

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 %.

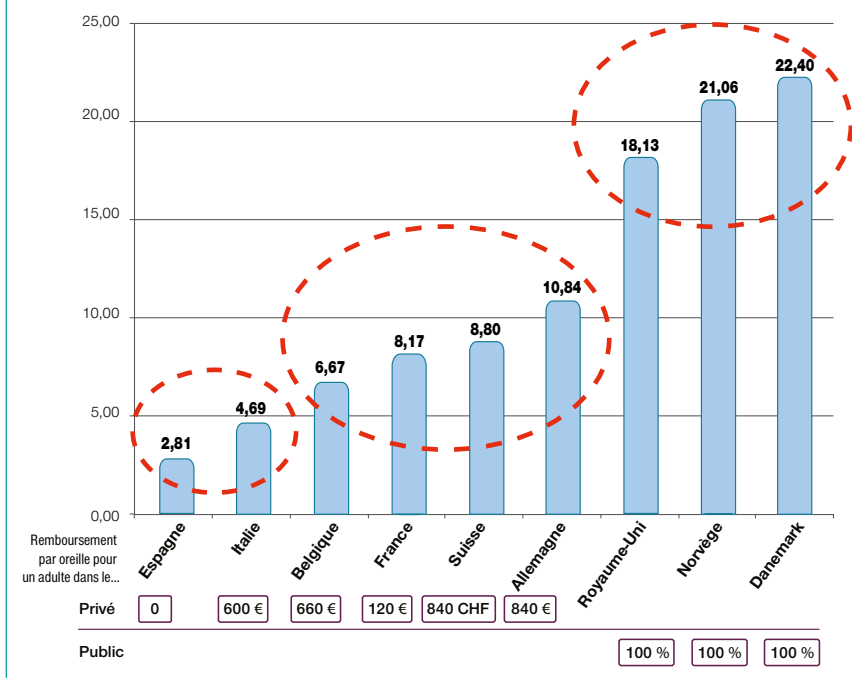
La prévalence du déficit auditif augmentant avec l'âge,

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.

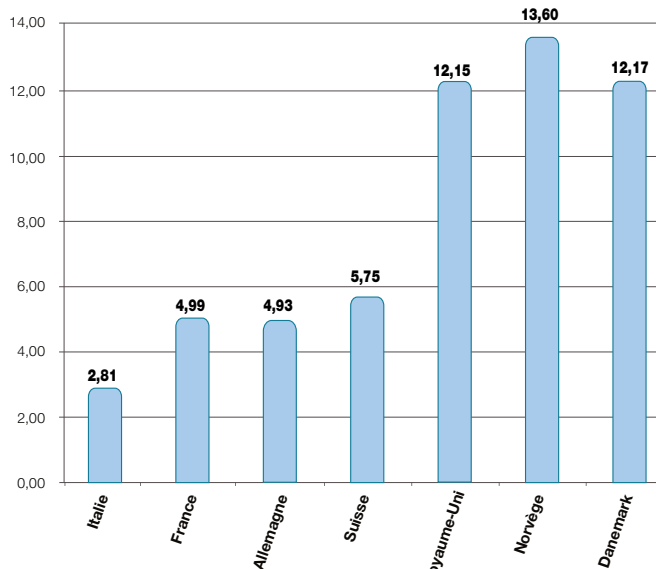
Des chiffres à mettre en perspective avec le manque de régulation publique de ce pays quant à la délivrance des appareils auditifs, ce qui favorise une forte présence de produits très bas de gamme délivrés sans le choix, l'adaptation et le suivi d'un professionnel : « 18 % des utilisateurs ont acquis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

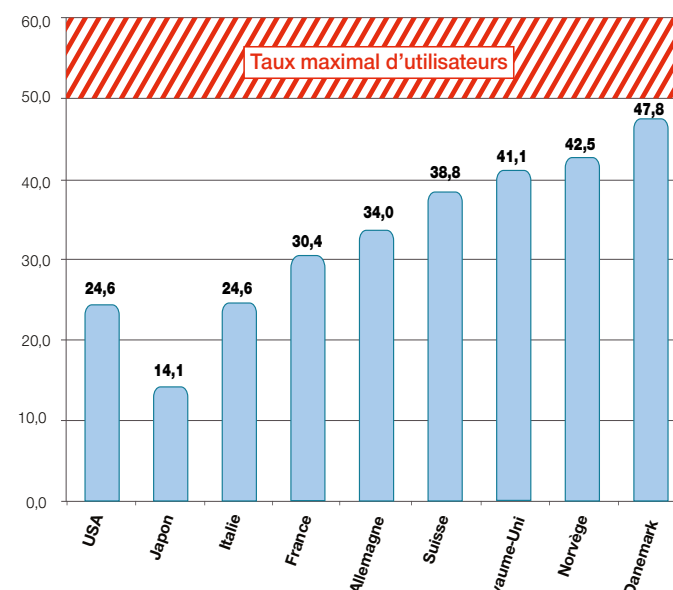
10- The Hearing Review, EuroTrak + JapanTrak 2012 - World's largest multi-country consumer survey about hearing, hearing loss and hearing aids, mars 2013.

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.

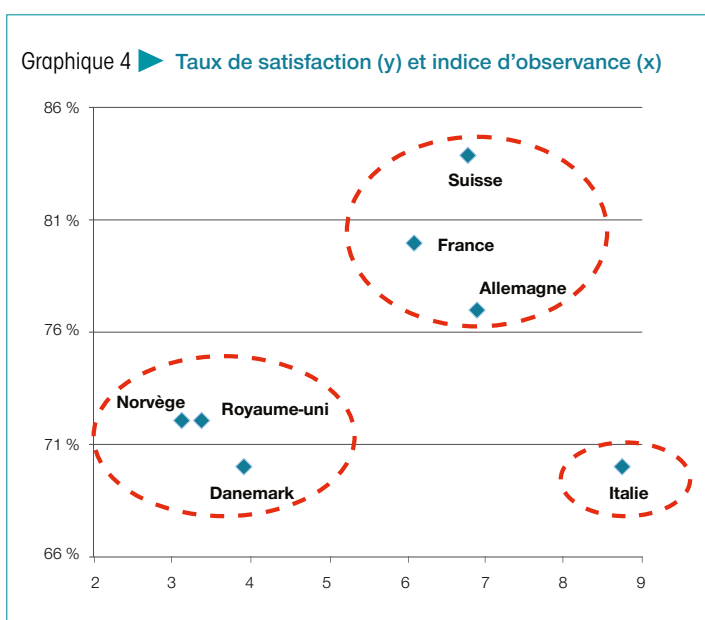
L'indice d'observance serait-il proportionnel à la satisfaction des utilisateurs ?

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/ CIA.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.