui n'a ensuite plus besoin de revenir, sauf pour acheter une nouvelle paire de lunettes.

## Prise en charge et reste-à-charge

Le coût moyen d'une audioprothèse est de 1 600 euros<sup>3</sup> (Bas de gamme : 1 150 euros, Gamme moyenne : 1 450 euros, Haut de gamme : 1 800 euros)



Note : entre parenthèses : taille de l'échantillon. et. = écart type

Source : Rapport pour l'Observatoire citoyen du reste-à-charge, 20 novembre 2014, données issues de 3600 devis recueillies par un groupement d'assurances.

<sup>3</sup> Pour une oreille, et 1535 euros selon la revue de littérature précitée, Ibid 1, p. 6.

Ce coût comprend :

- l'appareil
- la prestation initiale (analyse, adaptation de l'appareil et les réglages)
- le suivi prothétique sur la durée de vie de l'appareil, généralement de 4 à 6 ans

L'Assurance maladie rembourse 120 euros par oreille. Les bases de la prise en charge sont figées depuis 1986. Les OCAM remboursement 350 euros en moyenne.

Pour les personnes de moins de 20 ans, la base de remboursement est de 1 400 euros et le remboursement s'effectue à hauteur de 60% soit 840 euros.

Pour les personnes de plus de 20 ans, l'Assurance maladie finance 60% de 199,71 euros par oreille soit 119,83 euros.

Depuis mai 2014, les bénéficiaires de la CMU-c bénéficient d'un remboursement de 700 euros par oreille avec une offre générique chez tous les audioprothésistes (appareils de classe C, garantis 4 ans, renouvellement tous les 4 ans minimum).

Dès 1 250 euros environ, tous les malentendants pourraient bénéficier de solutions discrètes, garanties 4 ans et plus bien efficaces qu'il y a 10 ans selon l'UNSAF.

Ainsi, même s'il existe à l'adolescence ou à l'âge adulte des situations qui nécessitent un équipement, ce sont les plus âgés qui sont massivement écartés de l'accès à l'audioprothèse en raison du niveau de leurs revenus<sup>4</sup>.

## Comparaisons avec les pays voisins

### ▪ Modèles européens

Au Royaume-Uni, en Norvège et au Danemark, à côté d'un secteur privé dont la part de marché est très minoritaire, les services publics fournissent un choix limité d'appareils et un suivi avec un reste-à-charge nul pour le patient.

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

---

<sup>4</sup> La retraite moyenne en France se situant autour de 1 300 euros.

L'Allemagne présente un modèle intermédiaire où reste-à-charge et liberté de choix se positionnent à un niveau moyen : les patients peuvent opter pour un appareil auditif de base sans reste-à-charge ou choisir un équipement supérieur en payant la différence.

### Moyenne des prix

|                 | 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

### ▪ Moyenne de remboursement

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

Source : Rapport annuel Amplifon 2012, page 37

### ▪ Indice d'adhésion

|             | % 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                |

Les indices d'adhésion convergent dans deux groupes de pays :

- La France (6,09), l'Allemagne (6,90) et la Suisse (6,75)
- Le Royaume-Uni (3,38), la Norvège (3,13) et le Danemark (3,93).

L'efficacité de l'aide auditive dépend de l'adhésion du patient dont il apparaît qu'elle est notamment plus favorable en raison de la qualité du suivi : « Aussi, pour couvrir l'ensemble des besoins en aides auditives, une marge de progression existe en France, qui relève de l'accessibilité financière, mais une marge de progression existe aussi dans des pays où l'équipement est (quasi)-gratuit, qui est liée à l'observance des utilisateurs. Une réflexion sur les règles financières d'accès aux aides auditives ne peut donc s'affranchir d'une analyse des facteurs d'observance des utilisateurs et des arguments contribuant à leur satisfaction. <sup>5</sup> ».

<sup>5</sup> Ibid 1, p. 6.

## Les réseaux des complémentaires en audioprothèse

Les plateformes les plus présentes en audioprothèses sont :

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

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

## Février 2016 : l'autosaisine de l'autorité de la concurrence

L'Autorité de la concurrence a indiqué, le 10 février dernier, qu'elle se saisit pour avis de la situation du marché de l'audioprothèse.

Elle souhaite analyser la situation et veut vérifier si les prix, qu'elle considère comme trop élevés, est le résultat d'une concurrence défailante lié notamment au *numerus clausus*, à des marges trop importantes pour les audioprothésistes ou encore si l'information des consommateurs est efficiente. En droit, l'avis ne peut pas déboucher sur une sanction. Mais l'enquête peut mettre à jour des pratiques qui pourraient par la suite donner lieu à des enquêtes pour entente, qui elles peuvent être sanctionnées.

L'Autorité veut ainsi vérifier que les distributeurs d'audioprothèses ne sont pas soumis à la dépendance économique des fournisseurs, notamment les audioprothésistes indépendants.

Elle constate enfin que peu de Français ont recours à l'audioprothèse, probablement en raison des niveaux de prix pratiqués dans ce secteur.

## Propositions de l'UNSAF

La profession organisée majoritairement au sein de l'UNSAF (Syndicat national des audioprothésistes) a établi des propositions pour améliorer l'accès aux audioprothèses :

- **Création d'une offre d'accessibilité dotée d'un prix limite de vente**, disponible chez tous les audioprothésistes, à environ 1 250 euros (- 250 euros / prix moyen actuel), prise en charge par l'Assurance maladie tous les 4 ans (sauf raisons médicales).
- **Prise en charge nette de l'Assurance maladie augmentée de 252 euros**, passant de 120 euros à 372 euros, pour un coût de 111 millions d'euros. Cette augmentation pourrait être facilitée par transferts d'autres financements (suppression de l'allocation forfaitaire annuelle de remboursement des piles, transfert des financements de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'allocation personnalisées d'autonomie (APA) vers la liste des produits et prestations remboursés par l'Assurance maladie (LPPR).

## Propositions du CISS sur le prix des dispositifs médicaux

**A l'occasion du 70ème anniversaire de l'Assurance maladie, le CISS a proposé que soit défini, pour tout dispositif médical remboursé par l'Assurance maladie (inscrit sur la Liste des Produits et Prestations Remboursés), un prix limite de vente (PLV) correspondant au tarif forfaitaire de responsabilité (base de remboursement de l'Assurance maladie)<sup>6</sup>.**

Des PLV existent, notamment pour certains dispositifs médicaux destinés à l'autosurveillance et à l'autotraitement de la glycémie.

L'objectif de cette mesure est double :

- rapprocher le régime du prix et du remboursement des dispositifs médicaux de celui du médicament pour limiter les écarts entre le prix et le niveau de prise en charge,
- limiter les restes-à-charge des personnes contraintes de s'appareiller en agissant sur les prix et sur les niveaux de remboursement par l'Assurance maladie.

---

<sup>6</sup> 70 ans de la Sécurité sociale, L'Assurance maladie n'est pas une vieille branche... Parlons de son avenir !, CISS, 2 octobre 2015.

## Propositions du CISS par améliorer l'accès aux audioprothèses

Le CISS écarte plusieurs propositions formulées par diverses parties prenantes car elles ne lui apparaissent pas de nature à favoriser l'accès aux audioprothèses :

- Les effectifs d'audioprothésistes croissent avec le volume de prescription et, hors cas particuliers, il n'est pas observé de difficultés d'accès aux laboratoires d'audioprothèse. Il convient donc de se méfier des solutions visant à libérer le *numerus clausus* dans une perspective de régulation des prix par l'augmentation de la concurrence. L'exemple désastreux de l'optique, un anti-modèle, est là pour en témoigner.
- Le découplage du bien (appareil) et du service d'audioprothèse (suivi), connue sous la terminologie « *cost-plus* » pour ses effets inflationnistes, du fait du paiement à l'acte qui en découlerait pour les consultations de suivi, aurait en outre des effets désastreux sur l'adhésion des patients qui conditionne l'efficacité thérapeutique. Une telle mesure exposerait les patients, d'un côté, au prix d'un appareil, plus ou moins bien remboursé, et de l'autre côté, au renoncement à un suivi qui ne serait pas pris en charge. Cette stratégie serait d'autant plus curieuse que la mise en place de paiement forfaitaire est recommandée pour de nombreux services de santé.

Le Collectif Interassociatif Sur la Santé estime qu'il faut, conformément à ce qu'il a déjà été amené à dire sur les dispositifs médicaux et qu'il réaffirme à cette occasion, construire une politique volontariste pour relever le défi de santé publique que constitue la perte d'audition.

### Il propose de :

1. Définir des prix limite de vente (PLV) pour tous dispositifs médicaux remboursables correspondant aux bases de remboursement de l'Assurance maladie.
2. Augmenter le taux de remboursement des audioprothèses par l'Assurance maladie.
3. Augmenter le plancher de prise en charge par les organismes complémentaires d'assurance maladie.
4. Garantir au patient, quel que soit son lieu de vie (domicile, EPHAD...) un droit au suivi sur place ou à distance.
5. Mettre en œuvre les sanctions contre les pratiques commerciales trompeuses<sup>7</sup> sur les prix de l'audioprothèse.

---

<sup>7</sup> Alors que le journal Que Choisir en janvier 2016 et le quotidien Le Parisien en mars 2016 dénonçaient les publicités mensongères, respectivement, d'Afflelou et de Optical Centre, aucune sanction n'a été appliquée.