

# Évaluation de la filière auditive

Tome 2 : Annexes

**Pierre MAINGUY**  
**Louis-Charles VIOSSAT**

**Membres de l'inspection générale  
des affaires sociales**

**Amaury FLEGES**

**Membre de l'inspection générale de  
l'éducation, du sport et de la recherche**

**Avec la participation de Joachim BABA**  
**Stagiaire à l'inspection générale des affaires sociales**



INSPECTION GÉNÉRALE  
DES AFFAIRES SOCIALES

**N°2021-046R**

**IGÉSR**

INSPECTION GÉNÉRALE  
DE L'ÉDUCATION, DU SPORT  
ET DE LA RECHERCHE

**N°2021-206**

Novembre 2021



## LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Bilan de la réforme 100 % Santé dans la filière auditive
- Annexe 2 : Epidémiologie
- Annexe 3 : Acteurs de la filière auditive et audioprothèses
- Annexe 4 : Promotion, règles professionnelles et contrôle
- Annexe 5 : Parcours de soins
- Annexe 6 : Formation
- Annexe 7 : Bibliographie succincte



## SOMMAIRE

<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>3</b>
<b>ANNEXE 1 : BILAN DE LA REFORME 100 % SANTE DANS LA FILIERE AUDITIVE.....</b>	<b>11</b>
<b>1 UNE REFORME VOLONTARISTE COMPORTANT DE NOMBREUX VOLETS ET PLEINEMENT MISE EN ŒUVRE DEPUIS PEU DE TEMPS.....</b>	<b>11</b>
1.1 UNE REFORME GLOBALE ET AMBITIEUSE DE LA PRISE EN CHARGE .....	11
1.2 DES MODALITES PRECISEES EN 2018 PAR DEUX TEXTES.....	12
1.2.1 <i>La définition des principales caractéristiques des paniers de classes I et II ainsi que des modalités de pilotage de la réforme par le protocole d'accord du 7 juin 2018.....</i>	<i>13</i>
1.2.2 <i>La définition détaillée des caractéristiques techniques de la classe I et de la classe II et l'encadrement d'aspects importants du parcours de soins par l'arrêté du 14 novembre 2018.....</i>	<i>15</i>
1.3 UNE MISE EN ŒUVRE GRADUELLE QUI PREND SON PLEIN EFFET DEPUIS LE 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2021 .....	19
<b>2 UN IMPACT QUANTITATIF SUPERIEUR A CELUI QUI ETAIT ATTENDU ET UN IMPACT QUALITATIF ENCORE DIFFICILE A EVALUER .....</b>	<b>21</b>
2.1 DES VOLUMES DE VENTE ET TAUX D'APPAREILLAGE EN TRES FORTE CROISSANCE DONT ON NE SAIT PAS ENCORE ESTIMER LE CARACTERE STRUCTUREL.....	21
2.1.1 <i>Des débuts difficiles du 100 % Santé en raison d'une réduction progressive du reste à charge et de la crise Covid-19.....</i>	<i>21</i>
2.1.2 <i>Un marché et des dépenses en très forte progression depuis le début de l'année 2021 .....</i>	<i>23</i>
2.1.3 <i>Une part plus importante qu'attendu des aides auditives appartenant à la classe I.....</i>	<i>27</i>
2.1.4 <i>Une progression forte du taux d'appareillage à laquelle il convient de prêter attention .....</i>	<i>29</i>
2.2 AUCUN CHANGEMENT MAJEUR OBSERVE CONCERNANT LE PROFIL DES PATIENTS OU L'ORGANISATION DE LA FILIERE A LA SUITE DE LA MISE EN ŒUVRE DU 100 % SANTE .....	31
2.3 DES POSITIONS DES DIFFERENTS ACTEURS DE LA FILIERE QUI NE SEMBLENT PAS AVOIR EVOLUE POUR LE MOMENT .....	34
2.3.1 <i>Une part de marché des fabricants restée stable .....</i>	<i>34</i>
2.3.2 <i>Une part des prescriptions de médecins généralistes qui a augmenté.....</i>	<i>35</i>
2.4 UNE ABSENCE PROBLEMATIQUE DE DONNEES SUR L'IMPACT QUALITATIF POUR LES PATIENTS.....	35
<b>3 UNE REFORME QUI SOUFFRE ENCORE D'IMPERFECTIONS DE CONCEPTION OU DE MISE EN ŒUVRE .....</b>	<b>35</b>
3.1 DE PREMIERS CONTROLES DE LA DGCCRF SUR LA MISE EN ŒUVRE DU 100 % SANTE QUI FONT APPARAÎTRE QUELQUES LACUNES COMMUNES AU SECTEUR DE L'OPTIQUE-LUNETTERIE .....	35
3.2 LA MISE EN ŒUVRE TRES PARTIELLE ET TARDIVE DU SUIVI DES PRESTATIONS DE SUIVI .....	37
3.3 LA DIFFICILE EVALUATION QUALITATIVE DE L'IMPACT DE LA REFORME 100 % SANTE .....	41
3.4 UN REEXAMEN NECESSAIRE, AU DEUXIEME SEMESTRE 2022, DES CARACTERISTIQUES TECHNIQUES DE LA NOMENCLATURE ET DES CONDITIONS TARIFAIRES .....	41
3.4.1 <i>Un panier de classe I de très bonne qualité et qui répond aux besoins de la plupart des personnes atteintes de presbycousie.....</i>	<i>42</i>
3.4.2 <i>Les limites et les inconvénients du panier actuel.....</i>	<i>44</i>
3.5 LE NIVEAU DE REMBOURSEMENT PAR LES OCAM.....	52
3.5.1 <i>Un moindre remboursement de la classe II qui remettrait en cause la liberté de choix des patients.....</i>	<i>52</i>
3.5.2 <i>Un possible nouveau scénario de partage entre AMO et AMC pour le remboursement des audioprothèses .</i>	<i>54</i>
3.6 LES DIFFICULTES DE MISE EN ŒUVRE DU TIERS PAYANT INTEGRAL .....	55
3.6.1 <i>Un niveau d'avancement du tiers payant intégral qui est diversement apprécié.....</i>	<i>55</i>
3.6.2 <i>Les difficultés de mise en œuvre du tiers payant intégral affichées par les audioprothésistes.....</i>	<i>58</i>
<b>ANNEXE 2 : EPIDEMIOLOGIE .....</b>	<b>61</b>
<b>1 DES DEFICIENCES AUDITIVES NOMBREUSES ET COMPLEXES QUI PEUVENT ETRE TRAITEES .....</b>	<b>61</b>
1.1 DES DEFICIENCES AUDITIVES AUX ORIGINES DIVERSES .....	61
1.2 DES DEFICIENCES AUDITIVES QUI SE DISTINGUENT PAR LEUR NIVEAU DE SEVERITE .....	64

1.3	DES DEFICIENCES AUDITIVES QUI PEUVENT ETRE TRAITEES PAR DIFFERENTS MOYENS DONT LES AIDES AUDITIVES .....	67
<b>2</b>	<b>UNE PROPORTION IMPORTANTE ET CROISSANTE DE DEFICIENTS AUDITIFS .....</b>	<b>68</b>
2.1	DES DEFICIENCES AUDITIVES FREQUENTES ET FORTEMENT CROISSANTES AVEC L'AGE .....	68
2.1.1	<i>Une priorité de santé publique internationale.....</i>	68
2.1.2	<i>Des déficiences auditives très répandues en Europe .....</i>	70
2.1.3	<i>Des déficiences auditives très présentes en France .....</i>	71
2.2	UNE AUGMENTATION PREVISIBLE DES DEFICIENCES AUDITIVES, ET NOTAMMENT DE LA PRESBYACOUSIE, DU FAIT DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION .....	74
2.2.1	<i>Des déficiences auditives qui vont croître dans le monde.....</i>	74
2.2.2	<i>L'évolution des déficiences auditives et de la presbyacousie en France dans les prochaines décennies .....</i>	75
<b>3</b>	<b>DES DEFICIENCES AUDITIVES QUI CONSTITUENT UN ENJEU IMPORTANT EN MATIERE DE SANTE PUBLIQUE ET DE COUT SOCIO-ECONOMIQUE.....</b>	<b>76</b>
3.1	UN ENJEU IMPORTANT DE SANTE PUBLIQUE.....	76
3.2	DES COUTS ECONOMIQUES ET SOCIAUX ELEVES .....	78
<b>4</b>	<b>LA SURDITE, UNE DEFICIENCE QUI N'A PAS CONSTITUE JUSQU'A PRESENT UNE PRIORITE DE SANTE PUBLIQUE EN MATIERE DE DEPISTAGE ET DE PREVENTION .....</b>	<b>79</b>
4.1	UN HANDICAP SENSORIEL IDENTIFIE ASSEZ RECEMMENT COMME UNE PRIORITE DE SANTE PUBLIQUE .....	79
4.2	DES PROGRAMMES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE QUI ONT DONNE LA PRIORITE A LA SURDITE NEONATALE, AUX SURDITES PROFESSIONNELLES ET A L'EXPOSITION AU BRUIT MAIS PAS A LA PRESBYACOUSIE .....	81
4.2.1	<i>Le dépistage néonatal de la surdité et la surveillance des enfants et adolescents .....</i>	81
4.2.2	<i>La prévention et le dépistage des surdités professionnelles .....</i>	82
4.2.3	<i>L'absence à ce jour de politique de dépistage organisé de la presbyacousie .....</i>	82
<b>ANNEXE 3 :</b>	<b>ACTEURS DE LA FILIERE AUDITIVE ET AUDIOPROTHESES .....</b>	<b>85</b>
<b>1</b>	<b>DES MEDECINS ORL ET GENERALISTES AU CŒUR DE LA FILIERE AUDITIVE .....</b>	<b>85</b>
1.1	LES ORL, UNE PIERRE ANGULAIRE DE LA FILIERE AUDITIVE CONFRONTEE A UN ENJEU DEMOGRAPHIQUE.....	85
1.1.1	<i>Une spécialité médico-chirurgicale très vaste exercée par un nombre restreint de professionnels.....</i>	85
1.1.2	<i>Une activité au sein de laquelle l'audition, la presbyacousie et la prescription d'aides auditives représentent une part importante et vraisemblablement croissante .....</i>	92
1.1.3	<i>Une évolution de la démographie et une répartition des ORL sur le territoire qui posent problème .....</i>	97
1.1.4	<i>Une spécialité médicale qui fait encore peu appel au travail aidé, à la coopération entre professions et aux téléconsultations .....</i>	102
1.2	LE ROLE CLE DES MEDECINS GENERALISTES ET PLUS EFFACE DES AUTRES MEDECINS SPECIALISTES .....	104
1.2.1	<i>Des médecins généralistes qui prescrivent une part significative des aides auditives.....</i>	104
1.2.2	<i>Une possible délégation de l'audiométrie par les médecins généralistes aux audioprothésistes évoquée par certains acteurs mais non retenue par la mission .....</i>	108
1.2.3	<i>Le rôle plus limité des autres spécialités en matière d'appareillage des patients souffrant de presbyacousie .....</i>	108
1.3	L'ABSENCE DES AUDIOLOGISTES, UNE SINGULARITE FRANÇAISE .....	109
<b>2</b>	<b>LES AUDIOPROTHESISTES, DES ACTEURS ESSENTIELS DE LA FILIERE AUDITIVE CONFRONTES A DES EVOLUTIONS RAPIDES .....</b>	<b>110</b>
2.1	DES AUXILIAIRES MEDICAUX CARACTERISES PAR DE REELLES SPECIFICITES .....	110
2.1.1	<i>Des professionnels de santé qui sont également des commerçants et des professionnels de l'appareillage .....</i>	110
2.1.2	<i>Une profession sans décret de compétences.....</i>	113
2.2	DES PROFESSIONNELS RELATIVEMENT PEU NOMBREUX MAIS EN PLEINE MUTATION .....	115
2.2.1	<i>Une profession en croissance démographique rapide et relativement jeune et répartie inégalement sur le territoire national.....</i>	115
2.2.2	<i>Un exercice essentiellement situé en ville et qui évolue rapidement dans un climat de concurrence croissante .....</i>	119
2.2.3	<i>Une distribution atomisée avec une concurrence croissante entre canaux de distribution et une part d'intégration verticale .....</i>	120
2.2.4	<i>Une activité croissante mais très hétérogène et parfois très faible.....</i>	121

2.2.5	<i>Une rentabilité et des revenus mal connus.....</i>	124
2.2.6	<i>Une pénurie d'audioprothésistes difficile à précisément quantifier .....</i>	125
2.3	UN MODE DE FINANCEMENT QUI AUTORISE UNE TROP GRANDE OPACITE DES COUTS, DE LA MATERIALITE AINSI QUE DE L'EFFECTIVITE DES PRESTATIONS .....	126
2.3.1	<i>Une rémunération forfaitisée et couplée qui est perfectible .....</i>	126
2.3.2	<i>Une absence d'évaluation de la matérialité et de la qualité du suivi et une méconnaissance de l'observance qui posent problème.....</i>	130
<b>3</b>	<b>LES ORTHOPHONISTES, DES PARTENAIRES EFFACES DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA PRESBYACOUSIE ..</b>	<b>131</b>
3.1	DES COMPETENCES ETENDUES AU SEIN DESQUELLES L'AUDITION JOUE UN ROLE CLE.....	131
3.2	UNE PRISE EN CHARGE ENCORE TRES LIMITEE DES PERSONNES SOUFFRANT DE PRESBYACOUSIE .....	132
<b>4</b>	<b>LES TRANSFORMATIONS RAPIDES DU MARCHE DES AUDIOPROTHESES ET DE LEURS FABRICANTS.....</b>	<b>133</b>
4.1	LES AUDIOPROTHESES, DES DISPOSITIFS MEDICAUX DONT LE MARCHE, DE PETITE TAILLE, EST EN CROISSANCE RAPIDE .....	133
4.1.1	<i>Les audioprothèses, des dispositifs médicaux qui s'insèrent dans une palette d'appareils de correction auditive .....</i>	133
4.1.2	<i>Un marché de (très) petite taille mais en forte croissance .....</i>	139
4.2	DES FABRICANTS ETRANGERS EN SITUATION OLIGOPOLISTIQUE .....	149
4.2.1	<i>Un secteur dominé par cinq fabricants leaders au niveau mondial comme en France.....</i>	149
4.2.2	<i>Un secteur en phase de concentration et d'intégration .....</i>	150
<b>5</b>	<b>DES FINANCEMENTS FAIBLEMENT SOCIALISES, OU LES ASSUREURS COMPLEMENTAIRES OCCUPENT UNE PLACE PREEMINENTE.....</b>	<b>150</b>
5.1	DES RESTES A CHARGE EXTREMEMENT ELEVES AVANT LA MISE EN ŒUVRE DU 100 % SANTE .....	150
5.2	UN POIDS SECONDAIRE MAIS CROISSANT DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE.....	151
5.2.1	<i>Le rôle subsidiaire de l'assurance maladie obligatoire .....</i>	151
5.2.2	<i>Le rôle prépondérant des assureurs complémentaires.....</i>	152
5.2.3	<i>Un rôle mineur mais mal connu d'autres financeurs .....</i>	154
5.3	DES RESEAUX DE SOINS QUI FONT L'OBJET DE POSITIONS TRES DIVERGENTES .....	154
5.4	DES EVOLUTIONS POSSIBLES DU FINANCEMENT DES AIDES AUDITIVES PAR LES ASSUREURS DE BASE ET COMPLEMENTAIRES QUI DEPENDENT DE SCENARIOS PLUS GLOBAUX .....	155
<b>ANNEXE 4 :</b>	<b>PROMOTION, REGLES PROFESSIONNELLES ET CONTROLE.....</b>	<b>157</b>
<b>1</b>	<b>UN ENCADREMENT DE LA PUBLICITE QUI POURRAIT ETRE AJUSTE .....</b>	<b>157</b>
1.1	UN ENCADREMENT DE L'INFORMATION ET DE LA PUBLICITE DES PROFESSIONNELS DE SANTE QUI S'EST GLOBALEMENT ASSOULPI ET EST DEJA TRES LIBERAL S'AGISSANT DES AUDIOPROTHESISTES.....	157
1.1.1	<i>Des règles d'information et de publicité des professionnels de santé en direction du grand public qui ont été assouplies au cours des dernières années .....</i>	157
1.1.2	<i>Un encadrement plus libéral pour les pharmaciens et davantage encore pour les opticiens-lunetiers et les audioprothésistes .....</i>	159
1.2	UN FAIBLE ENCADREMENT DE LA PUBLICITE SUR LES AIDES AUDITIVES EN TANT QUE DISPOSITIFS MEDICAUX DE CLASSE IIa ..	161
1.3	UN RENFORCEMENT ENVISAGEABLE, MAIS DANS CERTAINES LIMITES, DE L'ENCADREMENT DE LA PUBLICITE ET DE L'INFORMATION PAR LES AUDIOPROTHESISTES .....	163
<b>2</b>	<b>DES REGLES PROFESSIONNELLES APPLICABLES AUX AUDIOPROTHESISTES EPARSEES ET QUI POURRAIENT FAIRE L'OBJET D'UNE MISE A JOUR REGLEMENTAIRE .....</b>	<b>165</b>
2.1	UNE PROFESSION D'AUDIOPROTHESISTES SANS ORDRE PROFESSIONNEL NI DECRET DE COMPETENCES MAIS DONT L'EXERCICE EST DEJA REGLEMENTE PAR DE NOMBREUSES DISPOSITIONS LEGISLATIVES, REGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES .....	165
2.1.1	<i>Une profession d'audioprothésistes sans ordre professionnel ni décret de compétences .....</i>	165
2.1.2	<i>Une réglementation professionnelle figurant dans plusieurs textes de nature législative et réglementaire.....</i>	166
2.2	LA PUBLICATION D'UN DECRET EN CONSEIL D'ÉTAT SUR LES REGLES PROFESSIONNELLES.....	173
<b>3</b>	<b>DES CONTROLES TRES INSUFFISANTS QU'IL CONVIENT DE RENFORCER .....</b>	<b>174</b>

<b>ANNEXE 5 :</b>	<b>PARCOURS DE SOINS .....</b>	<b>177</b>
<b>1</b>	<b>DES PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS QUI POURRAIENT ETRE CLARIFIES.....</b>	<b>177</b>
1.1	DES PARCOURS DE SOINS HETEROGENES .....	177
1.2	UNE PROPORTION IMPORTANTE DE PATIENTS QUI NE SUIVENT PAS TOUT LE PARCOURS DE SOINS .....	180
1.3	DES ADAPTATIONS ENVISAGEABLES AU PARCOURS DE SOINS DES USAGERS A L'HEURE DU 100 % SANTE.....	182
1.3.1	<i>Une précision souhaitable du parcours de soins des patients atteints de presbyacousie.....</i>	<i>182</i>
<b>2</b>	<b>UNE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS COMPLEXES, NOTAMMENT ACOUPHENIQUES, SOUVENT INSATISFAISANTE .....</b>	<b>184</b>
2.1	PLUSIEURS TYPES DE PATIENTS DITS « COMPLEXES » .....	184
2.2	UNE PRISE EN CHARGE PLUS DIFFICILE POUR CES PATIENTS, MALGRE DES INITIATIVES INTERESSANTES POUR LES PATIENTS SOUFFRANT D'ACOUPHENES .....	185
<b>3</b>	<b>LE CAS DIFFICILE DES PATIENTS AGES DEPENDANTS EN EHPAD OU A DOMICILE .....</b>	<b>186</b>
3.1	UNE POPULATION SOUVENT MALENTENDANTE QUI GAGNERAIT A ETRE APPAREILLEE DANS DE BONNES CONDITIONS.....	186
3.2	DES PRATIQUES ILLICITES OBSERVEES EN DEPIT D'UN CADRE LEGAL RESTRICTIF .....	187
3.2.1	<i>Un cadre légal actuel qui rend particulièrement complexe la prise en charge des patients en EHPAD par les audioprothésistes .....</i>	<i>187</i>
3.2.2	<i>Une faible connaissance des problématiques liées à l'audition et des règles d'usage des aides auditives chez les professionnels sociaux et médico-sociaux qui constitue un obstacle à l'observance .....</i>	<i>189</i>
3.2.3	<i>Un parcours dédié aux personnes âgées dépendantes hébergées à domicile ou en EHPAD qui pourrait être expérimenté.....</i>	<i>192</i>
<b>4</b>	<b>LA TELE-AUDIOLOGIE, UN OUTIL A MOBILISER POUR FACILITER LES PARCOURS DE SOINS, NOTAMMENT AU SEIN DES EHPAD .....</b>	<b>193</b>
4.1	LA TELE-AUDIOLOGIE, UN LEVIER INTERESSANT POUR RENFORCER L'ACCESSIBILITE ET FLUIDIFIER LES PARCOURS DE SOINS... ..	193
4.2	AU SEIN DES EHPAD, LA TELE-AUDIOLOGIE COMME MOYEN DE FACILITER L'ACCES .....	195
<b>ANNEXE 6 :</b>	<b>FORMATION.....</b>	<b>197</b>
<b>1</b>	<b>L'ORL-CCF, UNE SPECIALITE MEDICO-CHIRURGICALE QUI POURRAIT EVOLUER AFIN D'AMELIORER LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES TROUBLES DE L'AUDITION .....</b>	<b>197</b>
1.1	UNE SPECIALITE QUI ATTIRE UNE MAJORITE D'ETUDIANTS SE DESTINANT PRIORITAIREMENT A L'EXERCICE DE LA CHIRURGIE .	197
1.1.1	<i>Une formation principalement tournée vers la pratique chirurgicale .....</i>	<i>197</i>
1.1.2	<i>Une augmentation souhaitable du nombre d'ORL se destinant à l'exercice médical de la spécialité .....</i>	<i>200</i>
1.2	DES PERSPECTIVES DE CARRIERE LIMITEES POUR LES INTERNES EN ORL SPECIALISES EN AUDIOLOGIE .....	202
1.3	L'ORGANISATION DE FORMATIONS COURTES POUR DES ASSISTANTS ORL .....	202
<b>2</b>	<b>UNE REINGENIERIE DE LA FORMATION DES AUDIOPROTHESISTES QUI DOIT INTERVENIR DANS LES MEILLEURS DELAIS.....</b>	<b>203</b>
2.1	UNE FORMATION PROFESSIONNALISANTE DONT LA MAQUETTE N'A PAS CONNU D'EVOLUTION DEPUIS 2001 EN DEPIT D'ADAPTATIONS LOCALES.....	203
2.1.1	<i>Une part importante du volume horaire consacrée aux stages.....</i>	<i>203</i>
2.1.2	<i>Une réingénierie reportée à plusieurs reprises et réclamée par l'ensemble des acteurs .....</i>	<i>206</i>
2.2	LA RECONNAISSANCE DU GRADE DE LICENCE, CONDITION DE LA CREATION D'UNE FILIERE UNIVERSITAIRE DANS LE DOMAINE DE L'AUDIOPROTHESE.....	208
2.3	LA NECESSAIRE CREATION DE MASTERS SPECIALISES.....	211
2.4	LE DEVELOPPEMENT DE FORMATIONS COMMUNES ET DE PASSERELLES AVEC D'AUTRES FORMATIONS PARAMEDICALES .....	215
2.4.1	<i>Des mutualisations qui existent déjà mais pourraient être renforcées.....</i>	<i>216</i>
2.4.2	<i>Une intégration de la préparation au diplôme d'Etat au sein d'une licence « Sciences pour la santé ».....</i>	<i>217</i>
2.4.3	<i>La création ou le développement de passerelles avec d'autres formations.....</i>	<i>220</i>
2.5	UNE EVOLUTION SOUHAITABLE DU CALENDRIER DES STAGES ET DES MODALITES D'AGREMENT DES PROFESSIONNELS CHARGES DE LES ENCADRER.....	222
2.5.1	<i>Un calendrier des stages qui se traduit par la saturation des terrains d'accueil .....</i>	<i>222</i>

2.5.2	<i>Une procédure d'agrément des maîtres de stages relativement opaque.....</i>	223
<b>3</b>	<b>UNE FORMATION ASSUREE PAR NEUF ECOLES ET DONT LES EFFECTIFS DOIVENT AUGMENTER DE MANIERE SIGNIFICATIVE .....</b>	<b>224</b>
3.1	DES FORMATIONS ATTRACTIVES ET BIEN INTEGREES DANS LEUR ENVIRONNEMENT MAIS RELATIVEMENT HETEROGENES .....	224
3.1.1	<i>Des structures de petite taille, qui sont néanmoins dotées des moyens nécessaires à leur fonctionnement</i>	224
3.1.2	<i>Une qualité reconnue par les professionnels du secteur en dépit de l'hétérogénéité des équipes enseignantes .....</i>	228
3.1.3	<i>Des modalités d'accès aux écoles modifiées à l'occasion du déploiement de Parcoursup .....</i>	231
3.2	UN RELEVEMENT SOUHAITABLE A COURT TERME DU QUOTA DE L'ORDRE DE 150 A 200 PLACES .....	236
3.2.1	<i>Des besoins de formation discutés mais réels .....</i>	236
3.2.2	<i>Une augmentation des capacités d'accueil qui pourrait être assurée par la création de nouvelles écoles ...</i>	238
3.2.3	<i>Une révision souhaitable des modalités de fixation du quota .....</i>	239
<b>4</b>	<b>DES FORMATIONS SEMI-PRESENTIELLES EN ESPAGNE QUI FONT L'OBJET DE CRITIQUES DE LA PART DE NOMBREUX ACTEURS DE LA FILIERE .....</b>	<b>240</b>
4.1	LE DEVELOPPEMENT RECENT D'UNE VERITABLE FILIERE DE FORMATION .....	240
4.2	UN MODELE ORIGINAL QUI REPOSE TRES LARGEMENT SUR L'ENSEIGNEMENT A DISTANCE .....	241
4.3	DES CRITIQUES TRES VIVES DE LA PART DE NOMBREUX PROFESSIONNELS ET RESPONSABLES DE FORMATION FRANÇAIS .....	244
4.3.1	<i>Volume horaire et contenu des enseignements.....</i>	245
4.3.2	<i>Modalités d'acquisition et de validation des connaissances .....</i>	247
4.3.3	<i>Caractère effectif des périodes de formation en milieu professionnel.....</i>	247
4.4	UN DISPOSITIF CONFORME AU DROIT EUROPEEN .....	248
4.5	UNE CLARIFICATION NECESSAIRE DES CRITERES ET DES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DES MESURES COMPENSATOIRES ....	250
4.5.1	<i>Les textes actuels laissent au candidat le choix entre un stage d'adaptation et une épreuve d'aptitude .....</i>	250
4.5.2	<i>Des critères non harmonisés en matière de mesures compensatoires et d'établissement de la liste des maîtres de stage.....</i>	251
<b>5</b>	<b>DES PERSPECTIVES INTERESSANTES DE DEVELOPPEMENT DE L'APPRENTISSAGE ET DE LA FORMATION CONTINUE .....</b>	<b>252</b>
5.1	L'APPRENTISSAGE, UNE VOIE D'ACCES AU DIPLOME RECENTE ET ENCORE LIMITEE .....	252
5.2	UNE OUVERTURE NECESSAIRE A LA FORMATION CONTINUE .....	254
<b>ANNEXE 7 :</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE SUCCINCTE .....</b>	<b>259</b>
<b>PIECES JOINTES :</b>	<b>CONTRIBUTIONS ADRESSEES A LA MISSION .....</b>	<b>263</b>



# ANNEXE 1 : Bilan de la réforme 100 % Santé dans la filière auditive

## 1 Une réforme volontariste comportant de nombreux volets et pleinement mise en œuvre depuis peu de temps

### 1.1 Une réforme globale et ambitieuse de la prise en charge

[1] En 2018, le gouvernement a souhaité mettre en œuvre la réforme du « 100 % Santé » (précédemment dénommée « reste à charge zéro »), conformément à un engagement de campagne du Président de la République. Il s'agissait ainsi de donner à la grande majorité des Français un accès à des soins de qualité pris en charge à 100 %, dans les domaines de l'audiologie, de l'optique, et du dentaire. Les principes retenus étaient les mêmes dans les trois secteurs concernés : proposer un panier de soins répondant aux besoins de santé nécessaires – bien entendre, bien voir et soigner son hygiène bucco-dentaire – avec une garantie de qualité importante. Cette offre devait être prise en charge à 100 % par la sécurité sociale et les complémentaires santé, donc sans reste à payer pour les patients. Plus largement, l'ambition était de mettre en œuvre un projet global d'amélioration de l'accès aux soins qui traite notamment, au-delà du seul remboursement, des questions de prévention et de l'organisation des filières, en cohérence avec la stratégie nationale de santé.

[2] Du côté des complémentaires santé, le remboursement intégral des soins et équipements relevant des paniers 100 % Santé est une obligation des contrats responsables (qu'ils soient collectifs ou individuels – cf. encadré suivant), qui représentent près de 98 % des contrats<sup>1</sup>. Dans le cadre de la réforme, les organismes complémentaires se sont, par ailleurs, engagés à améliorer la lisibilité des contrats et faciliter la comparaison entre contrats et donc le choix du consommateur. Tous les contrats étaient notamment censés comporter un tableau de garanties avec des libellés communs pour les grands postes de soins<sup>2</sup>.

#### Les contrats solidaires et responsables

Un contrat santé est dit « responsable » lorsqu'il encourage le respect du parcours de soins coordonné et qu'il ne prend pas en charge les différentes franchises et participations forfaitaires mises en place par l'assurance maladie obligatoire afin de modérer la dépense de santé en responsabilisant l'assuré.

Un contrat santé est dit « solidaire » si l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale. Les contrats à la fois solidaires et responsables bénéficient d'avantages sociaux et fiscaux.

<sup>1</sup> Source : DREES, La complémentaire santé - Acteurs, bénéficiaires, garanties, 2019

<sup>2</sup> Extrait du dossier de presse de la réforme « 100% Santé » : « Cette harmonisation des grands intitulés permettra une comparaison plus aisée entre contrats. Par ailleurs, un tableau d'exemples de remboursement exprimés en euros et reprenant obligatoirement certaines prestations sera rendu accessible à chaque assuré ou personne souhaitant souscrire une complémentaire santé afin d'évaluer la couverture que lui offre son contrat ou le contrat proposé. Ces exemples doivent permettre aux assurés d'estimer, pour une situation et un tarif donné, les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux de l'assurance maladie complémentaire ainsi que leurs restes à charge éventuels. »

A titre indicatif, les contrats d'assurance complémentaire responsables doivent au moins garantir certaines des conditions suivantes :

- la prise en charge intégrale après intervention de la sécurité sociale de certains soins et équipements appartenant aux paniers « 100% Santé » dans les secteurs de l'optique, du dentaire et des aides auditives, dans la limite de tarifs plafonnés ;
- le ticket modérateur pour tous les actes et prestations remboursés par la sécurité sociale, sauf ceux liés aux cures thermales, aux médicaments homéopathiques et aux médicaments remboursés à 15 % ou à 30 % par l'assurance maladie ;
- le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé, sans limitation de durée...

[3] Dans chacun de trois secteurs concernés par la réforme 100 % Santé, une négociation est intervenue entre l'Etat, les différents acteurs de l'assurance santé (assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires<sup>3</sup>) et les professionnels des secteurs concernés. Chaque secteur présentait en effet des spécificités d'organisation justifiant une négociation distincte.

[4] Ces trois secteurs partageaient la caractéristique de concentrer des restes à charge élevés : alors que le reste à charge direct des ménages en France était déjà globalement un des plus faibles parmi les pays de l'OCDE (8,3 % en 2017, 77 % des dépenses de santé étant prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et 13,3 % par l'assurance maladie complémentaire<sup>4</sup>), il restait important dans ces trois secteurs. La part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire y était depuis très longtemps plus faible que dans les autres domaines du soin ; les prix y étaient fixés librement et déconnectés des tarifs de remboursement.

[5] Des trois secteurs, l'audiologie était celui où le reste à charge était le plus élevé : 53 % de reste à charge sur les aides auditives, contre 43 % sur les prothèses dentaires et 22 % sur l'offre d'optique. Avant la mise en œuvre du 100 % Santé, les frais assumés par l'assuré, après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires, étaient estimés en moyenne à 850 € par oreille, pour un coût moyen d'équipement de 1 500 € par oreille<sup>5</sup>, soit 1 700 € de reste à charge pour un appareillage des deux oreilles.

## 1.2 Des modalités précisées en 2018 par deux textes

[6] Deux textes principaux ont défini le cadre du 100 % Santé pour la filière auditive. Un protocole d'accord de juin 2018 a tout d'abord permis de convenir entre l'Etat, d'une part, les représentants des audioprothésistes et des fabricants d'aides auditives, d'autre part, les principales caractéristiques technico-économiques de la réforme. L'arrêté du 14 novembre 2018 est allé plus loin, en confirmant au plan réglementaire les dispositions du protocole d'accord et en abordant des points importants du parcours de soins. Les rôles des médecins prescripteurs ainsi que des audioprothésistes pour la vente des aides auditives et le suivi y ont ainsi été encadrés.

<sup>3</sup> Les fédérations d'organismes complémentaires (Fédération nationale de la mutualité française, Fédération française des assurances, Centre technique des institutions de prévoyance) et l'UNOCAM.

<sup>4</sup> Source : Rapport de la commission des comptes de la santé 2017.

<sup>5</sup> Coût correspondant à la moyenne de prix constatée sur la totalité de l'offre en audioprothèses ; le prix moyen de l'offre concernée par le 100% Santé était quant à lui de l'ordre de 1 400 €.

### 1.2.1 La définition des principales caractéristiques des paniers de classes I et II ainsi que des modalités de pilotage de la réforme par le protocole d'accord du 7 juin 2018

[7] Pour la filière auditive, un « *protocole d'accord relatif à la fixation des conditions de prise en charge des aides auditives entre le ministère des solidarités et de la santé, le ministère de l'action et des comptes publics et les représentants du secteur de l'audioprothèse* » a été signé le 7 juin 2018 par la directrice de la sécurité sociale, les présidents des syndicats d'audioprothésistes (SYNAM<sup>6</sup>, SYNEA<sup>7</sup>, UNSAF<sup>8</sup>) et du groupe audiologie du SNITEM. La signature de ce protocole a fait suite à une négociation de plusieurs mois entre les parties prenantes.

[8] Le protocole d'accord est le résultat d'une recherche d'équilibre délicat entre des objectifs sanitaires et sociaux (donner à tous les Français, dont un nombre important ne pouvaient pas auparavant accéder à un appareillage auditif pour des raisons financières, la possibilité de s'équiper en aides auditives de qualité) et économiques (permettre aux acteurs économiques de la filière auditive, d'une part les fabricants d'aides auditives, représentés par le groupe audiologie du SNITEM, et, d'autre part, les entreprises distributrices d'audioprothèses, représentées par leurs trois syndicats, de préserver la soutenabilité économique de leur activité). Il n'avait cependant pas vocation à traiter de l'ensemble des aspects de la réforme dont certains – notamment la définition d'un projet global d'amélioration de l'accès aux soins qui traite, au-delà du seul remboursement, des questions de prévention et de l'organisation des filières – ne pouvaient être réfléchis et débattus en l'absence d'autres acteurs importants de la filière auditive, en particulier les représentants des ORL et des Organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM).

[9] En-dehors de la DSS, les négociations préalables n'ont pas associé les autres administrations centrales du ministère des solidarités et de la santé (DGOS et DGS en particulier), ni le Comité économique des produits de santé (CEPS), dont l'association finale était toutefois prévue par le protocole d'accord : « *sur la base du projet de nomenclature joint en annexe, dont la version définitive sera arrêtée par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé [...] la direction de la sécurité sociale et les représentants conviennent d'accepter les propositions tarifaires et les clauses suivantes dès lors qu'elles seront également acceptées par le Comité économique des produits de santé* ».

[10] Comme il a précédemment été souligné, les représentants des ORL n'étaient pas parties à cet accord, de même que les représentants des OCAM. L'ensemble de ces acteurs ont en revanche été associés aux discussions préalables à la rédaction des textes réglementaires qui encadrent la réforme, en particulier l'arrêté du 14 novembre 2018 (cf. *infra*).

[11] Le protocole d'accord du 7 juin 2018 a défini les principales caractéristiques de la réforme 100 % Santé pour les aides auditives, qui ont ensuite été confirmées par l'arrêté du 14 novembre 2018 (cf. *infra*). Il s'agissait à ce titre d'un accord essentiellement « technico-économique », longuement discuté entre ses parties prenantes, et dont l'évolution d'un paramètre peut impacter l'économie générale de l'accord. Les représentants des audioprothésistes ont beaucoup insisté sur cette dimension quand des perspectives d'évolution du panier de soins 100 % Santé ou des caractéristiques tarifaires leur ont été soumises par la mission (cf. *infra*).

[12] Au-delà des caractéristiques techniques des paniers de soins 100 % Santé (classe I) et libres (classe II) et des conditions tarifaires associées (qui sont présentées ci-après), le protocole d'accord

<sup>6</sup> Syndicat national des centres d'audition mutualiste.

<sup>7</sup> Représentant des enseignes et groupes d'enseignes de centres d'audioprothèses.

<sup>8</sup> L'UNSAF est devenue le SDA en 2020.

a défini un certain nombre de règles de suivi ainsi que des clauses de réexamen importantes pour l'équilibre de la réforme :

- en matière de contrôle des prestations de suivi, le protocole d'accord prévoit que « *les audioprothésistes s'engagent à mettre en œuvre dès 2019 un suivi de toutes les prestations de suivi réalisées à l'issue de la prestation initiale d'adaptation, selon les modalités qui seront définies en lien avec les caisses d'assurance maladie ; ce suivi serait réalisé par le biais du système SESAM-Vitale* » ;
- un plafond de prise en charge pour les contrats responsables a été fixé à 1 700€ TTC par oreille. Cela signifie que le montant total de la prise en charge par les assurances maladies obligatoire et complémentaire ne peut excéder 1 700 € par oreille. Si des prix plus élevés sont pratiqués, ce qui est possible pour des aides auditives de classe II, quel que soit le contrat complémentaire de l'assuré, celui-ci se verra imputer un reste à charge ;
- un objectif de volume à atteindre pour la classe I prévoit « une répartition des prises en charge d'au moins 20 % pour les aides auditives de classe I ». Selon la DSS, les discussions entre l'Etat et les représentants de la filière ont par ailleurs toujours évoqué le fait que ce taux de 20 % serait un minimum et que la cible réelle se situait entre 20 et 40 % de classe I ;
- deux dérogations principales aux conditions techniques devant être respectées par les aides auditives pour intégrer le panier 100 % Santé ont été inscrites pour s'assurer de la capacité des principaux fabricants à développer une offre adaptée (en fonction des orientations produit privilégiées par les différents industriels), en particulier la réduction possible du nombre de canaux, en contrepartie d'autres options<sup>9</sup> ;
- un dispositif de contrôle de l'évolution des tarifs devait être mis en place par l'intermédiaire d'un « *observatoire qui réunira l'ensemble des parties prenantes* » :
  - Pour la classe I, une clause de réexamen automatique des prix, en fonction des volumes globaux atteints par le marché en 2021, prévoit que « *si le nombre total d'aides auditives prises en charge par l'assurance maladie, pour les personnes d'au moins 20 ans, et quelle que soit la classe d'aides auditives (classe I et classe II) est supérieur à :*
    - 650 000 sur les neuf premiers mois de l'année 2021, selon l'observation qui en est faite en décembre 2021, ou à
    - 935 000 sur l'ensemble de l'année 2021, selon l'observation qui est faite en mars 2022, le prix limité de vente prévu pour ces équipements sera fixé à 900€ TTC ».
  - Pour la classe II, une clause de fixation automatique d'un Prix limite de vente (PLV) selon les pratiques tarifaires du marché à partir de 2020 stipule que « *dès lors que le prix médian de vente des appareils de classe II dépasse 1 600 € TTC sur une année donnée, un prix limite de vente (PLV) correcteur sera immédiatement mis en place [...] Ce PLV sera fixé à 1 750 € TTC* » ;
- enfin, une clause de revoyure relative aux caractéristiques de la nomenclature a également été instaurée : « *en 2020, les caractéristiques de la nomenclature feront l'objet d'un nouvel examen, pour prendre notamment en compte l'évolution technologique qui serait survenue et la répartition des prises en charge dans les classes I et II* ». En raison du contexte sanitaire, aucun

---

<sup>9</sup> « Par dérogation, le nombre minimal de canaux de réglage pour une prise en charge au titre de la classe I peut être de 8 dès lors que l'aide auditive concernée dispose par ailleurs d'une directivité microphonique adaptative, d'un réducteur de bruit impulsionnel, et de 5 options de la liste A »

réexamen des caractéristiques techniques de la classe I et de la classe II n'est cependant intervenu jusqu'à présent.

### 1.2.2 La définition détaillée des caractéristiques techniques de la classe I et de la classe II et l'encadrement d'aspects importants du parcours de soins par l'arrêté du 14 novembre 2018

[13] L'arrêté du 14 novembre 2018 « portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale<sup>10</sup> » définit :

- les caractéristiques produits de la classe I et de la classe II ;
- leurs modalités de référencement ;
- mais aussi, de façon très précise, les indications de prise en charge adressées aux médecins prescripteurs ;
- les modalités de suivi de la qualité de prescription, de délivrance des aides auditives, ainsi que les prestations de suivi qui sont associées ;
- les conditions de prescription, aussi bien la primo-prescription que le renouvellement ;
- et, enfin, le contenu des prestations délivrées par l'audioprothésiste.

[14] Les aides auditives sont désormais répertoriées en deux catégories, dont la classification dépend de la présence et du nombre d'options (cf. encadré suivant pour le détail des caractéristiques techniques des listes A et B) :

- une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A ;
- une aide auditive de classe II doit comporter au moins six options de la liste A, et au moins une option de la liste B.

[15] Les trois principaux types d'aides auditives (contours d'oreille, écouteurs déportés, intra-auriculaires) sont proposés dans les deux classes.

[16] Les nombreuses spécifications techniques communes aux appareils de classes I et II sont précisées dans l'arrêté du 14 novembre 2018, notamment (la liste suivante n'est pas exhaustive, certaines adaptations étant possibles selon les types d'aides<sup>11</sup>) :

- un système permettant l'amplification d'un son extérieur restitué au patient par l'écouteur à hauteur d'au moins 30 dB, c'est-à-dire un système permettant à un son extérieur émis à 70 dB d'être restitué au patient par l'écouteur à hauteur d'un niveau de sortie minimal de 100 dB ;

---

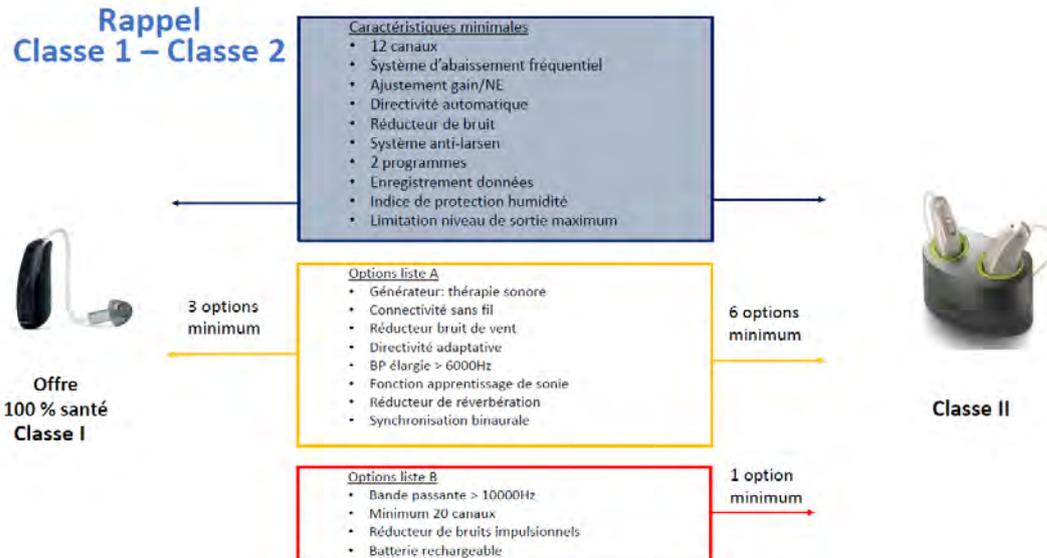
<sup>10</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/arrete20novembre2018>

<sup>11</sup> Par exemple, pour les aides auditives de type intra-auriculaires semi-profond (ou CIC) et pour les aides auditives de type intra-auriculaires invisibles dans le canal (ou IIC), le nombre minimal d'options de la liste A requis pour une prise en charge au titre de la classe II est abaissé à trois (si et seulement si l'aide auditive comporte au moins trois options de la liste B), ou à quatre options de la liste A (si et seulement si l'aide auditive comporte au moins deux options de la liste B).

- une directivité microphonique automatique (passage automatique du mode omni directionnel au mode directionnel en fonction de l'environnement sonore afin de privilégier le signal frontal) ;
- un réducteur de bruit statique (élimine le bruit de fond des microphones), qui permet d'identifier un bruit d'un niveau et d'une bande de fréquences définie et de l'atténuer sélectivement dans les bandes de fréquences où il est présent ;
- un système anti-Larsen ;
- au moins douze canaux de réglages permettant une amplification du son différente<sup>12</sup> ;
- un système d'enregistrement des données permettant l'enregistrement directement dans l'aide auditive de certaines données concernant leur utilisation et les conditions dans lesquelles elles ont été utilisées (notamment le nombre d'heures portées, le fonctionnement de la synchronisation binaurale le cas échéant, l'activation des programmes, le volume d'amplification utilisé).

### Présentation des principales caractéristiques techniques des options attachées aux appareils de la classe I et de la classe II

#### Rappel Classe 1 – Classe 2



Source : SFA

#### La liste A est composée des options suivantes :

- un système générateur de signaux ajustables permettant la mise en place des thérapies sonores de traitement de la perception des acouphènes ;
- une connectivité sans fil permettant un échange de données avec des dispositifs de communication sans fil (fonction télécommande et/ou Bluetooth) ;
- un réducteur de bruit du vent qui permet une atténuation des basses fréquences générées par les turbulences à l'entrée du ou des microphones ;

<sup>12</sup> Par dérogation, le seuil requis peut être diminué à huit canaux dès lors que l'aide auditive dispose d'une directivité microphonique adaptative, d'un réducteur de bruit impulsionnel, et d'au moins cinq options de la liste A.

- une synchronisation binaurale, permettant de synchroniser les traitements du son entre l'oreille droite et gauche le cas échéant ;
- une directivité microphonique adaptative (le nul de captation induit par la directivité en fonction de la localisation de la source de bruit s'adapte automatiquement en fonction de l'azimut de la source) ;
- une bande passante élargie  $\geq 6000$  Hz permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences jusqu'à  $6\ 000$  Hz mesurée au coupleur 2cc selon la norme NF EN 60118-0:2015 ;
- une fonction «apprentissage de sonie» permettant l'enregistrement des modifications moyennes du volume apportées par l'utilisateur et d'appliquer ces changements soit automatiquement soit par l'intermédiaire de l'audioprothésiste ;
- un réducteur de réverbération assurant une gestion de la dégradation du signal liée aux réverbérations tardives (champs diffus) dans un local, au-delà de ce que peut permettre la directivité.

La liste B est composée des options suivantes :

- une bande passante élargie  $\geq 10000$  Hz permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences de 0 à  $10\ 000$  Hz ;
- au moins 20 canaux de réglages permettant une amplification du son différente sur 20 plages de fréquences non chevauchantes différentes ;
- un réducteur de bruit impulsionnel permettant d'augmenter le confort d'écoute du patient en réduisant les bruits de durée inférieure à 300 ms ;
- une batterie rechargeable et son chargeur branché sur secteur associé, permettant de s'affranchir de l'utilisation de piles traditionnelles.

[17] Il convient de noter que la mise en place du panier 100 % Santé de classe I a entraîné la disparition des quatre anciennes gammes de produits (les appareils les plus bas de gamme qui continuent à être distribués dans d'autres pays n'étant plus inscrits à la Liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie – LPPR). De même, le forfait annuel d'entretien et réparation qui couvrait l'achat de piles a disparu.

[18] L'arrêté du 14 novembre 2018 prévoit par ailleurs les dispositions suivantes :

- les prestations de suivi attachées à l'aide auditive délivrée restent comprises dans le prix d'achat de l'équipement ;
- la garantie minimale, par le fabricant, de chaque aide auditive est fixée à quatre ans ;
- un devis normalisé doit être remis au patient (cf. encadré suivant) : l'audioprothésiste doit systématiquement proposer au moins une offre 100 % Santé pour chaque oreille devant être appareillée. Il établit sa proposition d'équipement sur devis détaillé, conforme à l'arrêté ministériel du 29 août 2019<sup>13</sup>. Ce devis précise, notamment, les tarifs des appareils proposés et comporte une information sur les modalités de réalisation de l'essai des appareils, les prestations et les garanties incluses dans le prix de l'aide auditive et il présente des explications sur la réforme ainsi que sur les différentes garanties attachées aux aides auditives.

<sup>13</sup> Arrêté du 29 août 2019 modifiant l'arrêté du 28 avril 2017 relatif à l'information de l'assuré social ou de son ayant droit sur les conditions de vente des produits et prestations d'appareillage des déficients de l'ouïe et d'optique-lunetterie : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000039050692/>

Présentation du devis détaillé - Extrait du dossier de presse du 100 % Santé



DOSSIER DE PRESSE

Où trouver les informations sur le devis ?

Partie à remplir par le professionnel de santé qui, en plus de son identification, doit préciser la date de réalisation du devis, sa durée de validité ainsi que la date de la prescription médicale de l'assuré et la qualité de la délivrance.

Un texte explicatif sur la réforme vous sera proposé dans le devis.

Les montants pris en charge ainsi que votre reste à charge seront explicitement renseignés à la fin de chaque tableau.

Cet encadré comporte un rappel des conditions de réalisation de l'essai de l'appareil choisi. Vous devez cocher l'offre pour laquelle vous avez choisi de réaliser cet essai.

Cet encadré ne doit être rempli qu'à l'issue de votre période d'essai et lorsque vous avez fait le choix de votre aide auditive, il vous engage dans l'achat de l'appareil choisi.

Partie à remplir par l'assuré. La mention sur l'organisme de complémentaire santé n'est à remplir qu'en cas d'accord explicite de transmission à la complémentaire santé.

Le prix de vente sera précisé dans ces colonnes.

Les caractéristiques des produits proposés seront indiquées dans cet encadré.

Un rappel des explications qui vous ont été faites par l'audioprothésiste sur la bobine T sera présent dans le devis. La bobine T doit obligatoirement être présentée par votre audioprothésiste. En ce sens, vous devez cocher cette case pour attester de cette présentation.

Dans cette partie, des explications vous sont apportées sur les différentes prestations et garanties compensées avec l'achat de votre appareillage.

**ANNEXE 1 - DEVIS NORMALISÉ RELATIF AUX AIDES AUDITIVES**  
(Article L. 1624-1 du Code de la Sécurité Sociale (C.S.S.) - 1<sup>er</sup> titre de la Commission)

**1. LIQUIDATION**

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code : \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone (s) : \_\_\_\_\_

N° de devis : \_\_\_\_\_  
 Date de la prescription : \_\_\_\_\_

Qualité de la délivrance :  Première prescription  Remplacement de la 1<sup>ère</sup> aide auditive  Remplacement de la 2<sup>ème</sup> aide auditive

Le devis vous est remis pour information, et ne vaut que pour le produit et le service qui y est mentionné. Les professionnels de santé doivent respecter les conditions de délivrance de l'appareil proposé sous le sceau de l'audioprothésiste titulaire de la carte d'habilitation de l'Etat. Toute modification de l'appareil proposé doit être faite avant la date de validité de l'appareil proposé. La liste des produits proposés est présentée ci-dessous.

**2. Les caractéristiques des produits proposés sont indiquées dans cet encadré.**

Le prix de vente sera précisé dans ces colonnes.

Un texte explicatif sur la réforme vous sera proposé dans le devis.

Les montants pris en charge ainsi que votre reste à charge seront explicitement renseignés à la fin de chaque tableau.

Cet encadré comporte un rappel des conditions de réalisation de l'essai de l'appareil choisi. Vous devez cocher l'offre pour laquelle vous avez choisi de réaliser cet essai.

Cet encadré ne doit être rempli qu'à l'issue de votre période d'essai et lorsque vous avez fait le choix de votre aide auditive, il vous engage dans l'achat de l'appareil choisi.

Partie à remplir par l'assuré. La mention sur l'organisme de complémentaire santé n'est à remplir qu'en cas d'accord explicite de transmission à la complémentaire santé.

Le prix de vente sera précisé dans ces colonnes.

Les caractéristiques des produits proposés seront indiquées dans cet encadré.

Un rappel des explications qui vous ont été faites par l'audioprothésiste sur la bobine T sera présent dans le devis. La bobine T doit obligatoirement être présentée par votre audioprothésiste. En ce sens, vous devez cocher cette case pour attester de cette présentation.

Dans cette partie, des explications vous sont apportées sur les différentes prestations et garanties compensées avec l'achat de votre appareillage.

[19] S'agissant du contenu des prestations devant être délivrées par l'audioprothésiste, l'arrêté du 14 novembre 2018 détaille de façon très précise :

- les conditions dans lesquelles sont réalisées la prestation initiale de délivrance d'une aide auditive et les séances initiales d'adaptation prothétique au cours de la première année faisant suite à l'acquisition d'une aide auditive, notamment :
  - les séances d'évaluation chez l'audioprothésiste ;
  - l'information de la personne sur les différentes aides auditives disponibles et leurs accessoires (avantages, inconvénients et limites) ;
  - l'adaptation, la délivrance et le contrôle immédiat de l'aide auditive, ainsi que les séances d'adaptation de l'aide auditive aux besoins de la personne et réciproquement ;
  - l'accompagnement à l'utilisation des aides auditives ;
  - le suivi initial et le contrôle permanent de l'appareil au cours des douze premiers mois faisant suite à l'appareillage<sup>14</sup> ;
  - la gestion administrative du dossier du patient, et notamment l'envoi du (ou des) compte(s) rendu(s) d'appareillage au médecin prescripteur et au médecin traitant ;
- le contenu des prestations de suivi, qui visent l'amélioration continue des réglages de l'aide auditive et l'optimisation de l'observance et dont la fréquence minimale recommandée après la première année est biannuelle. Les prestations de suivi doivent être enregistrées via télétransmission.

### 1.3 Une mise en œuvre graduelle qui prend son plein effet depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021

[20] Les conditions tarifaires et de remboursement, respectivement par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, ont fait l'objet d'une mise en œuvre progressive à partir de 2019. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, les patients qui achètent des aides auditives de la classe I bénéficient ainsi d'un reste à charge nul.

[21] Dans le détail, l'abaissement progressif du reste à charge pour les patients sur le panier du 100 % Santé (classe I) a été mis en œuvre selon les modalités suivantes :

- les tarifs des aides auditives de la classe I ont été plafonnés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 et progressivement réduits : 1 300 € en 2019 ; 1100 € en 2020 ; 950 € en 2021 ;
- à partir de la même date, la base de remboursement de la sécurité sociale a été progressivement augmentée, les contrats complémentaires devant obligatoirement couvrir les paniers de soins du 100 % Santé à hauteur du prix limite de vente à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.

---

<sup>14</sup> Pendant les douze premiers mois de l'appareillage, doivent être proposés au minimum :

- des séances de contrôle de l'efficacité de l'appareillage au 3<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> mois, et 12<sup>e</sup> mois après la délivrance de l'aide auditive ;
- une évaluation de l'évolution de la perte auditive et de la satisfaction à six mois.

Tableau 1 : Conditions de mise en œuvre progressive du remboursement du panier 100 % Santé (classe I) pour les aides auditives

Âge du patient	Prothèse auditive	1er janvier 2019	1er janvier 2020	1er janvier 2021
20 ans et plus	Prix de vente maximal (classe I)	1 300 €	1 100 €	950 €
	Base de remboursement sécurité sociale (classes I et II)	300 €	350 €	400 €
Moins de 20 ans	Prix de vente maximal (classe I)	1 400 €	1 400 €	1 400 €
	Base de remboursement (classes I et II)	1 400 €	1 400 €	1 400 €

Source : Mission

[22] L'assurance maladie obligatoire applique un taux de remboursement sur le tarif de base, pour déterminer le montant de son remboursement. En l'espèce, le taux de remboursement de la sécurité sociale est, comme avant le 100 % Santé, de 60 %, c'est-à-dire que le remboursement réel de l'assurance maladie obligatoire s'élève à 240 € depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021. De leur côté, les complémentaires santé complètent ces remboursements à hauteur de 710 € pour atteindre le prix limite de vente de 950 € de la classe I.

Graphique 1 : Présentation de la mise en œuvre progressive de la réforme 100 % Santé



Source : EDP Audio (Audio Infos N°230, juin-juillet 2018)

[23] S'agissant, par ailleurs, des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S), des conditions particulières leur sont appliquées (prix maximaux de vente spécifiques). Ces appareils peuvent techniquement relever de la classe I ou de la classe II dès lors que le professionnel de santé respecte bien le prix maximal de vente s'appliquant aux bénéficiaires de la C2S :

- pour les personnes de 20 ans et plus, le prix maximal d'une aide auditive est de 800 €<sup>15</sup> ;
- pour les personnes de moins de 20 ans ou sourdes et aveugles, le prix maximal est de 1 400€.

## 2 Un impact quantitatif supérieur à celui qui était attendu et un impact qualitatif encore difficile à évaluer

### 2.1 Des volumes de vente et taux d'appareillage en très forte croissance dont on ne sait pas encore estimer le caractère structurel

#### 2.1.1 Des débuts difficiles du 100 % Santé en raison d'une réduction progressive du reste à charge et de la crise Covid-19

[24] Après une croissance forte et régulière jusqu'en 2018, la croissance du marché a ralenti en 2019 et en 2020, du fait de la mise en œuvre du 100 % Santé, qui a pu générer des reports d'achat dans l'attente de la mise en place complète de la réforme, puis du fait de la crise sanitaire.

[25] Les données de marché relatives à ces deux années sont difficiles à comparer aux années précédentes pour ces raisons et également à cause d'une évolution de la méthode de comptabilisation des volumes de vente par le SNITEM, dont les données faisaient jusqu'alors référence dans le secteur<sup>16</sup> :

- selon les données du SNITEM (« *sell out* » : volume de ventes d'aides auditives des fabricants aux audioprothésistes), le marché aurait crû de 6 % en 2019, avec 890 000 aides auditives vendues aux audioprothésistes, et de 3 % seulement en 2020, atteignant un niveau de 919 000 ;
- selon les analyses de la DSS, qui s'appuie sur l'exploitation des données du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM), le volume d'aides auditives vendues aux patients au cours de ces années aurait été sensiblement inférieur. En 2019, 796 000 aides auditives auraient été délivrées, soit 1,2 % de plus qu'en 2018, en net ralentissement par rapport aux années précédentes. En 2020, près de 830 000 aides auditives auraient été délivrées, soit une hausse de 4 % par rapport à 2019.

[26] Selon les représentants des audioprothésistes, le plus fort ralentissement du secteur comptabilisé par les données du SNIIRAM correspondrait davantage à la tendance réelle du marché sur les deux exercices en question.

---

<sup>15</sup> Avant la mise en œuvre du 100 % Santé, le prix maximal d'une aide auditive pour les bénéficiaires de la C2S était de 700 €.

<sup>16</sup> Le SNITEM a procédé à une forte modification de ses conditions de valorisation du marché à compter de 2019 en raison de l'évolution du mode de facturation des ventes des fabricants aux distributeurs (phénomène de stockage comptabilisé). Selon la majorité des acteurs du secteur, ces données ne seraient donc pas comparables à celles des années précédentes.

Tableau 2 : Comparaison des données relatives aux volumes de vente d'aides auditives (2018-2019)

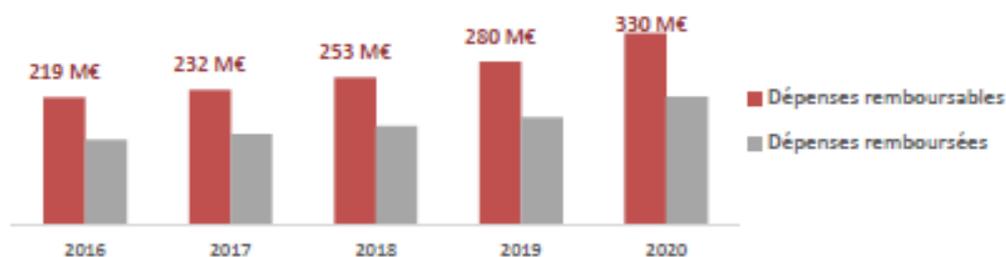
	2019	2020
Nombres d'aides auditives vendues par les fabricants aux audioprothésistes (données SNITEM)	890 000 (+6 %)	919 000 (+3 %)
Nombres d'aides auditives vendues par les audioprothésistes (données SNDS – analyse DSS)	796 000 (+1,2 %)	830 000 (+4 %)

Source : Mission

[27] La réforme 100 % Santé a ainsi connu un démarrage relativement lent dans le secteur des aides auditives puisque la croissance du marché en 2019 (+1,2 %) se serait établie (avec les réserves méthodologiques précédemment évoquées) à un niveau significativement inférieur à celui des années précédentes (autour de 6-7 %). Ce constat peut s'expliquer notamment par la mise en place très progressive des paramètres du 100 % Santé, en trois ans, qui a pu donner lieu à des phénomènes d'attente pour l'acquisition ou le renouvellement d'aides auditives. En effet, un patient faisant l'acquisition d'une aide auditive de classe I en 2019 faisait encore face à un reste à charge de 630 € (soit 1 260 € pour un appareillage binaural), et de 380 € en 2020 (soit 760 € pour les deux oreilles).

[28] Le montant des remboursements d'aides auditives par l'assurance maladie obligatoire, pour sa part, n'a pas cessé d'augmenter au cours des dernières années. En 2019, il s'établissait à 158,4 M€. Il a augmenté l'année suivante, atteignant 194,6 M€, soit une augmentation de 22,8 %.

Graphique 2 : Evolution des dépenses de remboursement d'aides auditives par l'assurance maladie obligatoire (2016-2020)



Source : DSS

[29] Enfin, le prix moyen des appareils a augmenté de 19 % en 2019, après plusieurs années de stabilité, en raison de la révision au 1<sup>er</sup> janvier 2019 des normes minimales de qualité requises pour qu'une aide auditive puisse être remboursée par l'assurance maladie. En 2020, le prix moyen des appareils a baissé de 1,3 % par rapport à 2019, le prix limite de vente des appareils 100 % Santé délivrés aux adultes non bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S) ayant été abaissé au 1<sup>er</sup> janvier 2020 de 1 300 € à 1 100 €. Ainsi, le prix moyen global des appareils de la classe I (y compris C2S) est passé de 992 € en 2019 à 883 € en 2020. Le prix médian des aides auditives de classe II s'établissait, quant à lui, à 1 564 € en 2020.

## 2.1.2 Un marché et des dépenses en très forte progression depuis le début de l'année 2021

### 2.1.2.1 Une très forte augmentation du marché en volume et dans une moindre mesure en valeur

[30] Le passage d'un reste à charge moyen de 850 € par oreille en 2018<sup>17</sup>, soit 1 700 € pour un appareillage binaural, à un reste à charge nul pour les appareils de classe I à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021 a permis de lever une large partie de l'obstacle financier à l'accès aux soins. La réforme 100 % Santé a ainsi alimenté la croissance forte du marché observée au cours des premiers mois de l'année 2021.

#### **Le maintien d'une certaine contrainte financière pour l'accès aux aides auditives**

La mise en place du 100 % Santé n'a pas levé l'intégralité de la contrainte financière pour l'ensemble des patients, pour différentes raisons :

- l'absence de tiers-payant intégral pour une part encore importante des ventes (cf. *infra*) implique une avance de frais pour des patients qui ne sont pas nécessairement en mesure de la réaliser, même s'ils sont certains d'être *in fine* remboursés s'ils disposent d'une complémentaire santé responsable ;
- pour la période d'essai réglementaire minimum d'un mois, il est régulièrement demandé au patient de déposer un chèque de caution dont le montant s'élève le plus souvent à l'intégralité de la valeur de vente de l'appareil, soit 950 € pour un appareil de classe I, alors même que le coût d'achat de l'aide auditive de classe I est nettement inférieur à 300 €. Pour la même période d'essai réglementaire, il peut également être demandé au patient de prendre une assurance perte/casse, dont le montant apparaît très élevé au regard du coût d'achat de l'aide auditive pour l'audioprothésiste (cf. *infra*) ;
- même si les contrats responsables représentent aujourd'hui, selon la DREES, près de 98 % des contrats d'assurance santé, les représentants des audioprothésistes ont fait part à la mission du fait qu'une proportion plus importante de leurs potentiels clients/patients ne disposeraient pas de couverture par un contrat responsable. Une proportion de l'ordre de 5 % des patients a ainsi été indiquée à la mission. Ce décalage pourrait être dû notamment au fait que les personnes âgées, qui constituent la cible principale des aides auditives, sont souvent moins bien couvertes (contrats individuels plus onéreux que les contrats collectifs) ;
- enfin, différentes catégories de personnes sont écartées du bénéfice de la réforme : bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat, détenus...

[31] Selon les données du pôle audiologie du SNITEM, 906 928 aides auditives ont été vendues aux audioprothésistes au cours des six premiers mois de 2021. Il s'agit d'un volume plus de deux fois supérieur à celui du 1<sup>er</sup> semestre 2020 (+ 140 %). La comparaison est cependant plus pertinente avec la même période de 2019, qui n'était pas impactée par la crise sanitaire, et montre une augmentation de 94 %.

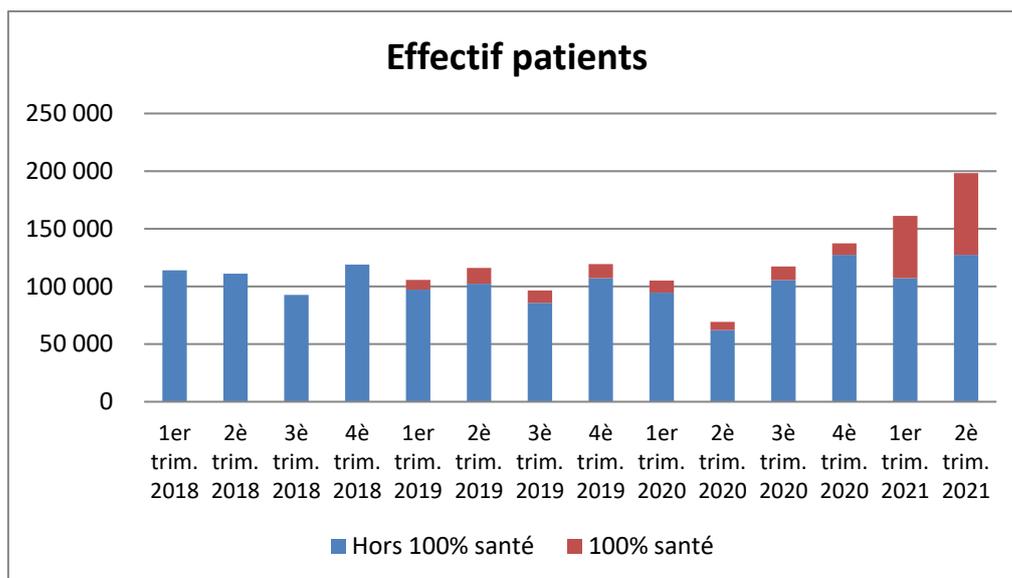
[32] Selon les données communiquées par la CNAM à la mission, le premier semestre 2021 a globalement connu une très forte augmentation du marché de l'appareillage auditif :

- le nombre de personnes appareillées (hors bénéficiaires de la C2S) au cours du premier semestre 2021 s'élève à près de 360 000<sup>18</sup>, soit une augmentation de 62 % du nombre de personnes s'étant équipé d'aides auditives par rapport au premier semestre 2019 ;

<sup>17</sup> Source : dossier de presse 100 % Santé

<sup>18</sup> Donnée exacte : 359 483

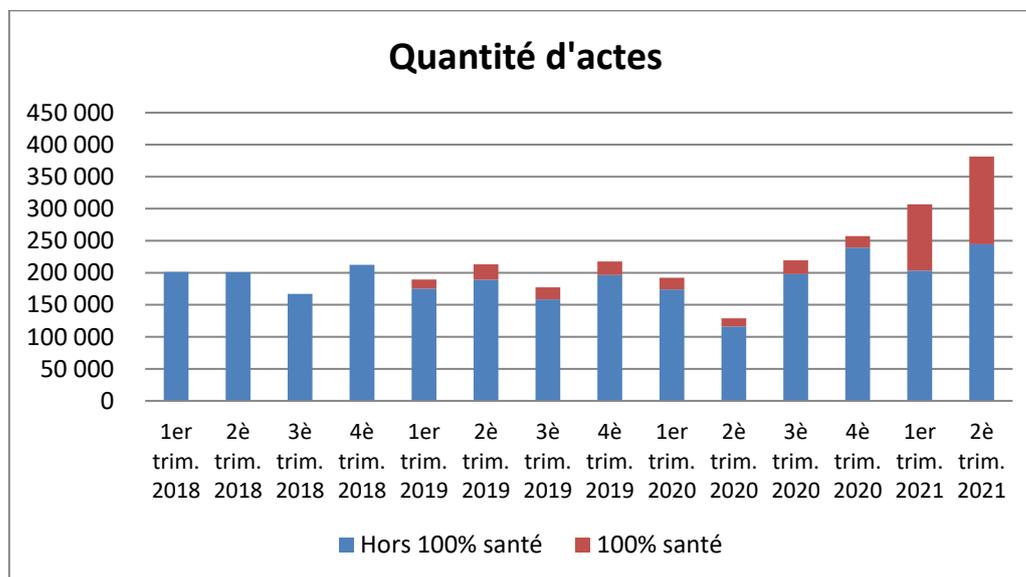
Graphique 3 : Evolution trimestrielle du nombre de personnes appareillées (2018-2021) – hors C2S



Source : Données CNAM (SNIIRAM)

- le nombre d'aides auditives (hors C2S) vendues au cours du premier semestre 2021 s'élève quant à lui à plus de 688 000, soit une augmentation de près de 71 % par rapport à la même période de 2019 ;

Graphique 4 : Evolution trimestrielle du nombre d'aides auditives vendues (2018-2021) – hors C2S



Source : Données CNAM (SNIIRAM)

### 2.1.2.2 Une augmentation encore plus forte des dépenses de l'assurance maladie, qui a renforcé sa couverture des dépenses d'aides auditives

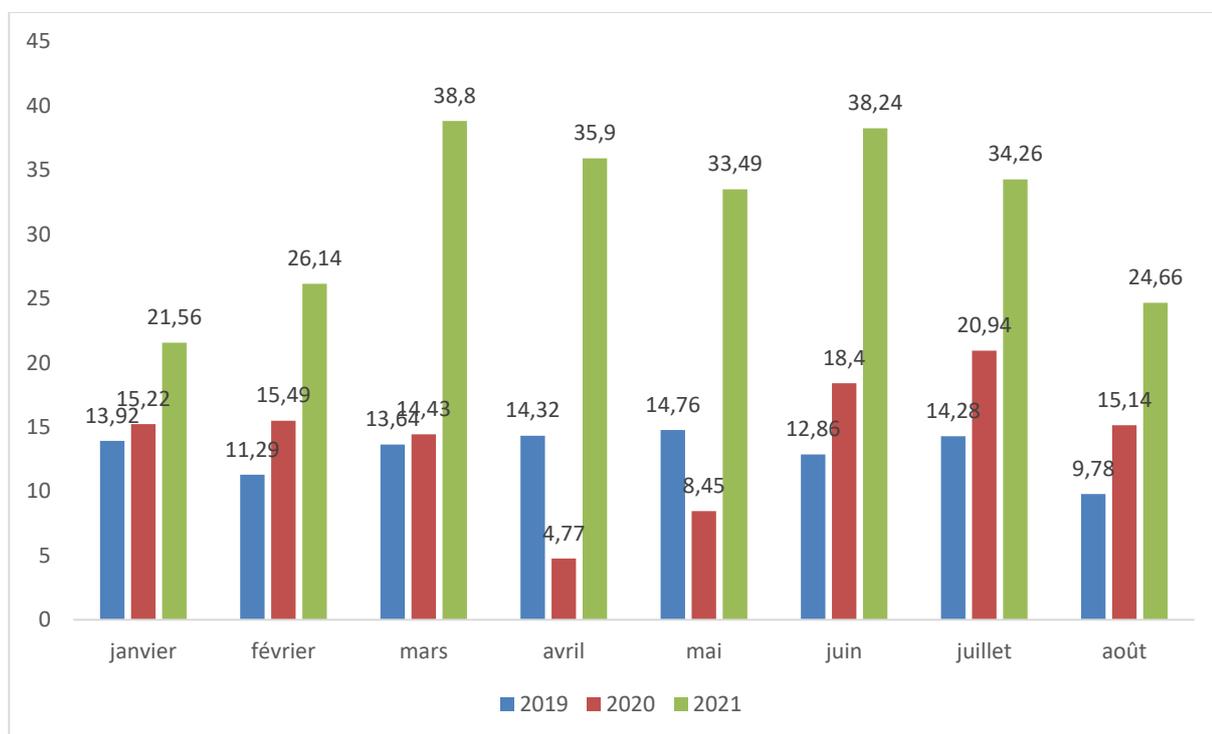
[33] Au cours des huit premiers mois de l'année 2021, les remboursements de l'assurance maladie obligatoire pour des aides auditives ont augmenté de près de 124 % par rapport à la période équivalente de 2019, passant de 104,9 M€ à 253,1 M€ (soit un total de remboursements supérieur

de 30 % à l'ensemble de l'année 2020). A titre indicatif, de janvier à août 2021, les remboursements mensuels de l'assurance maladie obligatoire pour des aides auditives étaient en moyenne de 31,6 M€, contre 16,2 M€ en 2020 (+ 95 %) et 13,2 M€ en 2019 (+ 140 %).

[34] Cette plus forte augmentation des dépenses de l'assurance maladie obligatoire est liée à l'augmentation très significative de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (cf. *supra*).

[35] Dans le détail, en dehors du mois de janvier, tous les mois ont connu au moins un doublement des remboursements de l'assurance maladie obligatoire (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 5 : Evolution des remboursements mensuels d'aides auditives par l'assurance maladie obligatoire (2019-2021) – données en millions d'euros



Source : Données CNAM

### 2.1.2.3 Un doublement des remboursements des OCAM

[36] Les remboursements des complémentaires santé pour des aides auditives ont également connu une très forte croissance, de l'ordre de 100 %, entre le premier semestre 2019 et le premier semestre 2021. En effet, selon la Fédération française de l'assurance (FFA), les prestations versées par l'ensemble des OCAM au titre des appareils auditifs (hors accessoires) au cours du premier semestre 2021 (555 M€) ont augmenté de 100 % par rapport au premier semestre 2019, ce qui représente 278 M€ de plus que sur la même période de 2019.

[37] La question de la soutenabilité d'une telle augmentation pour les complémentaires santé a été posée par les représentants du secteur rencontrés par la mission. En effet, ces prestations ont connu une progression nettement plus dynamique que celles versées au titre de l'ensemble de l'assurance santé (+9 %, cf. tableau suivant). Selon l'un des principaux opérateurs de tiers-payant rencontré par la mission, les dépenses du régime complémentaire pour le remboursement d'aides auditives

s'élevaient à environ 350 M€ en 2019 et seraient attendues en 2021 à un niveau compris entre 700 et 920 M€, selon le niveau d'atterrissage du marché (soit une augmentation des remboursements du régime complémentaire par rapport à 2019 comprise entre 350 et 570 M€).

Tableau 3 : Marché de l'assurance santé au premier semestre 2021 – toutes complémentaires santé concernées (CTIP, FFA et FNMF)

	Evolution du marché de l'assurance santé au 1 <sup>er</sup> semestre 2021 par rapport au 1 <sup>er</sup> semestre 2019	
Cotisations	+3 %	+550 M€
Prestations versées	+9 %	+ 1450 M€
<i>Dont audiologie</i>	+100 %	+278 M€

Source : Contribution FFA pour la mission à partir de données CTIP, FFA et FNMF

#### 2.1.2.4 Des facteurs à la fois structurels – l'impact du 100 % Santé – et conjoncturels à l'origine de la croissance importante du marché au premier semestre 2021

[38] Il est particulièrement difficile de décomposer les différents facteurs d'augmentation du marché au cours des derniers mois, la croissance relevant à la fois d'effets structurels (accessibilité renforcée du fait de la mise en place d'une offre sans reste à charge, cf. *supra*) et d'effets conjoncturels. Les effets conjoncturels peuvent être décomposés de la façon suivante :

- rattrapage d'une partie des appareillages non réalisés en 2020 du fait de la crise sanitaire (même si potentiellement déjà rattrapés sur la fin d'année 2020) ;
- attentisme de certains patients qui, pour profiter d'un reste à charge nul, ont pu décaler leur appareillage de la période 2019-2020 vers le début d'année 2021, que ce soit en primo-appareillage ou en renouvellement. Le niveau du marché 2020 étant comparable à celui de 2018, plusieurs représentants des audioprothésistes considèrent que deux années de croissance à 7 % (tendance historique récente) auraient ainsi été perdues. Le seul retour à des conditions de marché stabilisées serait ainsi à l'origine d'une croissance de 22,5 % du marché par rapport à 2018<sup>19</sup> ;
- effet d'aubaine sur le renouvellement de très vieux appareils.

[39] A titre indicatif, après une augmentation en volume du marché global des aides auditives attendue à +70 % en 2021, le SYNEA considère que le marché pourrait décrocher de l'ordre de 8 % en 2022, reflétant ainsi la part significative de la dimension conjoncturelle pour la croissance attendue du marché en 2021.

<sup>19</sup> Base 100 en 2018, à laquelle on applique une croissance annuelle moyenne de 7 % (107 en 2019 ; 114,5 en 2020 ; 122,5 en 2021).

### 2.1.3 Une part plus importante qu'attendu des aides auditives appartenant à la classe I

#### 2.1.3.1 Une part de 40 % des aides auditives de classe I en volume

[40] La part des ventes d'aides auditives de la classe I dans le total des ventes d'aides auditives au cours des premiers mois de 2021, estimée à environ 40 %, est significativement supérieure à ce qui était attendu par les professionnels de la filière<sup>20</sup>.

[41] Selon les données communiquées par le pôle audiologie du SNITEM, au cours des six premiers mois de l'année 2021, les ventes d'aides auditives de la classe I aux audioprothésistes représentaient 40 % des volumes des fabricants<sup>21</sup>. Pour la même période de l'année 2020, la part du volume des ventes de classe I n'était que de 13-14 % (et de 16 % sur l'ensemble de l'année 2020).

[42] Le « taux de pénétration » de l'offre 100 % Santé au niveau de la distribution des aides auditives<sup>22</sup>, évalué à partir des données issues du SNIIRAM, au cours du premier trimestre 2021 était également estimé à 40 %, en forte croissance par rapport aux mois précédents où les aides auditives de classe I n'étaient pas encore proposées avec un reste à charge nul. La part du panier 100 % Santé en audioprothèses est ainsi significativement supérieure à celle de l'équivalent dans le secteur de l'optique (cf. graphique suivant).

Graphique 6 : Taux de pénétration des dispositifs 100 % Santé (France entière, tous régimes)



Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, PLFSS 2022, p. 107, à partir de données SNIIRAM

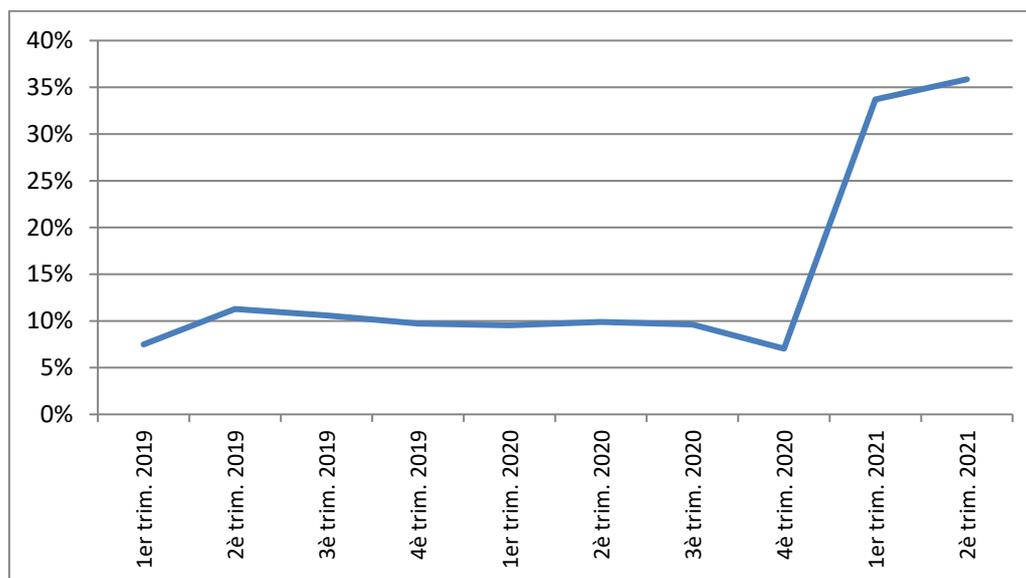
[43] Hors aides auditives dispensées aux bénéficiaires de la C2S, la part du volume de ventes des aides auditives de classe I est légèrement inférieure, de l'ordre de 35 %.

<sup>20</sup> Néanmoins, comme il a précédemment été indiqué, selon la DSS, les discussions entre l'Etat et les représentants de la filière ont toujours évoqué le fait que ce taux de 20 % serait un minimum et que la cible réelle se situait entre 20 et 40 % de classe I.

<sup>21</sup> <https://www.ouiemagazine.net/2021/09/08/ventes-daudioprotheses-un-semestre-historique/>

<sup>22</sup> C'est-à-dire la part d'équipements 100 % Santé délivrés sur le total des équipements délivrés pour une période donnée.

Graphique 7 : Evolution trimestrielle de la part en volume des aides auditives de classe I dans le total des aides auditives distribuées (2018-2021)



Source : Données CNAM (SNIIRAM)

[44] Pour rappel, le protocole d'accord du 7 juin 2018 prévoyait quant à lui une clause de volume d'au moins 20 % pour les aides auditives de la classe I, c'est-à-dire que les signataires du protocole d'accord s'étaient mutuellement accordés sur l'objectif suivant : « dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de la prise en charge des aides auditives un suivi régulier, a minima annuel, des volumes de vente, du taux de recours à chaque classe d'aide auditive, de l'évolution des prix et de la réalisation effective des prestations de suivi sera mis en place. Ce suivi sera réalisé dans le cadre d'un observatoire qui réunira l'ensemble des parties prenantes. Il est attendu une répartition des prises en charge d'au moins 20 % pour les aides auditives de classe I ».

[45] Il est à noter que la cible définie par le gouvernement pour ses « objectifs de la vie quotidienne » (« OVQ ») dans le cadre du baromètre de l'action publique est, quant à elle, de 40 % de classe I en 2022. Cette cible plus ambitieuse s'explique par la volonté du gouvernement de voir la classe I répondre à une grande partie des besoins de la population et correspondrait à la qualité constatée du panier du 100 % Santé, qui serait susceptible de répondre aux besoins d'une large partie de la population, en particulier des personnes atteintes d'une presbyacousie « simple » (cf. *infra*).

### 2.1.3.2 Une part logiquement moindre de la classe I en valeur

[46] Selon les données communiquées à la mission par la CNAM, les ventes d'aides auditives de la classe I auraient représenté environ 25 % de la valeur totale des ventes au premier trimestre 2021 (hors patients bénéficiaires de la C2S<sup>23</sup>).

[47] Les prix moyens des aides auditives (hors C2S) ont suivi une tendance à la baisse depuis la mise en place du 100 % Santé :

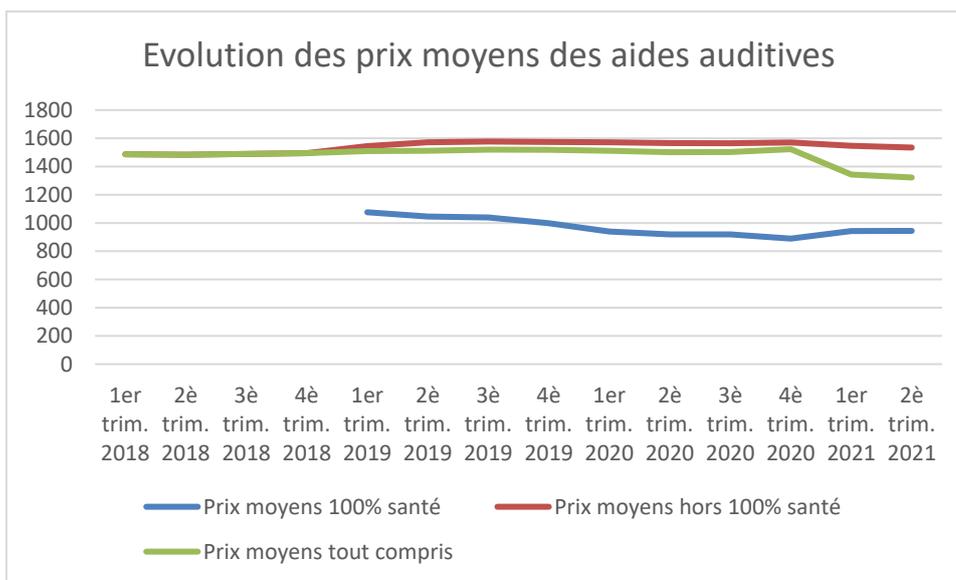
- les prix moyens des aides auditives de la classe I sont passés de 1 076 € au premier trimestre 2019, où le panier 100 % Santé a été mis en place, à 944 € au deuxième trimestre 2021 (un

<sup>23</sup> Pour rappel, ces données ne sont pas comparables avec celles du SNITEM, pour des raisons méthodologiques.

prix moyen inférieur à 950 € s'explique par les pratiques de certains réseaux de soins qui imposent des prix inférieurs à leurs centres d'audioprothèses adhérents) ;

- les prix moyens des aides auditives de la classe II se sont maintenus autour de 1 570 € avant de diminuer au cours du premier semestre 2021 (1 547 € au premier trimestre puis 1 534 €) ; cette tendance baissière peut notamment s'expliquer, selon les audioprothésistes rencontrés par la mission par une forme de pression à la baisse induite par la mise en place du 100 % Santé<sup>24</sup>.

Graphique 8 : Evolution des prix moyens des aides auditives (2018-2021)



Source : Données CNAM (SNIRAM)

#### 2.1.4 Une progression forte du taux d'appareillage à laquelle il convient de prêter attention

[48] Comme il a été précédemment exposé, le taux d'appareillage de la population souffrant de déficience auditive en France estimé par l'étude de référence EuroTrak<sup>25</sup> était en 2018 de 41 %. Selon les estimations du SYNEA, le taux d'appareillage de la population française concernée aurait atteint 44 % fin 2020. Il était estimé à 17 % par la HAS en 2008.

[49] La mise en œuvre complète du 100 % Santé dans le secteur des aides auditives à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021 donne accès à l'appareillage à une partie significative de la population, qui ne pouvait auparavant se permettre d'acquérir des aides auditives pour des raisons financières.

[50] Les professionnels du secteur considèrent même aujourd'hui que la France pourrait très rapidement devenir le pays avec le plus important taux d'appareillage au monde, dépassant ainsi le Danemark dont le taux d'appareillage (53 % en 2018 selon Eurotrak) de la population malentendante était jusqu'alors considéré comme un plafond difficilement atteignable.

<sup>24</sup> Un écart trop important entre les prix des aides auditives de la classe II et de la classe I dissuaderait l'acquisition d'aides auditives de classe II et aurait donc amené les audioprothésistes à progressivement réduire leur marge sur les aides auditives de classe II afin de proposer des prix plus bas, et donc plus proches du prix de la classe I (950 €).

<sup>25</sup> EuroTrak est l'étude de référence au niveau européen, qui compare pays à pays l'épidémiologie et les usages des personnes atteintes de déficience auditive. EuroTrak est une étude pilotée par l'EHIMA (European Hearing Instrument Manufacturers Association), l'association européenne des fabricants d'aides auditives.

[51] La progression de la part d'appareillage binaural est un indice de risque de dérive, qui s'ajoute à des exemples flagrants de non-respect de la réglementation qui ont été soulignés par des ORL et des audioprothésistes auprès de la mission.

Tableau 4 : Evolution de la part d'appareillage binaural (2018-2021)

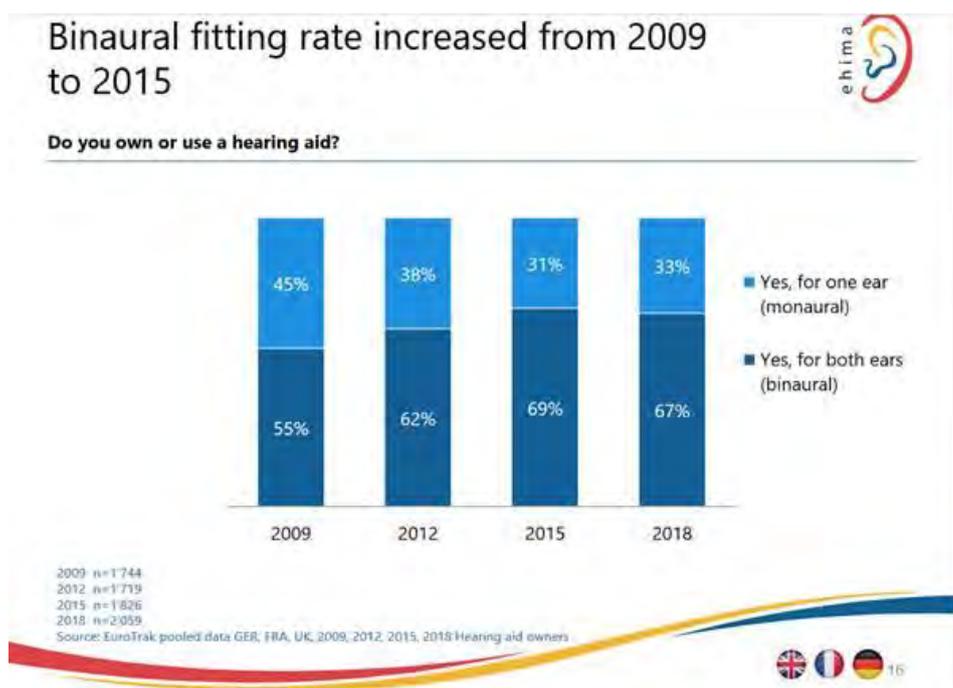
	2 018	2 019	2 020	1er semestre 2021
Part de stéréo	75,0%	78,9%	82,1%	87,9%

Source : Données CNAM (SNIIRAM)

[52] En 2018, le taux d'appareillage binaural en France était légèrement supérieur à la moyenne des principaux marchés européens (Allemagne, France, Royaume-Uni), comme le montre le graphique suivant. Cette moyenne reflète par ailleurs des pratiques très différentes selon les pays, puisque le taux d'appareillage binaural était, selon ces données, de 61 % au Royaume-Uni et de 75 % en Allemagne (NB : taux d'appareillage binaural de 70 % en France selon EuroTrak en 2018).

[53] La part d'appareillage binaural aurait beaucoup augmenté au cours des premiers mois de 2021, poursuivant une tendance déjà observée au cours des années précédentes, que la mission n'a pas pu analyser mais qui mériterait des investigations spécifiques.

Graphique 9 : Evolution du taux d'appareillage binaural dans les trois principaux marchés européens de l'appareillage auditif (2009-2018)



Source : EuroTrak 2018

[54] Il convient donc de rester très attentif et, outre le renforcement des contrôles et de la surveillance des pratiques promotionnelles, d'évaluer rapidement une cible raisonnable de taux d'appareillage de la population.

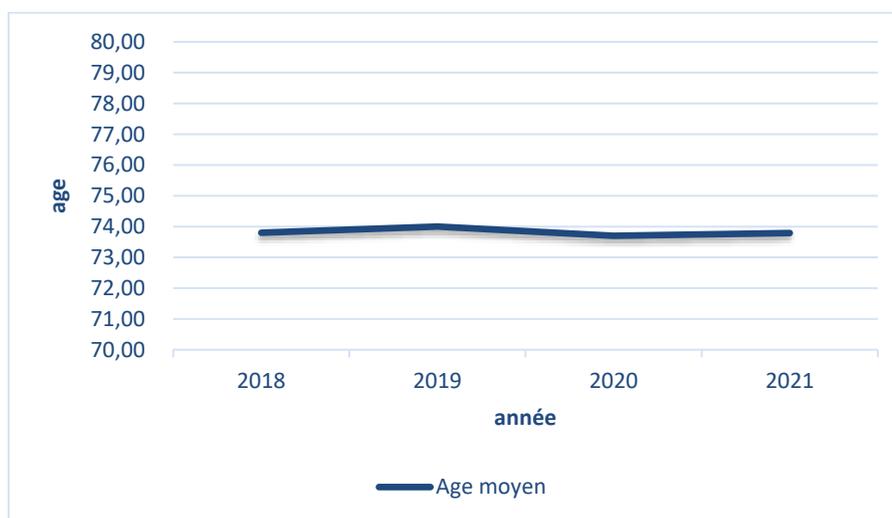
## 2.2 Aucun changement majeur observé concernant le profil des patients ou l'organisation de la filière à la suite de la mise en œuvre du 100 % Santé

[55] Selon la plupart des professionnels rencontrés par la mission, la mise en œuvre du 100 % Santé n'aurait pas modifié significativement le profil des patients appareillés en termes de pyramide des âges ou de type de perte auditive. *A contrario*, la levée de la contrainte financière permise par la mise en place d'un panier avec un reste à charge nul (les aides auditives de la classe I) aura donné accès à l'appareillage auditif à des personnes au profil social moins favorisé que par le passé. Ce dernier constat reste néanmoins difficile à objectiver à ce stade à partir des données auxquelles a pu accéder la mission.

[56] A l'occasion du congrès de la Société française d'ORL (SFORL) du 1<sup>er</sup> octobre 2021, le SYNEA a réalisé un premier bilan du 100 % Santé concernant l'évolution du profil des patients et des prescriptions pour un appareillage auditif, au sein d'un échantillon représentatif de centres auditifs faisant partie d'enseignes membres du syndicat. Les principales conclusions en étaient les suivantes :

- l'âge moyen d'appareillage n'évolue pas de façon significative et reste stable autour de 74 ans ; il serait même en légère augmentation, du fait de l'appareillage d'un certain nombre de patients qui attendaient la levée de l'obstacle financier pour s'appareiller avec des aides auditives de classe I. A l'occasion d'un déplacement du ministre des Solidarités et de la Santé dans un centre Amplifon, le 1<sup>er</sup> octobre 2021, visant à dresser un premier point de bilan relatif au 100 % Santé dans le secteur des audioprothèses, le directeur général de l'enseigne en France a également souligné que l'âge moyen de premier appareillage restait à l'heure actuelle stable<sup>26</sup> ;

Graphique 10 : Evolution de l'âge moyen d'appareillage chez des adhérents du SYNEA (2018-2021)

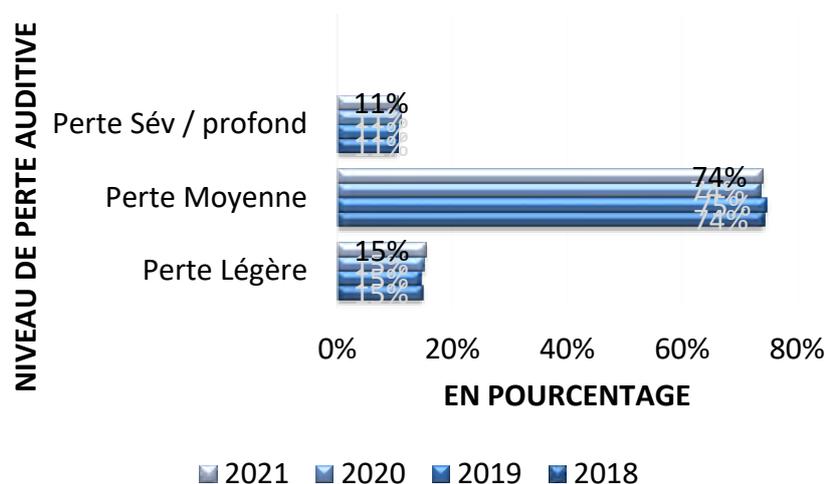


Source : SYNEA, pour la Journée de l'audition du congrès de la SFORL

<sup>26</sup> Il envisageait néanmoins une possible baisse à court terme, constatant « une accélération de l'équipement des jeunes seniors [...] masqué[e] par le fait que des gens de 75, 80 ans, parfois plus, se disent « J'y vais ». La moyenne ne bouge pas car il y a cet effet de rattrapage mais je pense qu'on va voir émerger assez fortement un rajeunissement de l'appareillage, ce qui est une bonne nouvelle ! ». Source : <https://www.ouiemagazine.net/2021/10/01/olivier-veran-communique-sur-la-reussite-du-100-sante-en-audio/>

- la répartition des niveaux de perte n'évolue pas :
  - les pertes sévères et profondes auraient représenté, de façon constante, de 2018 à 2021, près de 11 % des appareillages ;
  - les pertes moyennes autour de 74-75 % des appareillages ;
  - les pertes légères environ 15 % ;

Graphique 11 : Répartition des appareillages par niveau de perte auditive chez des adhérents du SYNEA (2018-2021)

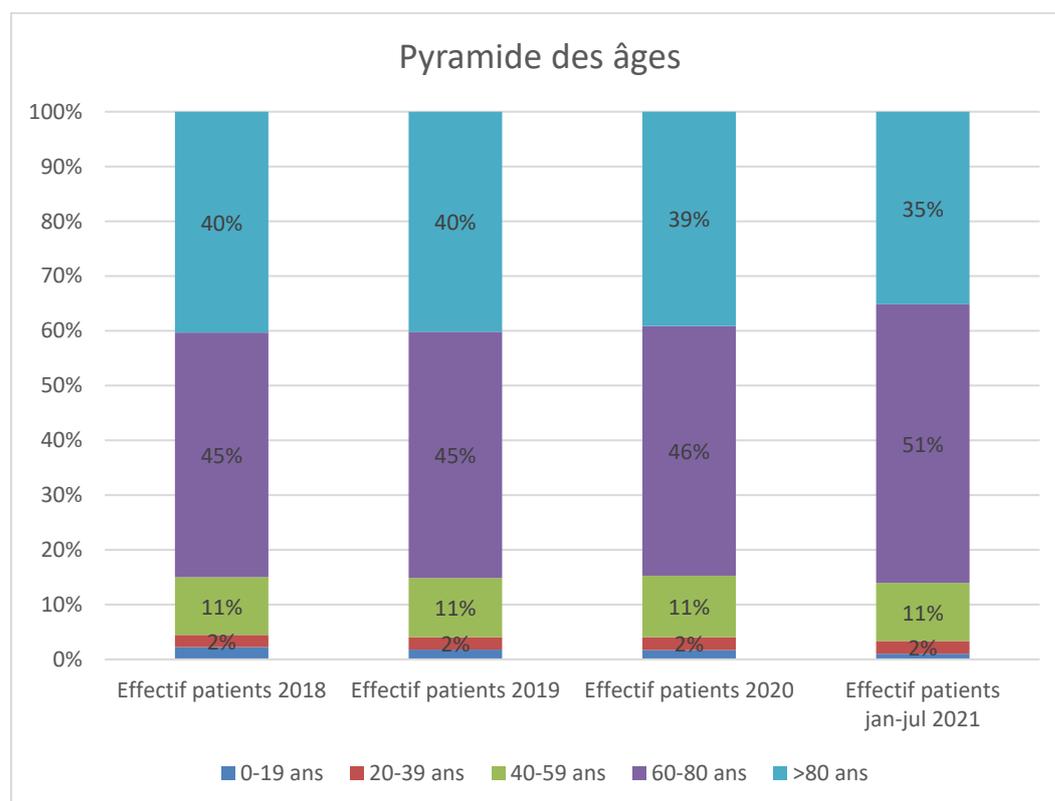


Source : SYNEA, pour la Journée de l'audition du congrès de la SFORL

- le délai médian entre la date de prescription et l'appareillage aurait augmenté, du fait de l'encombrement des agendas des audioprothésistes et, surtout, de l'obligation d'une période d'essai d'un mois (cf. *supra*, arrêté du 14 novembre 2018) : celui-ci serait passé d'environ 45 jours en 2018 à plus de 75 jours depuis le début de l'année 2021. A ce sujet, les représentants des audioprothésistes ont tous souligné que la pratique de l'essai était auparavant assez largement partagée dans la profession ; sa durée d'un mois minimum dans le cadre spécifique d'un renouvellement, et non d'un primo-appareillage, apparaissant excessif à certains (cf. *infra*).

[57] La CNAM n'a, par ailleurs, pas encore mené d'analyse générale concernant l'évolution du profil des patients. De telles analyses devraient être menées à l'issue d'un premier exercice complet dans les nouvelles conditions du 100 % Santé. Selon les premières données communiquées à la mission, il n'est pas possible de déterminer à ce stade si l'âge moyen d'appareillage a évolué. Néanmoins, il apparaît de façon très claire que les classes d'âge qui ont le plus profité de la mise en œuvre du 100 % Santé sont les personnes de 65 à 79 ans : alors qu'elle ne représentait que 45/46 % des patients entre 2018 et 2020, cette classe d'âge représentait 51 % des patients ayant acquis des aides auditives sur les sept premiers mois de l'année 2021.

Graphique 12 : Evolution de la pyramide des âges des patients ayant acquis des aides auditives (2018-2021)



Source : Données CNAM (SNIIRAM)

[58] Au-delà de ces données nationales, la mission a pu accéder à certaines données relatives au profil des patients de la région Grand-Est, qui lui ont été communiquées par les représentants des caisses d'assurance maladie obligatoire de cette région. A la différence des données collectées par les représentants du SYNEA, il ressort que la mise en place du 100 % Santé pourrait avoir entraîné dans cette région une légère baisse de l'âge d'appareillage des patients. En effet, la part des patients de la classe d'âge comprise entre 50 et 69 ans serait passée, entre le premier semestre 2019 et le premier semestre 2021, de 25,7 % à 31,5 %, soit une augmentation de 5,8 points. *A contrario*, la part des patients de classe d'âge des 70 ans et plus serait passée de 68,1 % à 62,2 %, soit une baisse de 5,9 points.

[59] Parmi les autres variables caractéristiques du profil des patients pouvant être suivies par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), il ressort que la part de patients souffrant d'affections longue durée (ALD) et des bénéficiaires de la C2S aurait également augmenté dans la région Grand-Est entre le premier semestre 2019 et le premier semestre 2021.

Tableau 5 : Evolution du profil des patients ayant bénéficié de remboursements des CPAM de la région Grand-Est pour l'achat d'aides auditives (1<sup>er</sup> semestre 2019-1<sup>er</sup> semestre 2021)

	S1 2019	S1 2021	Evolution 2019/21
Classe I	2 269	9 170	+304%
Classe II	12 751	19 797	+55%
Total	15 020	28 967	+93%
% moins de 20 ans	1,4%	0,9%	- 0,5 point
% entre 20 et 49 ans	4,8%	5,4%	+ 0,6 point
% entre 50 et 69 ans	25,7%	31,5%	+ 5,8 points
% 70 ans et plus	68,1%	62,2%	-5,9 points
% ALD	28,8%	30,3%	+1,5 point
% C2S	3,1%	5,5%	+ 2,4 points

Source : Direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR) de la région Grand-Est

## 2.3 Des positions des différents acteurs de la filière qui ne semblent pas avoir évolué pour le moment

### 2.3.1 Une part de marché des fabricants restée stable

[60] Selon les professionnels de la filière, la mise en œuvre du 100 % Santé n'aurait pas substantiellement modifié la répartition des parts de marché respectives des différents fabricants d'aides auditives. En effet, l'ensemble des principaux fabricants disposent d'un nombre significatif de références en classe I et en classe II et les audioprothésistes n'auraient donc pas eu tendance à faire évoluer leurs achats. Néanmoins, les dérogations techniques prévues dans le protocole d'accord de juin 2018 (cf. supra, notamment la réduction possible du nombre de canaux à 8 en contrepartie d'autres options) restent importantes pour certains fabricants qui, sans cela, seraient en difficulté pour proposer des aides auditives de classe I. Et, pour certains fabricants, la classe I représenterait désormais 60 % de leurs ventes.

[61] A titre indicatif, selon le baromètre 2018 du cabinet de conseil Gallileo Business Consulting, un audioprothésiste se fournit auprès de trois à quatre fabricants, sachant que la part relative du premier fournisseur représente en moyenne 63 % de ses achats (contre 24-25 % pour le deuxième et 10-11 % pour le troisième). Selon certains observateurs du marché, la nouvelle segmentation du marché (classe I/classe II) aurait pu modifier le degré de concentration des achats, en fonction de la répartition de l'activité des centres sur ces deux segments. Cette hypothèse ne paraît cependant pas avoir été confirmée depuis le début de l'année 2021.

[62] L'évolution des parts de marché respectives des audioprothésistes, en distinguant notamment les groupes d'enseignes et les indépendants, n'est pas connue par les acteurs du secteur. Il conviendra, le cas échéant, d'analyser les effets du 100 % Santé sur la structure de la distribution des aides auditives à l'issue d'une première année complète d'exercice dans les nouvelles conditions du marché.

### 2.3.2 Une part des prescriptions de médecins généralistes qui a augmenté

[63] Comme développé dans l'annexe 3, la part des prescriptions de médecins généralistes aurait augmenté avec la mise en œuvre du 100 % Santé.

## 2.4 Une absence problématique de données sur l'impact qualitatif pour les patients

[64] Au-delà des critères purement volumétriques d'évaluation de la réforme 100 % Santé (notamment l'augmentation des ventes d'aides auditives, en particulier de classe I, cf. *supra*), le succès de la réforme au niveau sanitaire dépend de la qualité de l'observance, en particulier par les patients qui n'ont pas eu à déboursier d'argent pour s'appareiller. Il convient en effet d'éviter le phénomène, parfois décrit et redouté, d'abandon des aides auditives « dans le tiroir de la table de nuit ».

[65] L'ensemble des professionnels de la filière auditive considère que seul un port régulier pendant un nombre d'heures important chaque jour (huit *a minima*) permet d'obtenir un gain audioprothétique significatif. Or, les administrations centrales du ministère chargé de la santé et la CNAM ne disposent pas d'indicateur permettant d'évaluer cette observance. Il est donc impossible à ce jour de savoir si les patients nouvellement appareillés dans le cadre du 100 % Santé sont plus ou moins observants que les patients précédemment appareillés. La plupart des audioprothésistes rencontrés par la mission craignent cependant que ces données d'observance ne se dégradent.

[66] Or, de nouvelles technologies permettent déjà de connaître à distance un certain nombre de données relatives au port des aides auditives. L'arrêté du 14 novembre 2018 prévoit d'ailleurs déjà, au titre des spécifications techniques minimales devant être intégrées à l'ensemble des aides auditives, classes I et II confondues, « *un système d'enregistrement des données permettant l'enregistrement directement dans l'aide auditive de certaines données concernant leur utilisation et les conditions dans lesquelles elles ont été utilisées (notamment le nombre d'heures portées, le fonctionnement de la synchronisation binaurale le cas échéant, l'activation des programmes, le volume d'amplification utilisé)* ». Les audioprothésistes ont ainsi potentiellement accès à des données cruciales pour l'analyse de l'observance de leurs patients. A terme, il serait souhaitable de réfléchir à la meilleure façon d'analyser ces données, tout en respectant les contraintes propres au règlement général de protection des données (RGPD), pour le cas échéant faire évoluer certains paramètres de la réforme 100 % Santé.

## 3 Une réforme qui souffre encore d'imperfections de conception ou de mise en œuvre

### 3.1 De premiers contrôles de la DGCCRF sur la mise en œuvre du 100 % Santé qui font apparaître quelques lacunes communes au secteur de l'optique-lunetterie

[67] Une campagne de contrôles de la DGCCRF sur les conditions de mise en œuvre de la réforme 100 % Santé, dans les secteurs de l'optique et de l'audioprothèse, a été lancée le 1<sup>er</sup> octobre 2020 pour une durée d'un an. L'objectif de la DGCCRF est de réaliser 700 contrôles sur douze mois. Dans le cadre de ces contrôles, il s'agit notamment de vérifier l'utilisation par les professionnels des nouveaux modèles de devis et plus largement de s'assurer de l'absence de pratiques commerciales déloyales et du respect des obligations en matière d'information précontractuelle. Cette enquête est

à visée corrective, même s'il peut y avoir une visée répressive pour certains manquements ou délits/contraventions. Un bilan de l'enquête sera réalisé en fin d'année 2021.

[68] Au mois d'avril 2021, 390 établissements avaient été contrôlés – à la fois les structures physiques, selon des critères permettant d'assurer une couverture nationale représentative (contrôles en centre-ville, périphérie, campagne ; contrôle de chaînes comme d'indépendants) et leurs sites internet. L'essentiel des contrôles (70 %) avait concerné des opticiens.

[69] Parmi les problèmes de non-conformité constatés par les services de la DGCCRF, non spécifiquement pour les audioprothésistes, figuraient notamment les points problématiques ci-dessous (détails dans l'encadré suivant) :

- non-respect de l'obligation générale d'information précontractuelle (34 % des non-conformités) ;
- mauvaise information sur les prix et les conditions particulières de vente (30 %) ;
- existence de pratiques commerciales trompeuses (13 %) ;
- mauvaise application ou absence de garantie légale de conformité et commerciale (6 %) ;
- existence de contrats et clauses abusives (4 %).

#### **Premiers résultats des contrôles réalisés par la DGCCRF**

Parmi les problèmes de non-conformité constatés par les services de la DGCCRF, non spécifiquement pour les audioprothésistes, figuraient les points suivants :

##### Obligation générale d'information précontractuelle (34 % des non-conformités) :

- Mention obligatoire informant de la remise gratuite de devis approximative ou absente des points de vente
- Information obligatoire relative aux prix des prestations absente des points de vente

##### Information sur les prix et les conditions particulières de vente (30 %) :

- Devis non remis
- Offre « 100% Santé » présentée avec un reste à charge, sans prise en charge OCAM, à l'inverse de l'autre offre
- Absence de présentation de l'offre 100% Santé dans le devis (supprimée ou non complétée)
- Devis non signé par une partie
- Caractéristiques des produits non mentionnées dans le devis ou incompréhensibles

##### Pratiques commerciales trompeuses (13 %) :

- Discours dévalorisant du 100 % Santé : point le plus fréquemment constaté par les contrôleurs DGCCRF dans le secteur des aides auditives
- Défauts de qualification (ex : gérant sans employé disposant de la qualification professionnelle adéquate ou actes relevant de professionnels diplômés d'Etat effectués par une personne non diplômée)
- Remises fictives (ex : remises permanentes)
- Forfait payant inséré automatiquement dans les devis et proposant des avantages en partie couverts par le 100 % Santé (point spécifiquement constaté chez les audioprothésistes)

##### Autres non-conformités (9 %) :

- Absence d'information relative au dispositif d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel
- Absence d'information relative au médiateur de la consommation

Garantie légale de conformité et commerciale (6 %) :

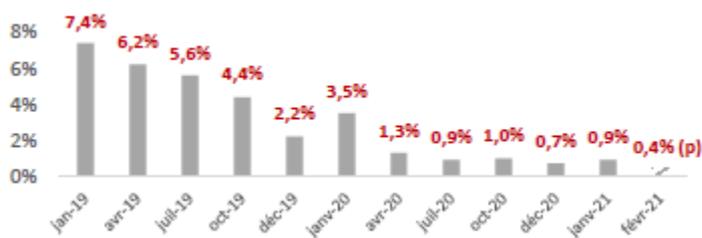
- Garantie légale de conformité ou garantie issue du « 100% Santé » vendues en sus (pour rappel, une garantie de 4 ans est nécessairement incluse dans le prix de vente de l'aide auditive, qu'elle soit de classe I ou de classe II<sup>27</sup>)
- Absence de garantie légale de conformité dans les documents commerciaux ou sur le site internet

Contrats et clauses abusives (4 %) :

- Clauses abusives sur les sites internet ou dans le devis (ex : mention interdite « aucune rétractation n'est possible » insérée dans le devis) (point spécifiquement constaté chez les audioprothésistes)

[70] Le respect du prix limite de vente des aides auditives de la classe I (pour rappel, 950 € depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021), fait quant à lui l'objet d'une attention particulière du comité de suivi de la réforme 100 % Santé. Depuis le lancement de la réforme 100 % Santé en janvier 2019, le respect du prix limite de vente pour les aides auditives de classe I s'est progressivement rapproché des 100 %, ce qui est l'objectif.

Graphique 13 : Evolution du taux de non-respect du prix limite de vente pour les aides auditives de classe I (janvier 2019-février 2021)



Source : DSS

### 3.2 La mise en œuvre très partielle et tardive du suivi des prestations de suivi

[71] A l'occasion du comité de suivi de la réforme du 100 % Santé du 13 avril 2021, il a été constaté que seulement 20 000 patients avaient bénéficié d'au moins une consultation de suivi télétransmise entre la mise en place de la réforme en janvier 2019 et la fin de l'année 2020.

[72] Le protocole d'accord du 7 juin 2018 prévoyait pourtant que les audioprothésistes « s'engagent à mettre en œuvre dès 2019 un suivi de toutes les prestations de suivi réalisées à l'issue de la prestation initiale d'adaptation, selon les modalités qui seront définies en lien avec les caisses d'assurance maladie ; ce suivi serait réalisé par le biais du système SESAM-Vitale ».

[73] L'arrêté du 14 novembre 2018 a précisé ces conditions : « Les prestations de suivi ont pour objectifs l'amélioration continue des réglages de l'aide auditive et l'optimisation de l'observance. L'audioprothésiste doit pour cela prévoir des séances régulières au cours desquelles il assure

<sup>27</sup> Extrait de l'arrêté du 14 novembre 2018 : « La garantie minimale, par le fabricant, de chaque aide auditive est fixée à 4 ans. Cette garantie couvre au moins les situations suivantes : vice de forme, défaut de fabrication, panne survenant au cours d'un usage habituel (pièces, main d'œuvre et transport). La garantie est proposée par le fabricant et continue de produire ses effets même lorsque le patient consulte un audioprothésiste différent de celui ayant réalisé la délivrance de l'aide auditive et le bilan initial. »

*l'adaptation technique de l'aide auditive. La fréquence minimale recommandée du suivi est bi-annuelle, après la première année. Les prestations de suivies sont enregistrées via télétransmission ».*

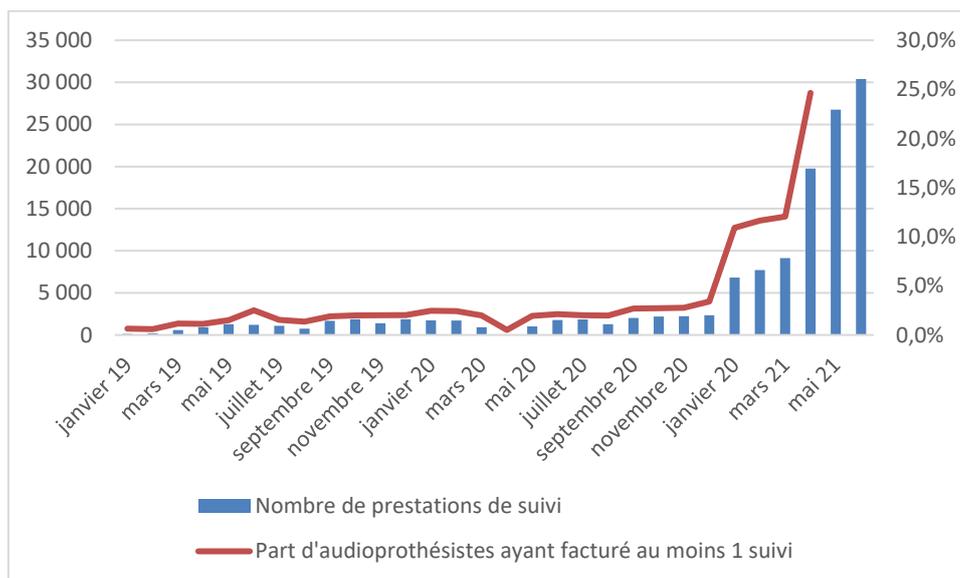
[74] Enfin, l'article 20 de la future convention CNAM encadre l'information des CPAM relative à la réalisation de la prestation de suivi. Il stipule que « *toute dispensation d'une prestation de suivi postérieure à la délivrance d'une aide auditive, y compris si elle est effectuée durant la première année suivant l'appareillage, donne lieu à l'envoi par l'entreprise en audioprothèse d'une télétransmission informant la caisse d'affiliation de l'assuré de la réalisation de cette prestation. Cette télétransmission peut être réalisée en flux SESAM-Vitale (B2S), en flux dégradé (B2D) ou en flux Iris B2. Une même prestation de suivi est décomptée par assuré, qu'il soit équipé d'un appareillage simple ou bilatéral. Cette télétransmission est valorisée à un centime d'euro pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie Obligatoire. Elle est dispensée de l'obligation d'envoi parallèle de la prescription médicale de l'aide auditive.* »

[75] En théorie, les audioprothésistes devraient donc télétransmettre l'information relative à la réalisation d'un rendez-vous de suivi *a minima* neuf fois sur la période de quatre ans de garantie d'une aide auditive (les trois réunions de suivi au cours de la première année – à trois, six et douze mois – puis les deux réunions de suivi annuelles recommandées à partir de la deuxième année d'appareillage). Il s'agit là d'une moyenne indicative, certains patients nécessitant plus de suivi, d'autres moins (les trois réunions de suivi de la première année sont néanmoins obligatoires).

[76] Afin de ne pas trop alourdir les agendas des audioprothésistes, dans un contexte de forte augmentation de la demande, la mission considère qu'il ne serait pas souhaitable de rendre obligatoires les deux rendez-vous de suivi annuels à partir de la deuxième année, notamment pour les patients qui n'en ressentent absolument pas le besoin. En revanche, afin d'assurer un suivi de qualité, qui est la condition *sine qua non* de l'observance, la mission considère que les audioprothésistes devraient systématiser l'information de leurs patients au sujet de l'importance de réaliser au moins deux rendez-vous de suivi annuels. Un certain nombre d'audioprothésistes ont d'ailleurs indiqué systématiquement écrire à leurs patients pour leur faire part du besoin de réaliser de tels rendez-vous de suivi. Toujours recommandés pour les audioprothésistes, les deux rendez-vous de suivi annuels devraient devenir un droit opposable pour les patients.

[77] La vérification de la matérialité des prestations de suivi apparaît d'autant plus importante que le prix d'achat d'une aide auditive comprend à la fois le coût de l'aide auditive et celui des prestations associées pendant les quatre années de garantie. Dans le cadre de la négociation du protocole d'accord du 7 juin 2018, la possibilité de vérifier la matérialité de la réalisation des rendez-vous de suivi était une contrepartie indispensable attendue par l'Etat pour ne pas immédiatement mettre en place la dissociation tarifaire de la prestation et de l'appareil. Le devis normalisé actuellement en vigueur ne mentionne d'ailleurs plus de tarif de prestation, contrairement au précédent modèle, daté de 2008.

[78] Constatant, à l'occasion du comité de suivi du 13 avril 2021, le très faible nombre de télétransmissions de prestations de suivi à la fin 2020, le ministre des solidarités et de la santé a évoqué la possibilité de remettre en cause l'indissociabilité entre l'appareillage et les prestations de suivi. Cette prise de position, associée aux relances réalisées par les syndicats représentatifs des audioprothésistes auprès de leurs adhérents, a entraîné une augmentation significative des télétransmissions de suivi au cours des derniers mois (cf. graphique suivant).

Graphique 14 : Evolution du nombre de prestations de suivi et de la part d'audioprothésistes ayant facturé au moins un suivi (janvier 2019-juin 2021<sup>28</sup>)

Source : CNAM

[79] Si la proportion d'audioprothésistes ayant télétransmis au moins un suivi au cours du mois est passée d'environ 3 % en décembre 2020 à près de 25 % en avril 2021, le nombre de prestations de suivi télétransmises reste cependant très éloigné de la réalité des suivis réalisés dans les centres d'audioprothèses : en moyenne, les audioprothésistes ayant télétransmis n'avaient réalisé que 4,4 rendez-vous de suivi au cours du mois, alors même que les audioprothésistes indiquent passer environ la moitié de leur temps à réaliser des rendez-vous de suivi. L'audioprothésiste peut certes envoyer la télétransmission relative à la prestation de suivi<sup>29</sup>, comme pour tout appareil ou accessoire, dans un délai de deux ans et trois mois (principe général prévu par l'article L332-1 du code de la sécurité sociale<sup>30</sup>), mais le nombre de télétransmissions de suivi continue d'apparaître nettement insuffisant pour que la puissance publique puisse s'assurer de la matérialité du suivi. On reste en tout cas très clairement bien en-deçà d'une télétransmission systématique.

[80] Les responsabilités semblent partagées entre l'assurance maladie et les audioprothésistes, qui n'ont pas mis ce sujet au premier plan des priorités. L'ensemble de la profession semble en effet, au moins dans un premier temps, avoir manqué de volontarisme, considérant sans doute à tort qu'il ne s'agissait pas d'une priorité.

<sup>28</sup> Part d'audioprothésistes ayant facturé au moins un suivi non disponible pour les mois de mai et juin 2021.

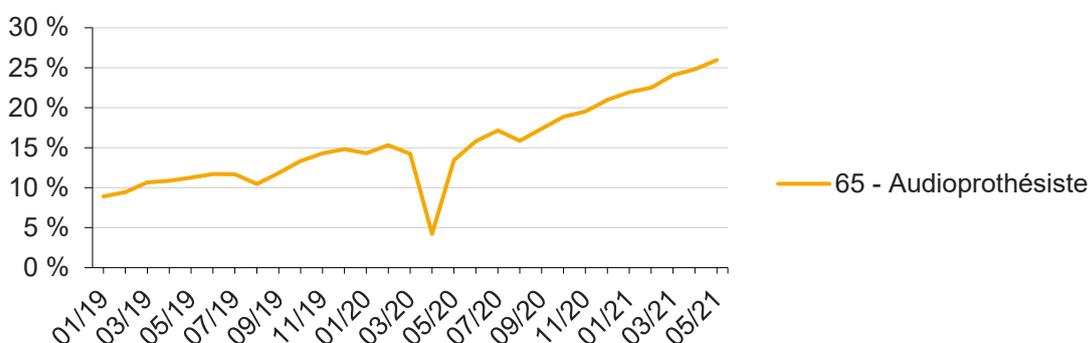
<sup>29</sup> La télétransmission d'un suivi, facturée 0,01€ à l'assurance maladie obligatoire, coûterait aujourd'hui 0,18 € à 0,19 € par flux de télétransmission. C'est une des raisons pour lesquelles la CNAM a accordé aux audioprothésistes la possibilité de « grouper » les télétransmissions.

<sup>30</sup> Cette règle a fait l'objet d'une information de la CNAM aux syndicats d'audioprothésistes qui craignaient que leurs adhérents soient contraints d'envoyer un flux à chaque prestation de suivi, sachant que le coût d'une télétransmission est généralement facturé entre 16 et 19 centimes d'euros par les organismes concentrateurs techniques (auxquels recourent la grande majorité des audioprothésistes).

[81] Au-delà de ce probable attentisme, différentes causes techniques peuvent néanmoins expliquer ce retard au démarrage. Les audioprothésistes sont, pour certaines causes au moins, pour partie responsables :

- utilisation insuffisante de SESAM-Vitale par les audioprothésistes (cf. *infra*) : selon les données communiquées à la mission par le GIE SESAM-Vitale, le taux d'utilisation de SESAM-Vitale par les audioprothésistes reste assez faible, autour de 26,9 % en mai 2021 (soit 1 501 sur 5 574 numéros de facturation). A titre de comparaison, d'autres professionnels de santé de la filière auditive recourent bien plus fréquemment à SESAM-Vitale : à la même période, les ORL étaient 64,5 % à utiliser SESAM-Vitale (1 890 sur 2 928 numéros de facturation) et les orthophonistes 88,4 % (19 671 sur 22 252 numéros de facturation). Le taux d'utilisation de SESAM-Vitale pour l'ensemble des auxiliaires médicaux était de 78,6 % ;

Graphique 15 : Evolution du taux d'utilisation de SESAM-Vitale par les audioprothésistes



Source : GIE SESAM-Vitale

- méconnaissance de la part des audioprothésistes des différentes modalités permettant la télétransmission des prestations de suivi. Le Syndicat des audioprothésistes (SDA<sup>31</sup>) a ainsi été amené à communiquer auprès de ses adhérents pour rappeler que la télétransmission était possible en dehors de la norme SESAM-Vitale : tous les audioprothésistes équipés d'un moyen de télétransmission sont en effet en capacité de réaliser l'envoi de ces informations, en Iris B2 ou en SESAM-Vitale y compris dégradé ;
- difficultés de mise en place de la facturation à 0,01€ chez le principal éditeur de solutions logicielles pour les audioprothésistes (qui disposait en mai 2021 d'une part de marché de près de 60 %<sup>32</sup> pour la facturation dans le secteur de l'audioprothèse).

[82] D'autres facteurs, dont les audioprothésistes ne sont pas responsables, peuvent également expliquer ces retards :

- difficultés et délais pour obtenir les cartes CPE / CPS qui permettent de télétransmettre ;
- difficultés de mise en place de la nouvelle procédure de télétransmission au sein de certaines CPAM : dans un premier temps, quelques CPAM demandaient l'envoi de pièces justificatives complémentaires à la télétransmission des prestations de suivi alors même qu'aucune pièce

<sup>31</sup> Représentant des audioprothésistes indépendants, chefs d'entreprises.

<sup>32</sup> Source : entretien de la mission avec le GIE SESAM-Vitale.

justificative (notamment la prescription initiale) n'était censée être réclamée. A ce titre, des rappels de consigne ont été adressés par la CNAM aux CPAM<sup>33</sup>.

[83] Pour toutes ces raisons, l'assurance maladie n'est pas aujourd'hui en capacité d'apprécier la matérialité des prestations de suivi. Ainsi, il convient de prévoir que la télétransmission des prestations de suivi soit désormais systématique après chaque prestation de service par les audioprothésistes. On pourrait également prévoir que les prestations de suivi soient désormais saisies non pas au niveau de l'entreprise d'audioprothèse mais de l'audioprothésiste personnellement auteur de chaque prestation.

### 3.3 La difficile évaluation qualitative de l'impact de la réforme 100 % Santé

[84] Un questionnaire de satisfaction adressé aux patients appareillés à la suite de la mise en place de la réforme 100 % Santé était censé être rapidement élaboré par la DSS<sup>34</sup>.

[85] Dans l'attente de la mise en place éventuelle d'outils d'objectivation de la qualité des prestations de suivi assurées par les audioprothésistes, ce questionnaire de satisfaction a vocation à livrer des éléments d'appréciation qualitative sur le conseil et l'accompagnement assurés par les audioprothésistes. Trois ans après, le questionnaire serait désormais finalisé et le déploiement devrait être opéré dans les prochains mois. Mais les premiers résultats exploitables ne seront disponibles qu'à compter de mi-2022, soit quatre ans après le protocole d'accord du 7 juin 2018 qui en avait prévu le principe.

[86] Son format apparaît, en outre, inadapté à la majorité des professionnels rencontrés par la mission, car trop long et complexe, en particulier pour des patients âgés et fragiles. Il conviendrait donc de le simplifier en s'inspirant de l'expérience patients des représentants des audioprothésistes et en sollicitant les compétences de spécialistes universitaires de ce type de questionnaires, avec lesquels certains représentants des audioprothésistes ont déjà engagé des discussions.

### 3.4 Un réexamen nécessaire, au deuxième semestre 2022, des caractéristiques techniques de la nomenclature et des conditions tarifaires

[87] A titre liminaire, la mission souligne que l'ensemble des recommandations qui figurent ci-dessous s'inscrivent dans un scénario de continuité par rapport aux paramètres de la réforme 100 % Santé. En particulier, les développements qui suivent reposent sur l'hypothèse que le panier de classe I devra être amélioré au fil des évolutions technologiques pour y intégrer des appareils munis de nouvelles options réservées dans un premier temps aux aides auditives de classe II. D'autres scénarios seraient néanmoins envisageables

---

<sup>33</sup> Une première lettre réseau de la CNAM, datée du 20 janvier 2021, avait clairement précisé ces règles. De nouvelles communications au réseau ont été faites à l'été 2021 pour rappeler les règles.

<sup>34</sup> Extrait de l'arrêté du 14 novembre 2018 (partie IV. – Suivi de la qualité) : « *La prescription d'une aide auditive, sa délivrance, et les prestations qui y sont associées s'accompagnent de l'envoi, à différentes étapes, d'un questionnaire au patient. Les moments auxquels un questionnaire doit être envoyé sont précisés ci-dessous. Le contenu du questionnaire est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale [...] Lors de la dernière séance réalisée dans le cadre de la période d'adaptation probatoire de 30 jours, l'audioprothésiste déclenche l'envoi du questionnaire « Evaluation R – partie 2 » (par voie électronique ou postale selon le choix du patient).* »

### 3.4.1 Un panier de classe I de très bonne qualité et qui répond aux besoins de la plupart des personnes atteintes de presbycousie

[88] Selon les données présentées lors du comité de suivi de la réforme 100 % Santé du 16 février 2021, 2 098 aides auditives étaient référencées en janvier 2021. Parmi celles-ci, 14 % faisaient partie de la classe I.

[89] Les aides auditives de la classe I sont considérées comme étant de très bonne qualité par l'ensemble des professionnels de la filière rencontrés par la mission. Selon les représentants du pôle audiologie du SNITEM, la définition de spécifications techniques de haut niveau pour la classe I a entraîné la disparition de deux niveaux de gamme dans l'offre préexistante des fabricants. Il s'agirait d'une situation sans équivalent ailleurs dans le monde, qui ferait du marché français un marché qualifié de « haut de gamme ». En effet, les aides auditives de la classe I correspondraient au milieu de gamme des autres marchés matures.

[90] Il n'existe cependant pas à ce jour d'étude scientifique permettant d'objectiver les bénéfices et les lacunes de chacune des classes, et les éventuelles indications médicales qui pourraient en découler.

[91] L'association de défense des consommateurs UFC Que Choisir s'est livrée à un exercice d'évaluation comparative des performances des aides auditives de classe I et de classe II dans le cadre d'un dossier présenté dans son magazine de mars 2020. Sept appareils de classe I et six appareils de classe II sont entrés dans le test, réalisé dans un laboratoire indépendant. La conclusion du test était que « *les audioprothèses 100 % remboursées offrent une efficacité équivalente à celle des appareils haut de gamme* » pour la prise en charge d'une presbycousie classique et selon des réglages identiques définis *a priori* (cf. encadré suivant pour le détail de l'étude). Les résultats de ces tests ont néanmoins été contestés par les représentants des audioprothésistes rencontrés par la mission, considérant que la qualité de l'appareillage auditif était très dépendante de son adaptation par l'audioprothésiste aux besoins du patient.

#### **Le test comparatif du magazine UFC Que Choisir**

La méthodologie de l'étude comparative des 13 aides auditives (sept de classe I et six de classe II) était présentée de la façon suivante par le magazine UFC Que Choisir :

« Mettre à l'épreuve des audioprothèses est un exercice compliqué, car il faut imposer à chacune un réglage standard, à partir d'un schéma de perte auditive moyenne, là où l'audioprothésiste travaille à partir de mesures individuelles, en fonction des potentialités d'un produit précis. L'avantage est de placer sur un pied d'égalité les 13 « contours d'oreilles » sélectionnés, réglés pour une presbycousie classique (vieillesse naturelle de l'oreille).

Nous pouvons ainsi comparer les performances en mode automatique des aides auditives 100 % Santé et celles des appareils haut de gamme qui n'entrent pas dans ce dispositif. Nos critères reposent sur l'intelligibilité, c'est-à-dire la compréhension des mots, et la qualité de la parole, laquelle tient compte du confort d'écoute. L'évaluation n'inclut pas les fonctions additionnelles, ni les programmes manuels. »

Quatre ambiances sonores distinctes ont fait l'objet des tests comparatifs :

- au calme dans une cuisine ;
- dans une voiture, moteur tournant ;
- au restaurant, dans le brouhaha ;
- en salle anéchoïque de laboratoire.

Les résultats des tests étaient les suivants :

**13 AUDIOPROTHÈSES**  
(CONTOUR CLASSIQUE)

**PERCEPTION DE LA PAROLE**

Cuisine, Voiture, Restaurant, Salle anechoïque

**QUALITÉ D'ÉCOUTE**  
INTELLIGIBILITÉ DE LA PAROLE

**APPRECIATION GLOBALE**

**PRIX (2019)**

Rechargeable, Connectée

**CLASSE 1 (100% REMBOURSÉES)**

	Cuisine	Voiture	Restaurant	Salle anechoïque	QUALITÉ D'ÉCOUTE	APPRECIATION GLOBALE	PRIX (2019)	Rechargeable	Connectée
1 WIDEX DREAM 330 FASHION	**	**	■	***	***	12,2	**	1090	-
2 RESOUND LINX 567 DW	**	**	■	***	***	12,1	**	945	●
3 OTICON SIYAI BTE	**	**	■	***	***	11,6	*	1195	●
4 STARKEY MUSE IQ 11200 BTE 312	**	**	■	***	***	11,6	*	795	●
5 SIVANTOS/SIGNIA MOTION 2S 2PX	**	**	■	***	***	11,4	*	950	●
6 REXTON MOSAIC M30 EI	**	**	■	***	***	11,4	*	950	-
7 PHONAK BOLERO B30-M	*	**	■	***	***	10,5	*	966	●

**CLASSE 2 (HAUT DE GAMME)**

	Cuisine	Voiture	Restaurant	Salle anechoïque	QUALITÉ D'ÉCOUTE	APPRECIATION GLOBALE	PRIX (2019)	Rechargeable	Connectée
1 RESOUND LINX 3D 967-DW	**	**	■	***	***	11,8	*	1495	●
2 SIVANTOS/SIGNIA MOTION 5NX CHARGE&GO	**	**	■	***	***	11,3	*	1095	●
3 SIVANTOS/SIGNIA MOTION 13 7NX	**	**	■	***	***	11,3	*	1190	●
4 STARKEY LIVIO AI 2400	**	**	■	***	***	11,3	*	1495	●
5 WIDEX EVOKE 440 FASHION	*	**	■	*	***	9,8	*	1190	●
6 PHONAK BOLERO B70-P	*	**	■	***	***	9,6	*	1400	●

\*\*\*très bon \*\*bon \*moyen ■médiane ■mauvais ●:oui; -non

Modèle Widex Dream 330 Fashion.

Modèle Resound Linx 3D 967-DW.

[92] Constatant l'absence d'étude scientifique indépendante sur les avantages/inconvénients des aides auditives des classes I et II selon les types de patients, la Société française d'audiologie (SFA) a constitué un groupe de travail chargé d'établir un comparatif des différentes technologies. Celui-ci a livré ses premiers résultats à l'occasion du dernier congrès de la SFA, qui s'est tenu à la mi-octobre 2021. Deux types d'études ont été menées dans le cadre du groupe de travail :

- une étude objective de juillet 2020 à mai 2021 d'évaluation de la réponse acoustique des aides auditives *via* l'analyse du rapport signal/bruit (RSB) de sortie<sup>35</sup> dans un laboratoire acoustique indépendant (celui de l'école d'audioprothèse de Nancy) ;
- une étude subjective en ligne menée sur des « normo-entendants<sup>36</sup> » avec évaluation de la qualité sonore générale d'un extrait sonore<sup>37</sup> par rapport à une référence sur une échelle visuelle analogique.

[93] Globalement, les résultats de ces deux études auraient démontré une supériorité de la classe II sur la classe I (entre des modèles de même marque). Les résultats détaillés des deux études sont les suivants :

- étude objective : on observe une amélioration du RSB en sortie d'appareils auditifs dès la classe I ; le gain en RSB de la classe II par rapport à la classe I est positif pour la majorité des fabricants et plus l'environnement est bruyant, plus le gain en RSB de la classe II par rapport à la classe I est important ;

<sup>35</sup> Estimation de l'émergence du signal utile par rapport au bruit masquant : plus le rapport signal sur bruit (RSB) est élevé, plus le signal utile (parole) émerge du bruit et plus la capacité d'intelligibilité théorique d'un sujet est importante.

<sup>36</sup> Selon la SFA, ce choix d'étudier des personnes qui ne souffraient pas de limitations fonctionnelles auditives se justifiait par des raisons scientifiques : facilité de mise en place pour avoir des cohortes et ce d'autant plus que ce type de modèle est souvent utilisé en audiologie pour l'étude d'un phénomène.

<sup>37</sup> Cinq différents types d'extraits utilisés : parole seule, musique, parole + bruit, trafic routier, nature (pluie, orage).

- étude subjective : la perception de la qualité sonore serait significativement supérieure pour la classe II par rapport à la classe I pour les signaux de parole, parole + bruit et de trafic routier.

### 3.4.2 Les limites et les inconvénients du panier actuel

[94] Le protocole d'accord du 7 juin 2018 a défini la majorité des caractéristiques techniques du panier 100 % Santé, ainsi que les conditions tarifaires associées. Il a fait suite à une négociation de plusieurs mois entre l'Etat représenté par la DSS, les fabricants d'aides auditives et les trois syndicats d'audioprothésistes. Le protocole est le résultat d'une recherche d'équilibre délicat entre, d'une part, des objectifs sanitaires et sociaux et, d'autre part, des objectifs économiques. L'arrêté du 14 novembre 2018, notamment, a précisé un certain nombre de ces paramètres.

[95] Les analyses sur lesquelles s'est appuyée la mission pour dresser un premier bilan du 100 % Santé portent, par construction, sur les seuls premiers mois 2021. Certains constats peuvent à ce titre être biaisés par des phénomènes conjoncturels, comme les effets de rattrapage/aubaine évoqués précédemment.

[96] Si les représentants des audioprothésistes et des fabricants ne contestent pas le besoin de faire évoluer le panier de soins, ce qui était au demeurant prévu par le protocole<sup>38</sup>, afin notamment de tenir compte des évolutions technologiques et de s'assurer que la classe I ne comprenne pas des produits en décalage avec la classe II, ils ont tenu à insister auprès de la mission sur la nécessité d'appréhender de façon globale toute évolution du contenu respectif des paniers de classe I et II et de leurs conditions tarifaires.

[97] Les travaux conduits par la mission l'ont néanmoins amenée à envisager des adaptations, qui sont présentées dans les parties qui suivent. Par souci de clarté, ces pistes d'évolution sont présentées de façon successive. Néanmoins, la mission considère que toute évolution du panier de soins et des conditions tarifaires associées devrait faire l'objet d'une discussion globale, afin d'éviter de déstabiliser les acteurs de la filière, une fois que le marché sera revenu sur un rythme de croissance plus normal, soit à l'horizon du deuxième semestre 2022/2023.

#### 3.4.2.1 L'absence d'indications médicales pour orienter les patients vers la classe I ou la classe II

[98] Les indications de prise en charge des aides auditives sont définies par l'arrêté du 14 novembre 2018 (cf. encadré suivant). Néanmoins, aucune orientation entre la classe I et la classe II, selon les types de pathologies auditives ou de patients, n'est aujourd'hui prévue par les textes.

#### **Indications de prise en charge pour les aides auditives**

Une aide auditive peut faire l'objet d'une prise en charge lorsqu'elle répond aux spécificités techniques et aux conditions suivantes.

La prise en charge est tout d'abord assurée pour chaque oreille remplissant au moins l'une de ces conditions :

- surdité avec une perte auditive moyenne supérieure à 30 dB (calculée selon la méthode du Bureau International d'Audiophonologie) ;

<sup>38</sup> Selon le protocole d'accord du 7 juin 2018, il était prévu que les caractéristiques de la nomenclature fassent l'objet d'un nouvel examen en 2020, « pour prendre en compte notamment l'évolution technologique qui serait survenue et la répartition des prises en charge dans les classes I et II ».

- seuil d'intelligibilité dans le silence supérieur à 30 dB (correspondant au niveau d'émission de la parole le plus bas pour obtenir dans le silence 50 % de reconnaissance des signaux de parole) ;
- dégradation significative de l'intelligibilité en présence de bruit, définie par un écart du rapport signal de parole / niveau de bruit (RSB en dB) de plus de 3 dB par rapport à la norme ;
- perte auditive dans les fréquences aiguës supérieures à 30 dB à partir de 2000 Hz et avec un seuil d'intelligibilité supérieur à 30 dB dans le silence (et/ou significativement dégradé dans le bruit).

La prise en charge est également assurée dans les cas spécifiques et exceptionnels de neuropathie auditive et de troubles centraux de l'audition. Le diagnostic est posé

- pour les neuropathies auditives, sur les résultats conjoints des oto-émissions acoustiques, des potentiels évoqués auditifs et des potentiels évoqués multiples stationnaires ;
- pour les troubles centraux, sur les résultats conjoints du test d'écoute dichotique, des potentiels évoqués auditifs précoces et tardifs et de l'audiométrie vocale dans le bruit.

[99] L'identification de catégories de patients nécessitant le recours à telle ou telle technologie, et qui seraient donc susceptibles d'être orientés vers la classe I ou la classe II, figurait cependant dans des travaux de la HAS préparatoires à la mise en place de la réforme 100 % Santé. Dans son avis du 9 octobre 2018, la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS) avait identifié, des « *situations d'appareillage complexes pour des personnes nécessitant une technicité supérieure d'appareillage que ne couvriraient pas les appareils de classe I<sup>39</sup>* ». Les pathologies complexes mentionnées par la CNEDIMTS étaient en particulier : la surdité au moins sévère (> 70 dB), unilatérale ou bilatérale ; le multi-handicap ; la surdité avec acouphène invalidant ; les troubles neurocognitifs ; les neuropathies auditives ; les troubles centraux de l'audition.

[100] Selon certains acteurs de la filière, cette analyse serait incomplète, dans la mesure où elle omettrait un certain nombre de situations où les capacités techniques de la classe I ne couvriraient pas de façon pleinement satisfaisante les besoins des patients. Au total, selon certaines estimations d'audioprothésistes, ces situations pourraient correspondre à un tiers, voire 40 % des patients.

[101] A titre indicatif, les cas suivants ont été évoqués par les interlocuteurs de la mission : les asymétries importantes (différence de 12-15 dB entre les deux oreilles), les pertes en « pente de ski » (perte auditive importante >40 dB à partir des 2 000 Hz) ; la baisse aiguë de la compréhension dans le bruit (avec dégradation du rapport signal sur bruit d'au moins 6 dB par rapport à la norme) ; l'acouphène associé et localisé au-delà du 4 000 Hz (soit apparemment environ ¾ des acouphènes) ; les courbes en U et inversée (perte auditive dans les graves et/ou les médiums). Ces analyses ont également été présentées par M. Eric Bailly-Masson, directeur technique d'Amplifon France, lors du dernier congrès de la SFA (cf. schéma suivant).

---

<sup>39</sup> Extrait de l'avis du 9 octobre 2018 de la CNEDIMTS : « *La CNEDIMTS rappelle que la nomenclature, basée sur les classes I et II, en fonction du nombre d'options des listes A et B, est complexe. Elle rappelle qu'il n'y a pas de corrélation systématique entre une technicité élevée d'appareillage et la complexité de la surdité. Certains types de surdité nécessitent toutefois des fonctionnalités spécifiques. En conséquence, la CNEDIMTS propose d'individualiser, au sein des indications définies dans la nomenclature, les situations d'appareillage complexes pour des personnes nécessitant soit une technicité supérieure d'appareillage que ne couvriraient pas les appareils de classe I, soit un suivi particulier par l'audioprothésiste. Ces situations sont exceptionnelles.* »

Schéma 1 : Identification des déficits auditifs / profils audiométriques nécessitant une technologie avancée – tableau des indications « limites » pour la classe I

**Avis d'expert**



**COMMISSION NATIONALE D'EVALUATION  
DES DISPOSITIFS MEDICAUX ET DES TECHNOLOGIES DE SANTE**

AVIS DE LA CINEDIMTS  
9 octobre 2018

Y a-t-il des déficits auditifs / profils audiométriques nécessitant une technologie avancée ?

**Avis d'experts CoTech :  
Tableau montrant les indications  
« limites » pour la Classe 1**



Cas patients	Besoins audiolologiques	Besoins technologiques optimaux de classe 2 <sup>40</sup>
<b>Acouphène associé (EVAg &gt; 4) et localisé au-delà du 4,000 Hz (3/4 des acouphènes)</b>	Suramplifier sélectivement la zone de l'acouphène.	- Bande passante élargie (réglage fin des hautes fréquences) - Besoin de réglage fin du générateur de bruit (audiométrie en 1/2 octave)
<b>Courbes en U et inversée</b>	Amplifier les graves et/ou les médiums sans perdre l'audibilité des aigus pour préserver ILD, et en fine compréhension. Besoin de fermer l'oreille (embout).	Bande passante élargie permettant d'amplifier les aigus (entre 6,000 Hz et 10,000 Hz) pour compenser la perte d'insertion liée à l'embout.
<b>Cophose ou Sub-cophose (Appareillage Cros ou Bi-Cros)</b>	Appareillage en Cros ou Bi-Cros. Amélioration de compréhension uniquement si le signal arrive du côté du système Cros (sinon détérioration).	Utiliser les microphones du Cros pour mettre en place un système de directivité agressive.
<b>Asymétrie importante Différence de PTA d'au moins 15 dB entre les 2 oreilles (ou profil de courbe très différent)</b>	Redonner une sensation auditive identique à droite et à gauche (isosonie) pour rétablir les facultés de localisation, de démasquage binaural et in fine de compréhension.	La même technologie doit pouvoir régler 2 oreilles très différentes en équilibrant la sortie sur les deux oreilles. Plus de canaux de réglages sont pour cela nécessaires.
<b>Perte en « pente de ski » Perte auditive importante (&gt;40 dB) à partir du 2,000 Hz</b>	Amplifier les aigus avec des différences de gains très importantes entre le 2,000 Hz et le 8,000 Hz.	Besoin de plus de canaux, et d'une bande passante élargie pour régler finement les fréquences aigües (audiométrie en 1/2 octave, appareillage in-vivo)
<b>Fortes difficultés de compréhension dans le bruit SPIN : RSB &gt; ou = à 6 dB (dégradation d'au moins 6 dB par rapport à la norme = -1)</b>	Améliorer très significativement l'émergence de la parole dans le bruit. Amélioration du RSB d'au moins 4 dB (classe I ; amélioration de max 2/3 dB)	- Directivité avancée utilisant le streaming entre les 2 oreilles (systèmes directionnels) - Démasquage binaural ce qui suppose la préservation des indices stéréo-acoustiques (ILD) nécessitant une gestion des gains en stéréo.

Source : Amplifon, via la SFA

[102] La mission considère qu'il serait pertinent, dans le cadre d'une révision prochaine de la nomenclature et des spécifications de la classe I et de la classe II, de s'interroger sur l'opportunité de déterminer des indications spécifiques pour lesquelles la classe II serait médicalement recommandée<sup>40</sup>. Pour ces cas spécifiques, un remboursement de la classe II sans reste à charge pourrait être envisagé. Pour éviter la sur-prescription d'aides auditives de classe II, des garde-fous pourraient même être envisagés, y compris la mise en place d'un système d'accord préalable entre l'audioprothésiste et un médecin conseil de la CPAM, géré de façon électronique.

### 3.4.2.2 Un niveau de remboursement des piles critiqué par les représentants des usagers

[103] La prise en charge des piles s'effectue sur la base de quatre lignes prévues à la LPPR selon leur capacité, en lieu et place du forfait qui préexistait à la réforme 100 % Santé<sup>41</sup>. Le tarif de remboursement correspondant à ces différents types de plaquettes de piles a été fixé à 1,50 € par le protocole d'accord du 7 juin 2018. De plus, la LPPR fixe un nombre limité de piles remboursables par an et le nombre annuel s'apprécie sur douze mois glissants. Lors de la facturation d'un paquet de piles, il appartient à l'audioprothésiste de vérifier que le nombre maximum pris en charge annuellement par l'assurance maladie n'est pas atteint.

[104] Or, selon des représentants des usagers, il peut être difficile de trouver des plaquettes de piles à 1,50 €, le tarif de remboursement défini par la LPPR. Le reste à charge annuel pour les seules piles

<sup>40</sup> Selon le protocole d'accord du 7 juin 2018, il était prévu que les caractéristiques de la nomenclature fassent l'objet d'un nouvel examen en 2020, « pour prendre en compte notamment l'évolution technologique qui serait survenue et la répartition des prises en charge dans les classes I et II »

<sup>41</sup> Code LPPR 2356882 : Piles 10-jaune ou équivalent (B/6) ; Code LPPR 2356907 : Piles 312-marron ou équivalent (B/6) ; Code LPPR 2332976 : Piles 13-orange ou équivalent (B/6) ; Code LPPR 2317149 : Piles 675-bleue ou équivalent (B/6).

pourrait ainsi s'élever à 100 € voire 150 €. Cette problématique serait particulièrement prégnante pour les personnes âgées isolées ne disposant pas d'un accès facilité à internet. En effet, les personnes malentendantes bien connectées n'auraient, pour leur part, pas de difficultés pour s'approvisionner en piles au niveau du tarif de remboursement de la LPPR. Les représentants des usagers soulignent que de nombreux audioprothésistes pratiquent des prix de piles très largement supérieurs à ceux remboursés par l'assurance maladie.

[105] Il a été par ailleurs rapporté à la mission que certaines CPAM auraient pu refuser le remboursement groupé ou anticipé de piles : une personne malentendante peut décider d'acheter plusieurs plaquettes d'avance, pour un usage par exemple de trois à six mois. L'appréciation de la consommation annuelle normale de piles pourrait, en effet, s'avérer complexe au sein des caisses d'assurance maladie.

### 3.4.2.3 L'absence de deux options recherchées dans le panier 100 % Santé : la connectivité *bluetooth* et le caractère rechargeable des aides auditives

[106] Même si quelques fabricants proposent ces options sur certaines de leurs aides de classe I, les aides auditives du panier 100 % Santé ne comprennent pas, dans leur grande majorité, deux options recherchées par les patients : la connectivité *bluetooth* et, surtout, la batterie rechargeable.

[107] La connectivité *bluetooth* a parfois pu être qualifiée d'option de « confort » à la mission. Cette appréciation est toutefois contestable dès lors que la personne appareillée est active, amenée à évoluer et travailler dans des environnements bruyants et où la possibilité d'accéder directement au son du téléphone depuis ses aides auditives peut s'avérer indispensable à l'équilibre de vie et à l'exercice de l'activité professionnelle.

[108] Les représentants du pôle audiologie du SNITEM ont indiqué à la mission qu'en termes technico-économiques, l'intégration du *bluetooth* à la classe II ne devrait pas poser à terme de difficultés. En effet, compte tenu de la massification de la production de cette option et des gains d'échelle associés, la différence de coût de revient liée à la présence de l'option *bluetooth* ne serait que de quelques points de pourcentage. Dans le cadre d'une révision prochaine de la nomenclature, l'intégration du *bluetooth* aux caractéristiques techniques de la classe I serait ainsi tout à fait envisageable.

[109] Cette option apparaît cependant moins indispensable à une grande majorité de patients que l'accès à des aides auditives rechargeables. Ces dernières sont apparues il y a quelques années sur le marché et permettent d'éviter la manipulation de piles, qui peut s'avérer particulièrement difficile à maîtriser pour des personnes âgées peu agiles. L'achat d'aides auditives rechargeables implique de surcroît de faire l'acquisition d'un chargeur, dont le prix varie selon le modèle mais est de l'ordre de 150 € et n'est pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire<sup>42</sup>.

[110] Néanmoins, à la différence du *bluetooth*, le caractère rechargeable d'une aide auditive renchérirait de façon très significative son coût de revient. Selon le SNITEM, pour un coût de revient de base 100 pour une aide auditive de classe I, l'intégration de cette option ferait passer le coût de revient à 220, soit une augmentation de 120 %. La mission n'a pas été en mesure de vérifier ce point et doit s'en remettre, à ce stade de l'analyse, aux affirmations du SNITEM. Aussi pertinente puisse-t-elle paraître au regard de son utilité pour des personnes âgées peu agiles, l'intégration de l'option

---

<sup>42</sup> Il s'agit d'un accessoire non remboursé, à la différence des piles.

rechargeable dans les critères obligatoires de la classe I pourrait ainsi risquer, à ce stade, de fragiliser la filière.

[111] Les différentes pistes d'évolution du panier de classe I évoquées précédemment devraient faire l'objet de discussions dans le cadre des révisions à venir de la nomenclature, que la mission propose d'engager à l'approche du deuxième semestre 2022, puis dans les éventuelles discussions ultérieures.

#### 3.4.2.4 La problématique spécifique du plafonnement à 1 700 € pour les enfants<sup>43</sup>

[112] Le protocole d'accord du 7 juin 2018 prévoit que « *dans le cadre des contrats responsables, le montant total de la prise en charge par les assurance maladie obligatoire ou complémentaire est limité à 1 700 € TTC* ».

[113] Selon les représentants des usagers rencontrés par la mission, ce plafond apparaît régulièrement insuffisant pour la prise en charge d'appareils auditifs de classe II innovants, notamment pour des enfants dont les complémentaires santé leur permettaient, auparavant, d'acquérir sans reste à charge ce type d'aides auditives<sup>44</sup>. Dans ces conditions, plusieurs représentants d'audioprothésistes ont indiqué à la mission réaliser régulièrement des remises de prix pour permettre l'acquisition sans reste à charge de telles aides auditives. En l'absence de telles remises, les familles peuvent cependant être amenées à devoir rechercher des compléments de financement (Prestation de compensation du handicap – PCH – notamment auprès des MDPH), dans des délais de prise en charge qui peuvent être importants.

[114] Cependant, la CNAM considère que les représentants des audioprothésistes ne lui ont pas apporté la preuve que des enfants sourds seraient objectivement lésés par la réduction de ce plafond de remboursement. Elle aurait régulièrement invité les représentants des audioprothésistes à lui adresser des cas-types afin, le cas échéant, d'engager une réflexion sur l'évolution de ce critère. Elle souligne, par ailleurs, que dans le cas où des difficultés d'accès à des aides auditives adaptées aux surdités d'enfants se présentaient, comme pour d'autres patients, les fonds de l'action sociale des caisses primaires peuvent être mobilisés.

[115] La mission considère qu'il serait souhaitable d'envisager de réviser le plafond de prise en charge par les assurances maladie obligatoire ou complémentaire pour les enfants, dans le cadre de la révision de la nomenclature proposée pour le deuxième semestre 2022.

#### 3.4.2.5 La fixation du niveau du prix limite de vente pour la classe I et les bénéficiaires de la C2S

[116] Le protocole d'accord du 7 juin 2018 prévoit une clause de réexamen automatique du prix limite de vente de la classe I (cf. *supra*) : « *si le nombre total d'aides auditives prises en charge par l'assurance maladie, pour les personnes d'au moins 20 ans, et quelle que soit la classe d'aides auditives (classe I et classe II) est supérieur à : 650 000 sur les neuf premiers mois de l'année 2021, selon l'observation qui en est faite en décembre 2021, ou à 935 000 sur l'ensemble de l'année 2021, selon l'observation qui est faite en mars 2022, le prix limité de vente prévu pour ces équipements sera fixé à*

<sup>43</sup> Pour rappel, la mission n'a pas traité la question de la surdité des enfants dans le cadre du présent rapport. Dans le cadre de ses entretiens et auditions portant sur les paramètres de la réforme 100 % Santé, ce point spécifique a néanmoins régulièrement été abordé et la mission a jugé opportun de le développer ici.

<sup>44</sup> Le plafond était auparavant de 2 100 €.

900€ TTC ». Or, les deux conditions prévues par le protocole d'accord seront atteintes à la fin de l'année 2021. Le prix limite de vente de la classe I devrait donc automatiquement être abaissé à 900 €.

[117] Les audioprothésistes s'opposent néanmoins à cet abaissement, considérant que leur équilibre économique serait fragilisé dans la mesure où cette clause aurait été négociée (i) avec une perspective de part en volume de la classe I de 20 % et (ii) où l'année 2021 ne serait pas représentative (importance de l'effet rattrapage/aubaine et importance des moyens humains à mettre en face des volumes vendus pour assurer le suivi à l'avenir).

[118] Il convient toutefois de rappeler que cette appréciation de cette clause, selon laquelle l'atteinte d'un volume de près de 40 % de classe I rendrait cette dernière caduque, n'est pas partagée par l'administration. S'agissant par ailleurs des craintes relatives à l'équilibre économique de la filière, exprimées par les audioprothésistes et les fabricants, l'observation des tendances de marché au cours des premiers mois de 2022 devrait suffire à les confirmer ou, au contraire, à les infirmer. L'activation de la baisse du prix de la classe I pourrait ainsi être envisagée à l'issue du premier trimestre 2022.

[119] Par ailleurs, l'arrêté du 27 décembre 2018 relatif aux conditions de prise en charge et à la tarification sociale sur les aides auditives applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé fixe les prix maximums autorisés pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) à 800 € par aide auditive à partir du vingtième anniversaire et à 1 400 € par aide auditive jusqu'au vingtième anniversaire ou en cas de cécité. Les audioprothésistes sont ainsi tenus de proposer aux bénéficiaires de la C2S des aides auditives à un prix n'excédant pas les limites de tarifs fixées par l'arrêté (800 €). Ces appareils peuvent relever de la classe I ou de la classe II dès lors que le professionnel de santé respecte bien le prix limite de vente s'appliquant aux bénéficiaires de la C2S. Dans le cas où le bénéficiaire décide de renoncer à un appareil à 800 € proposé par le professionnel, pour choisir un appareil à un prix supérieur, la différence entre le montant maximum de 800€ et le tarif de l'aide auditive choisie est à sa charge.

[120] La CNAM souligne que la réforme a permis de faire passer le prix limite de ventes des « aides auditives C2S » de 700 € à 800 € et considère qu'il n'est pas illégitime que les audioprothésistes participent à l'effort de mise à disposition d'aides auditives de qualité à un type de patients moins favorisés. La mission constate cependant que l'écart de prix entre les « aides auditives C2S » et la classe I peut aboutir à équiper les patients C2S d'aides auditives de moins bonne qualité ou un peu plus anciennes, sans fondement sanitaire. Le regard sur les « aides auditives C2S » peut revêtir de ce point de vue un caractère dégradant.

[121] Dans le cadre des discussions à venir sur les conditions tarifaires de la réforme 100 % Santé, le relèvement du prix maximum autorisé pour les aides auditives fournies aux bénéficiaires de la C2S, au niveau du droit commun de la classe I (900 €) devrait être envisagé. L'analyse devra intégrer les paramètres de soutenabilité financière, aussi bien pour la filière auditive que pour les assurances maladie obligatoire et complémentaire.

#### 3.4.2.6 La situation des personnes ne bénéficiant pas de contrats responsables de complémentaires santé

[122] Selon une étude de la DREES<sup>45</sup> de 2019, l'assurance maladie complémentaire couvre plus de 95 % de la population française, dont 98 % couverts par un contrat responsable. Ainsi, si la grande majorité des Français peut avoir accès à une offre 100 % Santé, un nombre significatif de résidents

---

<sup>45</sup> DREES, La complémentaire santé - Acteurs, bénéficiaires, garanties, 2019

sur le territoire national, en particulier parmi les personnes plus âgées, ne peuvent bénéficier d'un reste à charge nul pour s'appareiller en aides auditives.

#### 3.4.2.7 La tarification des assurances des aides auditives

[123] La réforme 100 % Santé a fait passer la garantie minimale du fabricant de chaque aide auditive à quatre ans<sup>46</sup>. Celle-ci était auparavant de deux ans. Cette garantie de base ne couvre cependant ni le bris, ni le vol ou la perte. Une assurance est donc souvent souscrite par les personnes appareillées.

[124] En première approche, le niveau de tarification des assurances proposées par les audioprothésistes pour couvrir les risques de perte / casse semble excessif. Si la mission n'a pas pu procéder à une revue exhaustive des pratiques tarifaires en la matière, des retours d'expériences usagers, notamment relayés par des représentants d'associations de patients, font état de polices d'assurance dont le coût mensuel peut atteindre 10 à 30 euros, soit 120 à 360 euros par an. Or, les primes d'assurances sont établies pour couvrir le remboursement d'un appareil dont le coût est *a minima* de 950 €, voire de plus de 1 500 € pour une aide auditive de classe II. Pourtant, le prix d'achat d'une aide auditive par un patient est loin de représenter son coût d'acquisition par l'audioprothésiste (auquel un coefficient multiplicateur serait appliqué afin que son distributeur – l'audioprothésiste – réalise une marge raisonnable). Ce prix d'achat par le patient est, en effet, censé couvrir également les prestations de suivi de l'ensemble de la période d'appareillage. Pour ces raisons, une redéfinition des niveaux des polices d'assurance payées par les personnes équipées d'aides auditives apparaît nécessaire.

#### 3.4.2.8 Les durées de renouvellement des aides auditives

[125] En 2018, le délai médian de renouvellement était de six ans selon EuroTrak ; en 2015, la CNAM estimait quant à elle le délai moyen avant le premier renouvellement à cinq ans et cinq mois, avec une réelle hétérogénéité entre un an et demi et neuf ans ; plus de 30 % des patients gardaient leurs audioprothèses plus de six ans et demi. Cette durée était néanmoins sans doute largement déterminée par des raisons financières.

[126] L'avis de la HAS d'avril 2008 portant sur la révision des descriptions générique de la LPPR relatif aux « *appareils électroniques correcteurs de surdité* » recommandait l'instauration d'une période incompressible de cinq ans avant le renouvellement possible de la prise en charge d'un nouvel appareillage, tout renouvellement anticipé aurait alors nécessité une argumentation du prescripteur.

[127] Aux yeux de la mission, il serait ainsi envisageable de porter à cinq ans la durée minimale pour assurer un renouvellement, tout en ouvrant la possibilité de dérogations sur prescription médicale (par exemple en cas d'évolution rapide de la surdité).

[128] Le SNITEM, dont les membres fabricants d'aides auditives portent la charge de la garantie minimale de quatre ans du produit instaurée par le 100 % Santé (elle était auparavant de deux ans), font cependant état d'un risque important de fragilisation économique de leur activité. En effet, la

---

<sup>46</sup> L'arrêté du 14 novembre 2018 prévoit que « *La garantie minimale, par le fabricant, de chaque aide auditive est fixée à 4 ans. Cette garantie couvre au moins les situations suivantes : vice de forme, défaut de fabrication, panne survenant au cours d'un usage habituel (pièces, main d'œuvre et transport). La garantie est proposée par le fabricant et continue de produire ses effets même lorsque le patient consulte un audioprothésiste différent de celui ayant réalisé la délivrance de l'aide auditive et le bilan initial.* »

sinistralité (panne importante, casse, obsolescence) interviendrait essentiellement, selon le SNITEM, au cours de la cinquième année de vie d'une aide auditive.

[129] *A contrario*, le seuil de quatre années est souvent considéré comme excessif pour l'appareillage des enfants dont les besoins peuvent évoluer rapidement. Des représentants d'associations d'utilisateurs ont ainsi rapporté à la mission que dans le cas d'enfants, dont la morphologie de l'oreille peut évoluer rapidement, une durée de quatre ans avant de pouvoir procéder à un renouvellement de l'appareillage auditif pouvait s'avérer excessif.

[130] La CNAM souligne cependant qu'il existe d'ores et déjà des possibilités de renouvellement anticipé prévues au niveau réglementaire. L'article 22 de la future convention CNAM rappelle, à son deuxième paragraphe, les conditions du renouvellement anticipé : « *L'article R.165-24 du Code de la Sécurité Sociale<sup>47</sup> prévoit une procédure dérogatoire permettant le renouvellement anticipé de la prise en charge des dispositifs médicaux inscrits à la LPP dans des conditions restrictives : l'aide auditive est hors d'usage et n'est pas réparable ; l'aide auditive ne peut plus répondre au besoin de correction auditive ; la garantie de l'aide auditive ne peut pas être mise en œuvre. Si ces conditions sont remplies et si l'assuré détient une prescription médicale justifiant le besoin de renouvellement, l'entreprise en audioprothèse adresse une demande par simple courrier à la caisse d'affiliation de l'assuré, à charge pour celle-ci de la soumettre à l'avis du service médical placé près d'elle. L'entreprise en audioprothèse ne peut facturer l'aide auditive à la caisse d'affiliation de l'assuré et à son organisme complémentaire qu'après avoir reçu l'accord de l'organisme. Toutefois, conformément aux articles L.231-1 et L.231-4 du Code des Relations entre le Public et l'Administration, un silence de deux mois vaut acceptation.* »

[131] Cette règle avait déjà fait l'objet d'un rappel dans le cadre d'une circulaire de la DSS du 4 juin 2019 relative à la prise en charge des aides auditives dans le cadre de la réforme « 100% Santé »<sup>48</sup>. Cette circulaire rappelle que l'arrêté du 14 novembre 2018 indique que « *le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de quatre ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente* » et que « *ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment* ». Elle précise cependant qu'un renouvellement anticipé peut intervenir sous deux conditions cumulatives:

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive doit intervenir après une période d'au moins deux ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité doit être hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré. Par ailleurs, ce renouvellement anticipé doit respecter les autres règles de prise en charge, notamment l'obligation de prescription. « *Le prescripteur atteste de l'état hors d'usage, reconnu irréparable ou inadapté à l'état de l'assuré, de l'aide auditive, en précisant la raison, sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie* », souligne la circulaire.

[132] Cette possibilité reste cependant méconnue à la fois des prescripteurs (ORL et MG) et des audioprothésistes. Un rappel mériterait d'en être fait.

[133] Dans le cadre des discussions à venir sur la révision de la nomenclature, à horizon 2022/2023, il conviendrait d'engager une négociation pour ajuster la durée de renouvellement des appareils de

<sup>47</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006747769/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006747769/)

<sup>48</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=44739>

la classe I (i) en passant de quatre à cinq ans pour les adultes et (ii) de quatre à deux ans et demi pour les enfants.

#### 3.4.2.9 La simplification des règles concernant l'essai en cas de renouvellement

[134] L'arrêté du 14 novembre 2018 encadre la période d'essai de la façon suivante : « L'aide auditive pré choisie par le patient avec l'aide de l'audioprothésiste doit faire l'objet d'un essai systématique. Sa durée minimale est de 30 jours. Cette période peut être prolongée à la demande écrite du prescripteur dans les situations où l'aide auditive s'inscrit dans différentes solutions thérapeutiques, isolées ou en association, dans la limite de 45 jours. Au moins deux séances sont effectuées pour chaque essai. A l'issue de la période d'adaptation probatoire, le patient est libre s'il le souhaite de demander une nouvelle période d'adaptation probatoire avec une autre aide auditive en cas d'échec de la première ».

[135] L'intérêt de la période d'essai de 30 jours dans le cas des primo-appareillages n'est pas remise en cause par les professionnels de la filière auditive. Celle-ci apparaît indispensable pour l'habituation au port d'une aide auditive et à l'évaluation personnelle par le patient du bénéfice qu'il tire de ce port.

[136] En revanche, au moment du renouvellement, l'essai de 30 jours apparaît excessivement long à certains représentants des audioprothésistes, et à des usagers qui souhaiteraient pouvoir se passer de certains rendez-vous, qui sont de fait devenus une obligation réglementaire pesant sur les audioprothésistes. En effet, la phase d'habituation au port des aides auditives et l'accompagnement à leur port ne sont plus nécessaires. Le patient doit simplement vérifier que la nouvelle aide auditive lui apporte un bénéfice. Pour cette raison, il pourrait être envisagé de réduire la période d'essai du renouvellement à 15 jours.

### 3.5 Le niveau de remboursement par les OCAM

#### 3.5.1 Un moindre remboursement de la classe II qui remettrait en cause la liberté de choix des patients

[137] Les représentants des audioprothésistes considèrent que les patients sont privés de leur « liberté de choix » du fait des pratiques des complémentaires santé, qui rembourseraient souvent de façon sensiblement inférieure les produits de la classe II. Une telle pratique serait, selon les syndicats d'audioprothésistes, contraire non à la lettre mais à l'esprit de la réforme 100 % Santé : par principe, les assurés devraient pouvoir accéder aux aides auditives du panier libre (classe II) et bénéficier du même socle de remboursement. Libres à eux, ensuite, de payer davantage pour accéder à des appareils de classe II.

[138] Contrairement à ce qui avait pu être avancé dans un premier temps par certains acteurs de la filière, le phénomène de baisse des remboursements des produits de la classe II par les complémentaires santé à la suite de la mise en œuvre du 100 % Santé serait resté limité (deux cas isolés de complémentaires santé de tailles différentes ont été rapportés à la mission).

[139] Selon les résultats d'une étude approfondie menée par le SYNEA sur les ventes des premiers mois de l'année 2021, dont les conclusions ont été présentées à la mission, la prise en charge de la classe II était inférieure à la classe I (donc à 710 €) pour 63 % des ventes observées au cours du premier semestre 2021. Les ventes de classe II auraient concerné 52 % des contrats de complémentaires santé qui bénéficient d'une prise en charge plus faible en classe II qu'en classe I.

Dans cette étude, le SYNEA observe, de façon logique et intuitive, pour les contrats de complémentaires offrant un remboursement en classe II inférieur à 710 €, que plus l'écart de remboursement entre les deux classes augmente, moins le patient s'oriente vers un appareil de classe II. A l'inverse, plus la différence de remboursement entre la classe I et la classe II est importante, plus le patient se tournerait vers la classe I, qui est la mieux remboursée. Selon le SYNEA, la stratégie tarifaire des complémentaires santé se retournerait donc finalement contre ces dernières<sup>49</sup>.

[140] Plus fondamentalement peut-être, selon le SDA, l'absence de plancher fixée aux OCAM pour le remboursement de la classe II (en dehors du ticket modérateur) permettrait à ces derniers de proposer à leurs clients des contrats plus chers s'ils veulent bénéficier d'une liberté de choix (mêmes remboursements en classe I et classe II). De fait, les OCAM développeraient une stratégie de sélection du risque qui les amèneraient à défavoriser les personnes âgées déficientes auditives<sup>50</sup>. En effet, des travaux (non publiés) montreraient que, à âge égal, les malentendants consomment plus de soins.

[141] Au-delà de leur intérêt financier à voir leurs patients mieux remboursés pour des aides auditives de classe II qui leur procurent des marges plus importantes, les représentants des audioprothésistes soutiennent que ces pratiques de remboursements significativement inférieurs de la classe II seraient contradictoires avec l'objectif de santé publique d'une bonne observance par les patients. Les arguments invoqués sont notamment les suivants :

- risque de baisse de l'observance du fait d'un mauvais choix de produit (alors même que le haut niveau de l'observance était jusqu'à présent une caractéristique du marché français, cf. *supra*) ;
- insatisfaction des assurés qui ne comprennent pas l'existence d'un remboursement inférieur pour un produit plus sophistiqué et apparemment plus adapté à leur besoin, qui pourrait *in fine* nuire à la bonne appréciation de la réforme 100 % Santé.

[142] Pour ces raisons, les représentants des audioprothésistes revendiquent la mise en place d'un plancher de remboursement de la classe II, dans l'idéal positionné au même niveau que celui de la classe I.

[143] La mission relève cependant que la mise en place d'un plancher de remboursement de la classe II pourrait, en toute hypothèse, entraîner un relèvement des primes de la part des assureurs santé (même si la mission convient que l'analyse du SYNEA pourrait tendre à démontrer que la fixation d'un plancher – à un niveau à déterminer mais en tout état de cause inférieur à celui de la classe I – pourrait également entraîner une réduction de leurs dépenses). Or l'impact serait sans doute particulièrement important sur les contrats individuels, proposés principalement par les mutuelles à des personnes âgées, qui peuvent déjà aujourd'hui avoir des difficultés à les financer.

---

<sup>49</sup> Même si le SYNEA constate qu'une augmentation du remboursement des classes II aurait un effet ambivalent pour les mutuelles :

- Effet positif : baisse des ventes de classe I, dont le remboursement est plus cher.
- Effet négatif : augmentation du montant remboursé sur les appareils de classe II déjà vendus.

<sup>50</sup> Dans un article de décembre 2020 intitulé « 100 % Santé : deux classes, deux vitesses ? », le site Audiologie Demain interrogeait l'économiste Laurence Hartmann à ce sujet, qui répondait que cette pratique des complémentaires santé « découragerait les acheteurs à conserver cette complémentaire moins couvrante ou plus contraignante que la grande majorité des autres complémentaires santé, et donc à introduire une forme de sélection de clientèle (cette clientèle étant généralement plus âgée et donc ayant des dépenses de soins plus élevées). Celle-ci engendrerait une concurrence totalement déloyale entre les complémentaires sur le marché. »

[144] Dans ce contexte, la mission considère qu'une telle décision devrait éventuellement être prise à l'issue d'une discussion entre les représentants de la filière auditive et ceux des organismes complémentaires d'assurance maladie.

[145] Par ailleurs, une évolution en la matière est fonction de l'issue des réflexions autour du scénario de mise en place d'une « Grande Sécu », actuellement expertisée par le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance-maladie (HCAAM), au même titre que trois autres scénarios (cf. *infra*).

### 3.5.2 Un possible nouveau scénario de partage entre AMO et AMC pour le remboursement des audioprothèses

[146] Le HCAAM s'est vu confier par le ministre des Solidarités et de la Santé, à l'été 2021, le soin de mener un travail technique approfondi sur plusieurs scénarios d'amélioration de l'articulation entre assurances maladie obligatoire et complémentaire. Quatre scénarios sont explorés :

- améliorations dans le cadre de l'architecture actuelle ;
- extension du champ d'intervention de la sécurité sociale, scénario correspondant au projet de « Grande Sécu » ;
- une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée (où l'exercice de l'activité de complémentaire serait appréhendé comme un mandat confié par les pouvoirs publics, dans le cadre de la notion européenne de SIEG) ;
- décroisement entre les domaines d'intervention de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires.

[147] Ces différents scénarios se traduiraient par des évolutions plus ou moins importantes pour la définition de la place des assurances maladies obligatoire et complémentaire dans le remboursement des audioprothèses :

- si des améliorations dans le cadre de l'architecture actuelle devaient être proposées, il pourrait par exemple être envisagé de contraindre davantage les OCAM sur le niveau de remboursement de la classe II, en définissant un plancher de remboursement de la classe II, plus élevé que le ticket modérateur et qui pourrait aller jusqu'à un alignement avec le remboursement de la classe I, comme le demandent les représentants des audioprothésistes (cf. *supra*) ;
- comme le souligne le HCAAM dans sa présentation du scénario de « Grande Sécu », « *le panier des soins intégralement remboursés par la sécurité sociale pourrait dès lors être celui du « 100 % Santé » : classe I pour les audioprothèses [...] Ce panier devrait être régulièrement révisé pour prendre en compte l'innovation* ». Dans cette configuration, les OCAM pourraient continuer à proposer des contrats dont certaines garanties permettraient d'assurer tout ou partie du remboursement d'aides auditives à tarif libre ;
- si un décroisement entre les domaines d'intervention de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires devait intervenir, les soins qui sont aujourd'hui pris en charge de manière majoritaire par les assureurs privés sortiraient du panier de soins public, dont les aides auditives<sup>51</sup>. Enfin, le HCAAM constate que dans ce scénario, on pourrait s'attendre « à une

---

<sup>51</sup> Comme le souligne le HCAAM, « *l'AMO consacre moins de moyens au contrôle de la qualité et de la sécurité des soins dans les champs du dentaire, de l'optique et des audioprothèses que dans les champs pour lesquels elle est le principal payeur. La*

*diminution de la mutualisation sur le champ des soins qui deviendraient remboursés au premier euro par les organismes d'assurance privés. La proportion de détenteurs d'une AMC baisserait probablement, les personnes ayant peu de besoins en optique / dentaire / audiologie / médicaments à faible SMR seraient sur-représentées parmi les sortants ».*

### 3.6 Les difficultés de mise en œuvre du tiers payant intégral

#### 3.6.1 Un niveau d'avancement du tiers payant intégral qui est diversement apprécié

##### 3.6.1.1 L'importance de la mise en place du tiers payant sur les parts AMO et AMC

[148] L'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 prévoit que les organismes complémentaires doivent permettre aux assurés, avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022, de bénéficier du tiers payant intégral (c'est-à-dire à la fois sur la part remboursée par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé) sur les produits et prestations de l'offre 100 % Santé.

[149] Le déploiement de cette mesure constitue un élément majeur de la lutte contre le renoncement aux soins pour les assurés qui n'ont pas les moyens d'avancer tout ou partie de leurs dépenses de santé sur ce panier, qui comporte des frais et des équipements d'un coût élevé. En effet, comme il a été précédemment exposé, le coût des aides auditives de classe I s'élève à 950 €, soit 1 900 € pour un appareillage stéréo. Pour un tel appareillage, la part remboursée par l'assurance maladie obligatoire s'élève à 420 € (210 €\*2). En l'absence de tiers payant sur la partie complémentaire, le patient doit ainsi réaliser une avance de frais de 1 480 € (740€\*2).

[150] Pour cette raison, le comité de suivi de la réforme 100 % Santé a inscrit à son programme de travail de l'année 2021<sup>52</sup> l'objectif d'assurer un suivi rapproché des conditions de mise en œuvre du tiers payant sur les paniers 100 % Santé (dans les trois secteurs concernés : audiologie, optique et dentaire) à horizon 2022. Des échanges bilatéraux étaient ainsi prévus en avril/mai 2021 entre la DSS et, d'une part, les représentants de chaque profession et, d'autre part, les organismes complémentaires afin d'actualiser l'état des lieux de mise en œuvre du tiers payant sur le 100 % Santé et définir un plan d'actions. Un premier bilan de la mise en œuvre du plan d'actions était annoncé pour mi-octobre 2021. Enfin, un tableau de bord actualisé et consolidé de l'usage du tiers payant sur le 100 % Santé devait être élaboré par les organismes complémentaires.

---

*contractualisation entre professions de santé et organismes d'assurance privés est libre et les réseaux de soins sont très peu régulés, principalement par l'Autorité de la concurrence, mais qui n'a pas de compétences sur les questions de qualité et de sécurité des soins selon le rapport IGAS de 2017 sur les réseaux de soins. Ce rapport pointe quelques limites des réseaux de soins qui justifieraient des évolutions juridiques afin d'améliorer la régulation : (i) Encadrer la relation contractuelle réseau/praticien, trop déséquilibrée en faveur des réseaux ; ceci favoriserait l'adhésion des professionnels de santé ; (ii) Etablir des référentiels qui permettent de mieux mesurer et contrôler la qualité. Dans un scénario qui confierait entièrement au secteur privé le financement de ces marchés, il conviendrait donc de renforcer les mécanismes de régulation, selon des modalités à définir, pour contrôler ces dimensions (qualité, sécurité, pratiques...), mais aussi pour s'assurer que l'exercice de la concurrence entre assureurs et la contractualisation avec les professionnels de santé sont compatibles avec l'existence d'une offre de soins permettant de répondre aux besoins de la population à des conditions à définir. »*

<sup>52</sup> Présenté lors du comité de suivi du 100 % Santé du 13 avril 2021.

### 3.6.1.2 La difficulté de déterminer quel est le niveau réel du tiers payant intégral pour les audioprothèses

[151] A titre liminaire et méthodologique, il convient d'expliquer que le tiers payant intégral correspond au cumul de deux situations différentes :

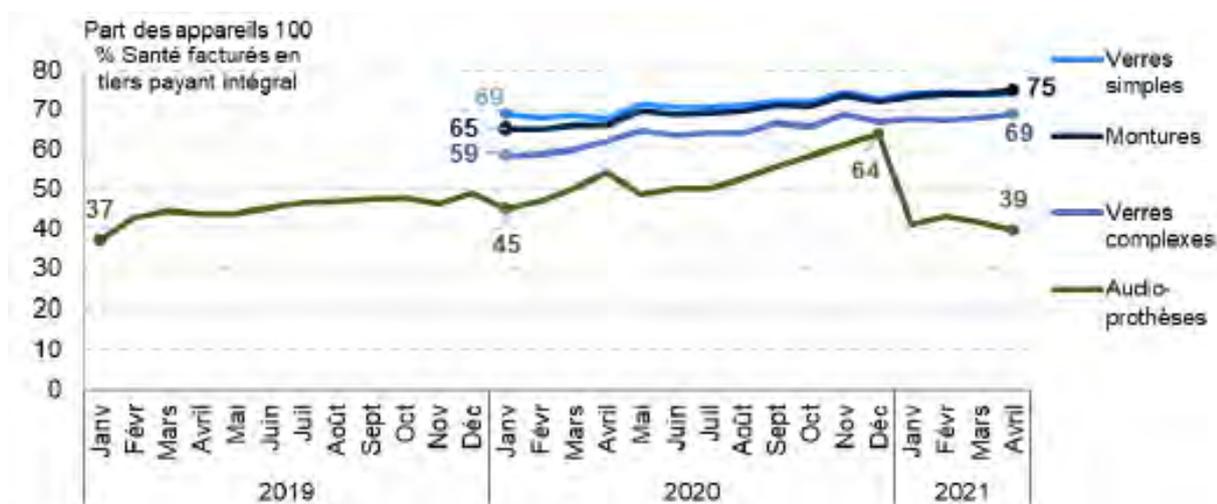
- d'une part le tiers payant intégral à la fois sur les parts AMO et AMC ;
- d'autre part, le tiers payant intégral sur les actes pris en charge à 100 % par l'AMO pour lesquels l'AMC n'intervient pas (actes en rapport avec une affection de longue durée, avec un accident du travail ou une maladie professionnelle, ou en lien avec l'assurance maternité).

[152] Le niveau d'avancement de la mise en place du tiers payant intégral fait l'objet d'appréciations différentes entre les professionnels de santé concernés, dont les audioprothésistes, et les représentants des organismes complémentaires. En effet, les données relatives au déploiement du tiers payant de la CNAM ne sont pas contestées par les professionnels de santé, tandis que les organismes complémentaires considèrent qu'ils sont les seuls à disposer d'une vision globale des flux de tiers payant et hors tiers payant.

[153] Selon les données présentées dans le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, annexé au PLFSS 2022, le taux de tiers payant intégral sur les aides auditives était de 64 % sur le panier 100 % Santé à la fin de l'année 2020. Il convient de souligner que les organismes complémentaires estiment quant à eux que le taux de tiers payant intégral sur la classe I était fin 2020 de l'ordre de 80 %.

[154] La part de tiers payant intégral dans le secteur des audioprothèses était, à cette date, très inférieure à celle observée dans l'optique.

Graphique 16 : Part des appareils 100 % Santé facturés en tiers payant intégral (France entière, tous régimes)



Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, PLFSS 2022, p. 108, à partir de données SNIIRAM

[155] Depuis le début de l'année 2021, la part de tiers payant intégral aurait cependant significativement diminué, y compris sur le panier 100 % Santé (autour de 55 %, cf. tableau suivant).

[156] On peut également remarquer que la part de tiers payant intégral sur le panier à tarif libre (les aides auditives de classe II) est très significativement inférieure à celle du panier 100 % Santé : au deuxième trimestre 2021, la part de tiers payant intégral sur le panier 100 % Santé était de 55,5% contre seulement 44,6 % sur la classe II. Cet écart de traitement entre les deux paniers est d'ailleurs à l'origine d'une revendication forte des audioprothésistes, qui considèrent que l'objectif de mise en place d'un tiers payant intégral devrait s'appliquer à la fois aux aides auditives de classe I et aux aides auditives de classe II, au motif que la différence de prise en charge des avances de frais priverait le patient de sa « liberté de choix » (cf. *infra* également sur la question du niveau de remboursement de la classe II par les OCAM).

Tableau 6 : Présentation des taux de tiers-payant intégral au cours des deux premiers trimestres de l'année 2021

AIDES AUDITIVES		Y COMPRIS C2S				
		% TP intégral AMO+AMC (1)	% TP intégral prise en charge AMO à 100 % (2)	% TP intégral = (1)+(2)	% TP sur la part AMO seule	% Hors TP
1er trimestre 2021	Panier à Tarif libre	33,1%	9,2%	42,3%	44,1%	13,6%
	Panier 100 % Santé	42,0%	12,1%	54,1%	37,0%	8,8%
	Total	36,6%	10,3%	46,9%	41,3%	11,8%
2ème trimestre 2021	Panier à Tarif libre	35,1%	9,5%	44,6%	45,1%	10,3%
	Panier 100 % Santé	42,7%	12,7%	55,5%	36,1%	8,5%
	Total	38,2%	10,8%	49,0%	41,4%	9,6%

Source : CNAM

[157] Depuis le début de l'année 2021 et la mise en place complète du 100 % Santé dans le secteur des aides auditives, les volumes de vente hors C2S ont, en effet, fortement augmenté. En conséquence, le taux global de tiers payant a fortement diminué, dans la mesure où les bénéficiaires de la C2S sont dispensés de toute avance de frais<sup>53</sup>.

[158] La CNAM reconnaît que ces taux font l'objet de contestations de la part des organismes complémentaires. Elle considère néanmoins qu'elle n'a pas été destinataire de statistiques étayées et consolidées de la part des OCAM qui lui permettent de dresser un état des lieux différent.

<sup>53</sup> Les articles D. 861-2 à D. 861-6 du code de la sécurité sociale décrivent les modalités d'application du tiers-payant pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. Ainsi, dès lors que le bénéficiaire des soins présente au professionnel de santé les pièces justifiant qu'il bénéficie de la C2S (carte vitale à jour ou à défaut son attestation de droit), celui-ci est dispensé de toute avance de frais : la part obligatoire et la part complémentaire sont alors payées directement au professionnel par l'assurance maladie obligatoire, laquelle obtient le remboursement de la part complémentaire auprès de l'organisme gestionnaire de la complémentaire santé solidaire lorsqu'il diffère de la caisse d'assurance maladie.

### La difficile estimation du niveau de tiers payant intégral

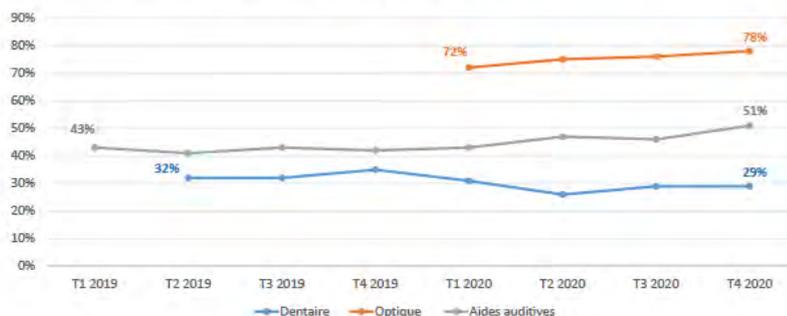
Lors du comité de suivi du 100% Santé du 13 avril 2021, les données suivantes ont été présentées :

#### Mise en place du tiers payant pour le 100% Santé

##### Evolution de la mise en œuvre du tiers-payant intégral sur l'offre 100% Santé



##### Part de TPI sur les paniers 100% Santé (TPI AMO+AMC et TPI AMO)



Données CNAM : Source : DCIR, FINPS /Champ : Patients affiliés au régime général hors SLM, y compris régimes infogérés, PS libéraux conventionnés



10

Début avril 2021, le niveau de tiers payant intégral pour les aides auditives de classe I était ainsi estimé à 51 % à la fin de l'année 2020 (contre 64 % selon le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, cf. *supra*).

A l'issue du comité de suivi du 100 % Santé du 13 avril 2021, la CNAM a néanmoins constaté que ces chiffres excluaient les bénéficiaires de la C2S. Or, les bénéficiaires de la C2S sont dispensés de toute avance de frais. La réintégration des données correspondant aux bénéficiaires de la C2S a abouti à ce que le taux de tiers payant intégral atteigne 73 % sur le 100% Santé en audiologie fin 2020.

### 3.6.2 Les difficultés de mise en œuvre du tiers payant intégral affichées par les audioprothésistes

[159] Au-delà de cette présentation objective du niveau de tiers payant intégral, les questions d'accessibilité au tiers payant sur la part complémentaire font l'objet de débats entre les audioprothésistes et les complémentaires santé (et organismes de tiers payant). Les représentants des audioprothésistes considèrent que les conditions de mise en œuvre du tiers payant n'ont pas évolué récemment et que la multiplicité des procédures tant techniques que contractuelles à appliquer avec les OCAM ou leurs plateformes complexifient fortement la pratique du tiers payant (cf. détails *infra*).

[160] De l'autre côté, les OCAM, s'ils reconnaissent la multiplicité des circuits, indiquent ne pas avoir connaissance de dysfonctionnements particuliers sur ces secteurs, où la pratique du tiers payant est, selon eux, largement répandue. Les taux de tiers payant constatés relativiseraient ainsi les critiques remontées par les professionnels. Les OCAM ont refusé à ce stade d'inclure les audioprothèses dans le champ d'intervention de l'inter-AMC, au motif notamment que le *process* serait complexifié par l'obligation d'établissement d'un devis avant le choix de l'aide auditive par le patient.

[161] Des évolutions apparaissent en tout état de cause souhaitables pour atteindre l'objectif de la LFSS 2021 d'un tiers payant intégral à horizon 2022. Selon la DSS, les professionnels des trois secteurs concernés par le 100 % Santé s'accordent sur le fait que certaines évolutions des outils et des processus sont des préalables indispensables au déploiement effectif du tiers-payant.

[162] Les audioprothésistes, au même titre que les opticiens et les dentistes, ont notamment pu faire remonter les revendications suivantes à la DSS dans le cadre du groupe de travail précédemment évoqué :

- l'identification des droits des patients pris en charge : nécessité d'une connaissance en temps réel des droits et notamment de la nature responsable du contrat. Les organismes complémentaires soulignent que l'information sur le caractère responsable du contrat doit figurer sur l'attestation pour quasiment tous les organismes complémentaires depuis 2020, mais d'après les retours des audioprothésistes, cette pratique n'est pas encore généralisée ;
- la garantie de paiement et les délais de paiement : la mise en place d'une garantie de paiement apparaît souhaitable aux audioprothésistes afin d'éviter le risque de non-paiement des professionnels en cas d'erreurs dans la mise à jour des annuaires des organismes complémentaires. Selon les audioprothésistes (ainsi que les opticiens et les dentistes), en cas de changement de complémentaire en cours de traitement, le transfert des devis acceptés devrait également être facilité entre organismes complémentaires afin de déterminer rapidement la continuité de prise en charge des soins. Par ailleurs, les professionnels expriment le besoin de voir les mêmes règles de délais de paiement que celles applicables à l'AMO être appliquées ;
- la gestion des renouvellements : les vérifications des délais de renouvellement ou de la justification du renouvellement anticipé ne sont pas harmonisées entre les assurances maladie obligatoire et complémentaire ;
- les demandes de prises en charge : les audioprothésistes souhaiteraient un accord systématique ou une obligation de réponse directe lors de l'envoi des devis, sans nombre limité de devis, pour les produits du panier 100 % Santé ;
- les demandes de justificatifs : les audioprothésistes soulignent que certains organismes complémentaires refusent les remboursements si un certain nombre de justificatifs ne sont pas transmis (notamment la prescription de l'ORL / médecin). Les justificatifs pouvant être exigés devraient être encadrés afin de simplifier la procédure mais aussi de protéger le secret médical.

[163] De manière générale, les relations et les modalités d'échanges avec les organismes complémentaires restent trop complexes selon les professionnels de santé concernés par le 100 % Santé. Pour ces derniers, l'identification du process d'échange avec chaque OCAM reste difficile et une standardisation des conditions de réalisation du tiers payant est nécessaire.

[164] Pour répondre à ces différents enjeux, plusieurs pistes pourraient être explorées :

- un accord-cadre ou un conventionnement national entre les représentants des professionnels de santé et l'assurance maladie complémentaire, qui permettrait de définir un cadre harmonisé de pratique de tiers payant sur la base des outils actuellement existants. La réussite d'un tel conventionnement repose toutefois sur la bonne volonté des professionnels de santé et des organismes complémentaires. Selon la DSS, il serait difficile de faire aboutir un tel accord à court terme ;

- une définition au niveau réglementaire des spécifications techniques permettant d'assurer l'effectivité du tiers payant sur le panier 100 % Santé dans le cadre des contrats responsables.
- une évolution plus structurante consistant à mettre en œuvre un tiers payant coordonné. Cette option constitue une alternative aux propositions présentées ci-dessus : si tous ces scénarios d'évolution comportent des étapes similaires, comme l'amélioration des modalités d'identification des assurés, elles supposent des modifications des systèmes d'information des organismes complémentaires et de la CNAM contradictoires. Cette option repose toutefois sur une avance de frais par l'assurance maladie obligatoire du reste à charge de l'assuré sur l'offre 100 % Santé au professionnel de santé, l'assurance maladie se chargeant ensuite d'en obtenir le remboursement auprès des organismes de complémentaire santé. Les sommes à avancer par l'assurance maladie obligatoire seraient ainsi particulièrement importantes.

[165] La mission considère que la deuxième option, qui consiste à définir au niveau réglementaire les spécifications techniques permettant d'assurer l'effectivité du tiers payant sur le panier 100 % Santé, serait la plus efficace et la plus rapide à mettre en œuvre pour atteindre l'objectif fixé par la LFSS 2021<sup>54</sup>.

[166] Enfin, il convient de souligner que les représentants des audioprothésistes considèrent que le tiers payant intégral est indûment employé par les complémentaires santé comme un argument commercial en faveur des réseaux de soins. Les OCAM réserveraient, en effet, la réalisation du tiers payant sur la part AMC aux seuls membres de leurs réseaux de soins. Les audioprothésistes revendiquent ainsi que l'accès au tiers payant pour les patients soit le même, quel que soit le centre dans lequel ils s'équipent, que ce centre adhère ou non au réseau de soins de la complémentaire.

---

<sup>54</sup> Un amendement de Mme la députée Agnès Firmin Le Bodo au PLFSS 2022 a été adopté en première lecture à l'Assemblée nationale pour poser le principe d'une définition par décret du cadre que doivent respecter les services numériques mis à disposition par les organismes complémentaires pour assurer l'obligation qui leur est faite de fournir des outils permettant le tiers payant intégral sur le champ du 100 % Santé.

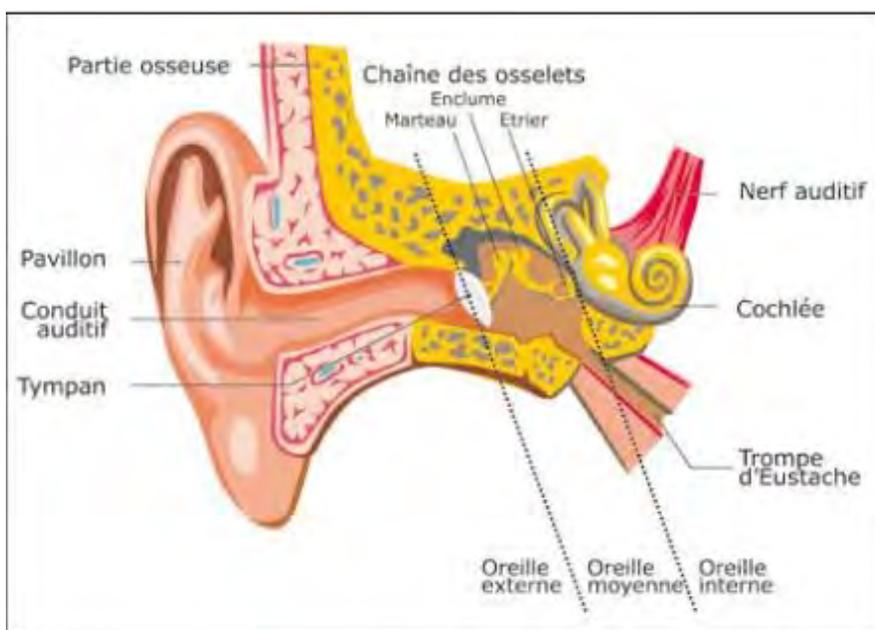
## ANNEXE 2 : Epidémiologie

### 1 Des déficiences auditives nombreuses et complexes qui peuvent être traitées

#### 1.1 Des déficiences auditives aux origines diverses

##### L'anatomie de l'oreille

L'oreille externe a pour fonction de localiser et d'amplifier les sons. Elle est composée du pavillon et du conduit auditif externe et se termine par la membrane tympanique. L'oreille moyenne est composée de la caisse du tympan qui contient trois osselets : le marteau, l'enclume et l'étrier. Cette chaîne ossiculaire relie le tympan à la fenêtre ovale. Les ondes sonores arrivent par le conduit auditif de l'oreille externe pour ensuite faire vibrer le tympan qui transmet la vibration à la chaîne ossiculaire. Dans l'oreille interne, la cochlée prend le relai de la transmission sonore et assure l'audition. L'étrier exerce une poussée à travers la fenêtre ovale qui est la frontière d'une chambre remplie de liquide, située dans l'oreille interne : la cochlée. Lorsque ce liquide entre en mouvement, les cellules ciliées sensorielles, à l'intérieur de la cochlée, se courbent. Ces cellules transforment un signal mécanique en un influx nerveux qui sera traité par le cortex.



Source : Livre blanc UNSAF (ancien nom du Syndicat des audioprothésistes – SDA)

[1] La déficience auditive, appelée surdité ou hypoacousie, se manifeste par une diminution uni ou bilatérale, permanente ou provisoire des facultés auditives. Il existe trois types de surdité selon la localisation anatomique de l'atteinte :

- la perte auditive conductive ou surdité de conduction : elle est liée à un problème mécanique au niveau de l'oreille externe ou moyenne (système tympano-ossiculaire) qui entrave le passage des ondes sonores empêchant ainsi la conduction du son ;

- la perte auditive neurosensorielle ou surdité de perception est liée à une lésion au niveau de l'oreille interne, du nerf auditif ou des voies du nerf auditif dans le cerveau qui provoque des anomalies de la transformation du signal sonore en influx nerveux et ainsi, la lecture de ce signal par le cerveau ;
- la surdité mixte : la perte auditive peut également être d'origine mixte en combinant à la fois une perte auditive conductive et une perte auditive neurosensorielle. Le traumatisme crânien est la cause la plus fréquente de cette surdité.

[2] La déficience auditive peut survenir à la naissance ou se manifester au cours de l'existence. On peut distinguer les déficiences auditives congénitales, qui regroupent les types de déficiences survenant à la naissance ou peu après, des déficiences auditives post-natales qui surviennent à tout âge de la vie. Une surdité congénitale n'est pas systématiquement une surdité héréditaire ou génétique. En effet, certaines surdités congénitales peuvent être d'étiologie acquise (par exemple, surdité post-infection au cytomégalovirus), et inversement, certaines surdités acquises peuvent être d'étiologie génétique (par exemple l'otospongiose).

[3] Certaines étiologies sont plus fréquentes selon l'âge. Le tableau ci-dessous présente les principales causes de la déficience auditive selon les périodes de la vie.

Tableau 1 : Principales causes de la déficience auditive selon les périodes de la vie

Période charnière	Causes de déficience auditive et de surdité
Période prénatale	Facteurs génétiques – y compris la déficience auditive congénitale et la déficience auditive non congénitale Infections intra-utérines – comme la rubéole et les infections à cytomégalovirus
Période périnatale	Asphyxie à la naissance (privation d'oxygène à la naissance) Hyperbilirubinémie (jaunisse sévère pendant la période néonatale) Faible poids de naissance Autres problèmes de santé périnatale et prise en charge de ceux-ci
Enfance et adolescence	Infections chroniques de l'oreille (otite moyenne suppurée chronique) Épanchement de liquide dans l'oreille (otite moyenne non-suppurée chronique) Méningite et autres infections
Âge adulte et vieillesse	Maladies chroniques Consommation de tabac Otosclérose Dégénérescence neurosensorielle liée à l'âge Déficience auditive neurosensorielle soudaine
Tout au long de la vie	Bouchon de cérumen Traumatisme de l'oreille ou de la tête Sons ou bruits de forte intensité Médicaments ototoxiques Produits chimiques ototoxiques dans le cadre professionnel

Déficits nutritionnels

Infections virales et autres affections de l'oreille

Déficiences auditives génétiques (progressive ou d'apparition tardive)

Source : OMS, 2021

[4] On estime que près de neuf surdités sur dix sont acquises. Parmi les déficiences auditives les plus fréquentes figure la dégénérescence neurosensorielle auditive liée à l'âge, également connue sous le nom de presbyacousie, et qui est l'objet privilégié du présent rapport. Cette surdité de perception se manifeste par une perte bilatérale, des fréquences aiguës principalement, qui altère la perception des consonnes. La presbyacousie est une pathologie par nature évolutive démarrant dès l'âge adulte et dont l'aggravation est plus ou moins lente (de 1 à 3 dB par an) selon la fréquence. Les premiers signes de cette pathologie sont généralement détectés par l'entourage du patient plutôt que par le patient lui-même.

[5] Cette pathologie se manifeste conjointement par une atteinte périphérique et une atteinte des voies auditives corticales et sous-corticales donnant lieu à différents types de presbyacousie en fonction du lieu de l'atteinte. Selon la classification établie par Schuknecht, on peut distinguer :

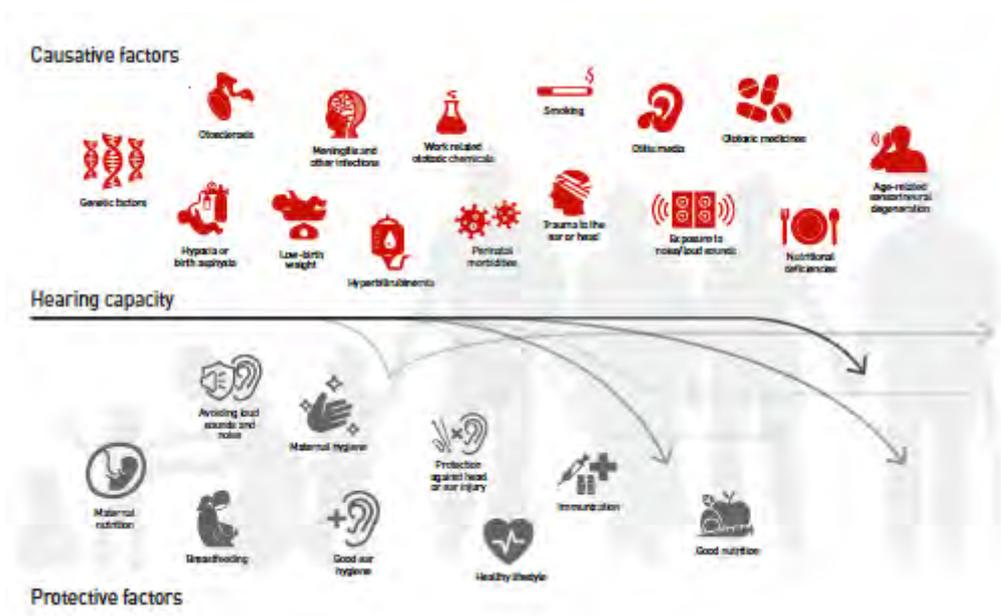
- la presbyacousie sensorielle, qui est liée à des dégénérescences des cellules ciliées de l'organe de Corti ;
- la presbyacousie neurale, qui est liée à des dégénérescences des voies et des centres nerveux de l'audition consistant en une réduction du nombre de neurones innervant la cochlée ;
- la presbyacousie métabolique, qui est liée à des dégénérescences de la strie vasculaire, qui alimente la cochlée en liquide (endolymphe) participant au processus de transduction du signal sonore en impulsion nerveuse ;
- la presbyacousie mécanique, qui est liée à des raidissements de la membrane basilaire entraînant une détérioration de la cochlée, en plus d'une modification des caractéristiques de résonance du canal cochléaire.

Ces lésions sont liées au vieillissement naturel mais semblent être également influencées par des facteurs intrinsèques (génétiques, état de santé) et extrinsèques (exposition au bruit, traitements médicamenteux, accès aux soins, niveau socio-économique...) <sup>55</sup>. La presbyacousie serait alors une pathologie multifactorielle dont les principaux facteurs seraient l'exposition au bruit, les troubles cardiovasculaires, des facteurs génétiques, des anomalies immunologiques et d'autres pathologies <sup>56</sup>.

<sup>55</sup> Puel et al. (2012), Physiopathologie de la presbyacousie.

<sup>56</sup> Bouccara et al. (2006), Presbyacousie

Schéma 1 : Les déficiences auditives, leurs causes et les façons d'y faire face au cours du cycle de vie



Source : *Rapport mondial sur l'audition, OMS*

## 1.2 Des déficiences auditives qui se distinguent par leur niveau de sévérité

[6] Si la surdité se caractérise par une perte partielle ou totale de la perception des sons, sa classification par niveau de sévérité diffère selon les organismes, ce qui complique le dénombrement des personnes concernées. Par exemple, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) présente une classification différente de celle du Bureau international d'audiophonologie (BIAP), qui est la classification de référence en Europe et en France.

[7] Selon l'OMS, une déficience auditive se définit dès lors qu'une personne n'est pas capable d'entendre aussi bien qu'une personne ayant une audition normale, le seuil étant de 20 décibels (dB) ou mieux dans les deux oreilles. La déficience auditive devient incapacitante lorsque la perte auditive est supérieure à 35 dB. Dans son premier rapport sur l'audition dans le monde, l'OMS fixe une classification selon la perte auditive mesurée en dB et les conséquences fonctionnelles de communication, dans un environnement calme et dans un environnement bruyant, associées à chaque niveau de sévérité (tableau 2).

Tableau 2 : Degrés de perte auditive et expérience auditive connexe

Grade	Hearing threshold <sup>†</sup> in better hearing ear in decibels (dB)	Hearing experience in a quiet environment for most adults	Hearing experience in a noisy environment for most adults
<b>Normal hearing</b>	Less than 20 dB	No problem hearing sounds	No or minimal problem hearing sounds
<b>Mild hearing loss</b>	20 to < 35 dB	Does not have problems hearing conversational speech	May have difficulty hearing conversational speech
<b>Moderate hearing loss</b>	35 to < 50 dB	May have difficulty hearing conversational speech	Difficulty hearing and taking part in conversation
<b>Moderately severe hearing loss</b>	50 to < 65 dB	Difficulty hearing conversational speech; can hear raised voices without difficulty	Difficulty hearing most speech and taking part in conversation
<b>Severe hearing loss</b>	65 to < 80 dB	Does not hear most conversational speech; may have difficulty hearing and understanding raised voices	Extreme difficulty hearing speech and taking part in conversation
<b>Profound hearing loss</b>	80 to < 95 dB	Extreme difficulty hearing raised voices	Conversational speech cannot be heard
<b>Complete or total hearing loss/deafness</b>	95 dB or greater	Cannot hear speech and most environmental sounds	Cannot hear speech and most environmental sounds
<b>Unilateral</b>	< 20 dB in the better ear, 35 dB or greater in the worse ear	May not have problem unless sound is near the poorer hearing ear. May have difficulty in locating sounds	May have difficulty hearing speech and taking part in conversation, and in locating sounds

\* The classification and grades are for epidemiological use and applicable to adults. The following points must be kept in mind while applying this classification:

- While audiometric descriptors (e.g. category, pure-tone average) provide a useful summary of an individual's hearing thresholds, they should not be used as the sole determinant in the assessment of disability or the provision of intervention(s) including hearing aids or cochlear implants.
- The ability to detect pure tones using earphones in a quiet environment is not, in itself, a reliable indicator of hearing disability. Audiometric descriptors alone should not be used as the measure of difficulty experienced with communication in background noise, the primary complaint of individuals with hearing loss.

Unilateral hearing loss can pose a significant challenge for an individual at any level of asymmetry. It therefore requires suitable attention and intervention based on the difficulty experienced by the person.

† "Hearing threshold" refers to the minimum sound intensity that an ear can detect as an average of values at 500, 1000, 2000, 4000 Hz in the better ear (148, 156, 157).

Source : *World Report on Hearing, OMS*

[8] Pour sa part, le BIAP a établi une échelle distincte de celle de l'OMS (cf. tableau suivant) : de 0 à 20 dB, la personne est considérée comme ayant une audition normale ou subnormale ; de 21 à 40 dB, la déficience auditive est considérée comme légère ; de 41 à 70 dB, elle est moyenne, de 71 à 90 dB sévère, de 91 à 119 dB profonde et au-delà de 120 dB totale.

Tableau 3 : Classification de la perte auditive

Classification de la perte auditive				
Type de surdité	Degré	Perte tonale moyenne (décibel, dB)	Observations	
Audition normale ou subnormale		≤20	Il peut s'agir d'une atteinte tonale légère sans incidence sociale.	
D�ficiency auditive légère		[21-40]	La parole est perçue à voix normale, elle est difficilement perçue à voix basse ou lointaine. La plupart des bruits familiaux sont perçus	
D�ficiency auditive moyenne	Premier degré	[41-55]	La parole est perçue si on élève la voix. Le sujet comprend mieux en regardant parler. Quelques bruits familiers sont encore perçus.	
	Deuxième degré	[56-70]		
D�ficiency auditive sévère	Premier degré	[71- 80]	La parole est perçue à voix forte près de l'oreille. Les bruits forts sont perçus.	
	Deuxième degré	[81-90]		
D�ficiency auditive profonde	Premier degré	[91-100]	Aucune perception de la parole. Seuls les bruits très puissants sont perçus.	
	Deuxième degré	[101-110]		
	Troisième degré	[111-119 ]		
D�ficiency auditive totale	Cophose	≥ 120	Rien n'est perçu	

Source : BIAP

#### Les critères médicaux d'accès aux aides auditives pour les déficients auditifs

Dans le cas d'une surdité bilatérale, la prise en charge est stéréophonique.

Elle est assurée pour chaque oreille remplissant au moins l'une de ces conditions :

- une perte auditive moyenne supérieure à 30 dB (calculée selon la méthode du BIAP) ;
- un seuil d'intelligibilité dans le silence supérieur à 30 dB (correspondant au niveau d'émission de la parole le plus bas pour obtenir dans le silence 50 % de reconnaissance des signaux de parole) ;
- une dégradation significative de l'intelligibilité en présence de bruit, définie par un écart du rapport signal de parole / niveau de bruit (RSB en dB) de plus de 3 dB par rapport à la norme ;
- une perte auditive dans les fréquences aiguës supérieures à 30 dB à partir de 2 000 Hz et avec un seuil d'intelligibilité supérieur à 30 dB dans le silence (et/ou significativement dégradé dans le bruit).

La prise en charge est également assurée dans les cas spécifiques et exceptionnels de neuropathie auditive et de troubles centraux de l'audition. Le diagnostic est posé :

- pour les neuropathies auditives, sur les résultats conjoints des otoémissions acoustiques, des potentiels évoqués auditifs et des potentiels évoqués multiples stationnaires ;
- pour les troubles centraux, sur les résultats conjoints du test d'écoute dichotique, des potentiels évoqués auditifs précoces et tardifs et de l'audiométrie vocale dans le bruit.

Source : Arrêté du 13 novembre 2018

### 1.3 Des déficiences auditives qui peuvent être traitées par différents moyens dont les aides auditives

[9] Comme le souligne l'OMS dans son rapport mondial sur l'audition, la perte auditive peut être évitée tout au long de la vie grâce à des mesures de santé publique efficaces.

[10] Chez les enfants, près de 60 % des pertes auditives sont dues à des causes qui peuvent être évitées par des mesures telles que la vaccination, l'amélioration des soins maternels et néonataux, le dépistage et la prise en charge précoce de l'otite moyenne. Chez les adultes, la législation sur le contrôle du bruit et la sécurité de l'écoute, ainsi que la surveillance de l'ototoxicité contribuent à réduire le risque de perte auditive.

[11] Selon l'OMS, l'identification est la première étape dans la lutte contre la perte auditive et les maladies de l'oreille connexes. Le dépistage clinique à des moments stratégiques de la vie permet d'identifier ces affections le plus tôt possible. Une fois le diagnostic posé, une intervention précoce constitue la clé du succès. Un traitement médical et chirurgical peut, souligne l'OMS, guérir la plupart des maladies de l'oreille et inverser la perte auditive associée. Lorsque la perte auditive est irréversible, la réadaptation peut en limiter les conséquences pour les personnes concernées.

[12] Des progrès significatifs ont été réalisés à cet égard au cours des dernières décennies et une série d'options efficaces sont désormais disponibles pour répondre aux besoins et aux attentes des personnes atteintes de perte auditive, notamment :

- les implants cochléaires et les aides auditives, dont peuvent bénéficier les enfants comme les adultes ;
- l'utilisation de la langue des signes et d'autres moyens de substitution sensorielle comme la lecture labiale qui constituent également, selon l'OMS, des options intéressantes pour de nombreuses personnes malentendantes.

## 2 Une proportion importante et croissante de déficients auditifs

### 2.1 Des déficiences auditives fréquentes et fortement croissantes avec l'âge

#### 2.1.1 Une priorité de santé publique internationale

##### **Le rapport mondial sur l'audition de l'OMS**

Le rapport mondial sur l'audition (*World report on hearing*) a été publié en 2021 dans le but principal de promouvoir une action mondiale en faveur d'un accès équitable aux soins de l'oreille et de l'audition.

Il démontre que la perte auditive constitue une priorité de santé publique internationale et décrit l'ensemble des outils à la disposition des Etats, en fonction du contexte et des spécificités nationales.

[13] Selon l'OMS, 1,5 milliard de personnes seraient atteintes d'une déficience auditive plus ou moins sévère, soit 20 % de la population mondiale, dont huit sur dix vivent dans des pays à bas et à moyens revenus.

##### **Les personnes souffrant à la fois de surdité et de cécité**

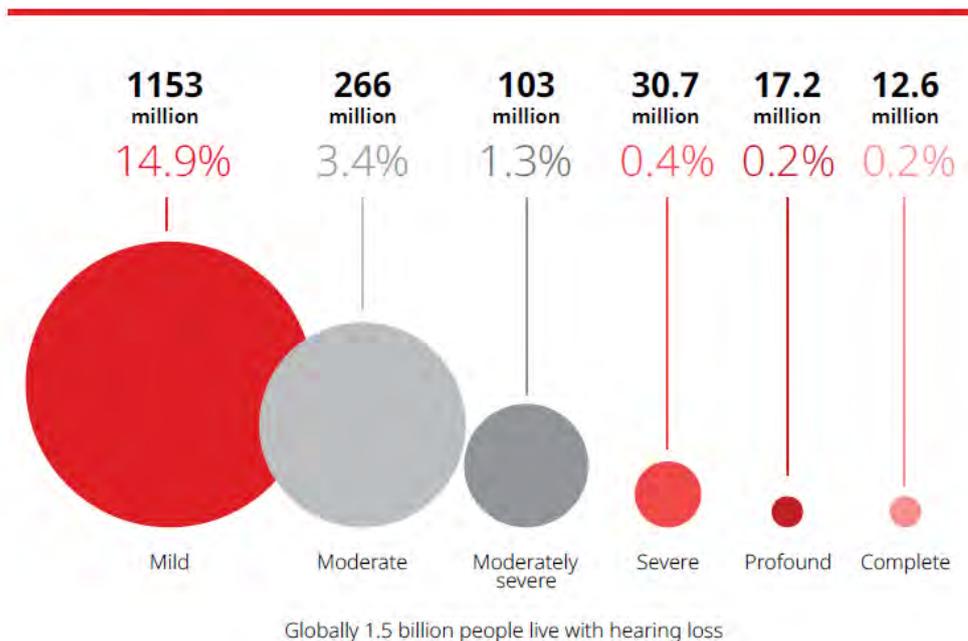
Le cumul de la surdité et de la cécité crée un double handicap sensoriel qui peut être plus ou moins sévère. Ce double handicap affecte tous les âges mais il survient de façon plus fréquente chez les personnes âgées. Avec le vieillissement de la population, sa fréquence va croître.

Les personnes concernées connaissent une dégradation de leur qualité de vie en général. Elles sont souvent isolées socialement en raison de difficultés de communication et d'un problème d'acceptation par autrui de leur état de santé. Elles ont peu d'interactions sociales, notamment du fait de leurs problèmes de mobilité. Elles rencontrent des difficultés dans la vie quotidienne et éprouvent un sentiment de frustration, de dépression, d'insécurité et/ou d'incertitude concernant leur avenir. Elles font également face à des phénomènes de stigmatisation au quotidien et risquent plus que les autres personnes handicapées de connaître des difficultés professionnelles et économiques.

Source : *Rapport mondial sur l'audition, OMS*

[14] Surtout, selon l'OMS, une part substantielle de la population, soit 430 millions de personnes, ou 5,5 % de la population mondiale, souffrirait de déficiences auditives modérées ou plus sévères (c'est-à-dire au-delà de 35 dB) qui, si elles ne sont pas prises en charge, auront un impact sur leurs activités quotidiennes et leur qualité de vie. Ainsi, il y aurait 266 millions de personnes (3,4 % de la population) souffrant de déficiences auditives modérées et 103 millions de personnes souffrant de déficiences auditives modérément sévères (1,3 % de la population). Il y aurait également 60 millions de personnes environ qui souffriraient de surdité complète, profonde ou sévère (entre 65 dB et 80 dB).

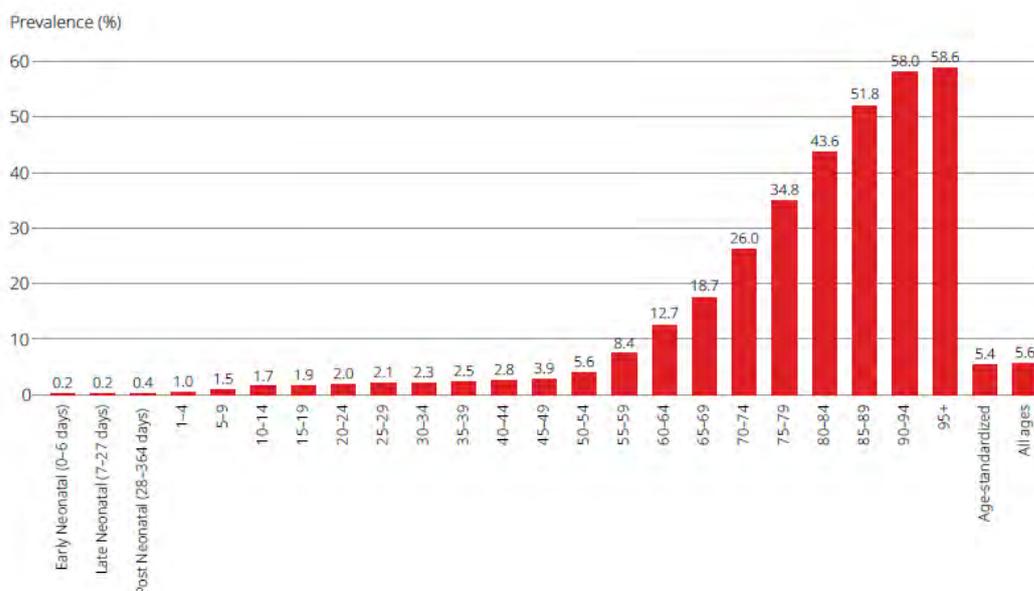
Schéma 2 : Personnes souffrant de déficiences auditives dans le monde et taux de prévalence selon le degré de sévérité, en 2020



Source : Rapport mondial sur l'audition, OMS

[15] Si la prévalence des déficiences auditives modérées et plus varie très légèrement selon le genre, avec respectivement une prévalence de 5,6 % chez les hommes et 5,5 % chez les femmes, l'âge est un facteur majeur d'accroissement des déficiences auditives. Ainsi, selon l'OMS, la prévalence des déficiences auditives modérées et plus est inférieure à 3 % jusqu'à 45 ans, de 8,4 % entre 55 et 59 ans, puis de 12,7 % entre 60 et 64 ans ; elle double à 26 % entre 70 et 74 ans, et double à nouveau à 51,8 % entre 85 et 89 ans pour approcher les 60 % à partir de 90 ans.

Graphique 1 : Prévalence de perte auditive modérée ou plus élevée selon l'âge



Source : Rapport mondial sur l'audition, OMS

## 2.1.2 Des déficiences auditives très répandues en Europe

[16] Les données de l'OMS concernant la région Europe (qui va bien au-delà de l'Union européenne) indiquent que 197 millions de personnes souffriraient d'une déficience auditive en Europe, soit 21,3 % de la population, dont 57,3 millions de personnes, soit 6,2 % de la population, seraient concernées par une déficience auditive modérée ou plus. C'est une proportion similaire à celle de la région des Amériques, proche de celle de la région Asie du Sud-Ouest et de la région du Pacifique Occidental, et très supérieure à celle de la région Afrique (3,6 %) ou de la région Méditerranée Orientale (3,1 %).

[17] D'autres sources, fondées sur d'autres méthodologies, fournissent des chiffres différents. Ainsi, l'enquête EuroTrak menée dans onze Etats-membres de l'Union européenne<sup>57</sup>, et fondée sur des auto-déclarations, fait apparaître que 11,1 % des Européens, soit 58,5 millions de personnes, déclarent souffrir de déficience auditive, avec une prévalence qui varie peu selon les différents pays.

Tableau 4 : Proportion des personnes dans 30 Etats européens qui déclarent elles-mêmes une perte d'audition\*

Country	Eurostat Age>65 %	Self Rep Hloss %	Self Rep Hloss Mill	Country	Eurostat Age>65 %	Self Rep Hloss %	Self Rep Hloss Mill
<b>EUROPE 27 +Norw Swiss UK</b>	<b>20,0</b>	<b>10,7</b>	<b>58,5</b>	<b>EUROPE 27 +Norw Swiss UK</b>	<b>20,0</b>	<b>10,7</b>	<b>58,5</b>
Austria*	18,8	10,0	0,89	Latvia*	20,3	10,8	0,21
Belgium	18,9	9,6	1,10	Lithuania*	19,8	10,6	0,30
Bulgaria*	21,3	11,4	0,80	Luxembourg*	14,4	7,7	0,05
Croatia*	20,6	11,0	0,45	Malta*	18,7	10,0	0,05
Cyprus*	16,1	8,6	0,08	Netherlands	19,2	10,1	1,75
Czech Republic*	19,6	10,5	1,11	Norway	17,2	9,3	0,50
Denmark	19,6	10,3	0,60	Poland	17,7	15,1	5,73
Estonia*	19,8	10,6	0,14	Portugal*	21,8	11,6	1,20
Finland*	21,8	11,6	0,64	Romania*	18,5	9,9	1,92
France	20,1	10,0	6,70	Slovakia*	16,0	8,5	0,47
Germany	21,5	12,2	10,13	Slovenia*	19,8	10,6	0,22
Greece*	22,0	11,7	1,26	Spain	19,4	11,3	5,30
Hungary*	19,3	10,3	1,01	Sweden*	19,9	10,6	1,09
Ireland*	14,1	7,5	0,37	Switzerland	18,5	7,7	0,66
Italy	22,8	12,1	7,30	United Kingdom	18,4	9,7	6,47

\*Données d'Eurostat sur le pourcentage de la population de plus de 65 ans (Eurostat Age>65), le pourcentage de personnes ayant une perte auditive autodéclarée (Self Rep Hloss) ainsi que le nombre total de personnes en millions ayant une perte auditive autodéclarée (Self Rep Hloss Mill). Un astérisque dans le nom du pays indique que la valeur est estimée. Aucun astérisque indique un pays avec des données EuroTrak. (Source des données de base : Ehima-Anovum EuroTrak 2016-2020 & EuroStat 2019)

Source : *Getting the numbers right on Hearing Loss, Hearing Care and Hearing Aid Use in Europe*, AEA, EFHOH, EHIMA

<sup>57</sup> AEA, EFHOH et EHIMA, 2020, Getting the numbers right on Hearing Loss, Hearing Care and Hearing Aid Use in Europe. <https://www.efhoh.org/wp-content/uploads/2020/06/Getting-the-numbers-right-AEA-EFHOh-EHIMA-June-2020-final-2.pdf>

### 2.1.3 Des déficiences auditives très présentes en France

#### La surdité des enfants – surdité néonatale et à huit ans

La surdité permanente bilatérale néonatale (SPBN) est une altération de l'audition sur les deux oreilles que l'on quantifie en fonction du seuil de perception auditive mesurée sur la meilleure oreille. Il s'agit d'un déficit sensoriel congénital estimé comme étant le plus fréquent et touchant chaque année entre 800 et 1 000 nouveau-nés en France<sup>58</sup>.

Ainsi, en 2015, deux ans après la mise en place du programme national de dépistage de la surdité permanente néonatale, Santé publique France estimait une prévalence de la forme moyenne à profonde de la surdité (perte tonale >40dB) de 0,9 ‰ nouveau-nés et une prévalence de 1,3 ‰ pour les formes légères à profondes<sup>59</sup>.

La prévalence globale à huit ans pour les enfants nés entre 1997 et 2005 était de 0,58 [0,5-0,7] pour 1 000 enfants résidant dans les départements couverts par les registres considérés (Isère, Haute-Garonne, Savoie et Haute-Savoie)<sup>60</sup>. L'étiologie était connue dans environ la moitié des cas et une origine génétique identifiée dans plus de 30 % des cas. Parmi les cas d'origine non génétique, une origine infectieuse pré ou post-natale était le plus souvent en cause. Des facteurs de risque périnatal étaient présents dans 14 % des cas pour lesquels l'étiologie précise n'était pas identifiée. Les surdités étaient associées à d'autres déficiences dans un certain nombre de cas : le plus souvent (11 %) à une déficience intellectuelle légère ou plus sévère, mais aussi à des déficiences motrices (7 %), à une épilepsie (4 %) ainsi qu'à des troubles envahissants du développement (3 %). Les modalités de scolarisation proposées étaient différentes selon les départements étudiés.

[18] On dispose, de façon un peu surprenante, d'assez peu de données épidémiologiques précises et récentes sur les déficiences auditives en France alors qu'il s'agit d'un enjeu important de santé publique<sup>61</sup>.

[19] En 1998, selon l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendances (HID), les difficultés d'audition concernaient 5,2 millions de personnes dans notre pays, soit 8,9 % de la population, dont 300 000 souffraient d'une déficience auditive profonde ou totale.

[20] Selon l'enquête Handicap Santé réalisée en 2008 par la DREES sur une base déclarative et en tenant compte d'un éventuel appareillage, 10 millions de personnes avaient des Limitations fonctionnelles auditives (LFA)<sup>62</sup>, la fourchette de l'estimation se situant entre 9 800 000 personnes et 10 500 000 personnes (cf. tableau 5). Parmi elles, environ 5,5 millions de personnes sont concernées par une limitation moyenne à lourde, dont 360 000 ont des LFA très graves ou totales. Si l'on exclut les niveaux « légers » de LFA, les résultats obtenus sont comparables à ceux observés lors de l'enquête HID réalisée en 1998.

<sup>58</sup> Haute Autorité de santé, 2007, Évaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale.

<sup>59</sup> Santé publique France, 2019, Dépistage universel de la surdité permanente bilatérale néonatale.

<sup>60</sup> Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 42-43, 15 décembre 2015.

<sup>61</sup> Une étude descriptive en population générale (18-75 ans) fondée sur la cohorte Constances a été menée par une équipe de l'Inserm. Ses résultats détaillés n'étaient pas encore disponibles au moment de la rédaction du présent rapport. Elle a pour objectif de décrire la prévalence des troubles auditifs (mesurés par un audiogramme) et leur distribution au sein de sous-groupes de la population et explorer de potentielles disparités au sein de ces groupes. Elle permettra également d'étudier les associations potentielles entre les troubles auditifs et simultanément les pathologies cardiovasculaires et neurocognitives ainsi que des marqueurs socio-économiques. Ses premiers résultats débouchent sur des conclusions qui semblent différentes de celles tirées de l'enquête Handicap Santé de 2008 et des chiffres fournis par EuroTrak.

<sup>62</sup> Les personnes ayant déclaré souffrir de surdité, malentendance, ou d'une autre déficience auditive ainsi que celles ayant des difficultés à entendre ce qui se dit dans une conversation avec plusieurs personnes sont considérées comme ayant une limitation fonctionnelle auditive.

[21] La prévalence globale, en tenant compte des personnes en institution, est évaluée à 16 %. Si l'on exclut les limitations « légères », le taux de prévalence est de 8,6 %, soit très légèrement inférieur à celui de HID (8,9 %), mais les différences de définition ne permettent pas les comparaisons directes.

Tableau 5 : Résultats de l'enquête Handicap Santé de 2008

Échelle de limitation auditive	Nombre	Intervalle de confiance à 95 %	%
Aucun problème (*)	52 931 000	[52 438 000-53 424 000]	82,5%
Légères	4 730 000	[4 471 000-4 989 000]	8,0%
Moyennes	3 474 000	[3 264 000-3 684 000]	5,9%
Graves	1 600 000	[1 477 000-1 723 000]	2,7%
Très graves ou totales	359 000	[311 000-406 000]	0,6%
ENSEMBLE	63 094 000		100,0 %
TOTAL	10 163 000	[9 822 000-10 503 000]	16,1%
Dont LFA moyenne à très grave	5 433 000	[5 190 000-5 675 000]	8,61%

LECTURE : LE NOMBRE DE PERSONNES AYANT DES LFA TRÈS GRAVES OU TOTALES EST ÉVALUÉ À 359 000, IL A 95 % DE CHANCES DE SE SITUER ENTRE 311 000 ET 406 000. CELA REPRÉSENTE 0,6 % DE LA POPULATION.  
 CHAMP : PERSONNES VIVANT À DOMICILE OU EN INSTITUTION.  
 SOURCES : ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ 2008, VOLET MÉNAGES ET INSTITUTIONS, INSEE.  
 (\*) Y COMPRIS 1 363 000 PERSONNES TROP JEUNES POUR RÉPONDRE À LA QUESTION CONCERNANT LA CONVERSATION, OU NON CONCERNÉES PAR CETTE QUESTION DU FAIT DE DÉFICIENCES LOURDES.

Source : DREES

### Présentation des principaux résultats de la cohorte Constances

Extraits d'un document synthétique de présentation de l'étude « Epidémiologie de l'hypoacousie en France<sup>63</sup> » transmise par ses auteurs à la mission :

*« Bien qu'étant une pathologie très fréquente, les estimations de prévalence de l'hypoacousie sont rares et reposent principalement sur des études non représentatives de la population générale et sont souvent basées sur des données rapportées par les participants sans mesure objective. Ces limitations ont été récemment soulignées dans le Global Burden of Disease (GBD) 2019 et par de nombreux auteurs.*

*L'objectif de ce travail est de fournir des estimations de la prévalence de l'hypoacousie en France. »*

#### Définitions

Cohorte CONSTANCES : cohorte nationale, représentative.

Mesure de l'audition : audiométrie tonale, en cabine insonorisée (pour 74 % des participants) ou en air ambiant.

Fréquences testées : 0,5, 1, 2, 4 et 8 kHz, de -10 dB à 85 dB par pas de 5dB, selon la norme ISO 8253-1.

La procédure détaillée est disponible à [https://www.constances.fr/assets/pdf/pos\\_audition.pdf](https://www.constances.fr/assets/pdf/pos_audition.pdf)

Perte auditive moyenne (PAM) : moyenne des fréquences 0,5, 1, 2 et 4 kHz pour chaque oreille.

#### Audition

- Normale : PAM dans la meilleure oreille < 20 dB
- Hypoacousie : PAM dans la meilleure oreille ≥ 20 dB
- Hypoacousie invalidante : PAM dans la meilleure oreille ≥ 35 dB

<sup>63</sup> Auteurs : Quentin Lisan MD PhD, Marcel Goldberg MD PhD, Ghizlene Lahlou MD PhD, Anna Ozguler MD PhD, Sylvie Lemonnier Ms, Xavier Jouven MD PhD, Marie Zins MD PhD, Jean-Philippe Empana MD PhD

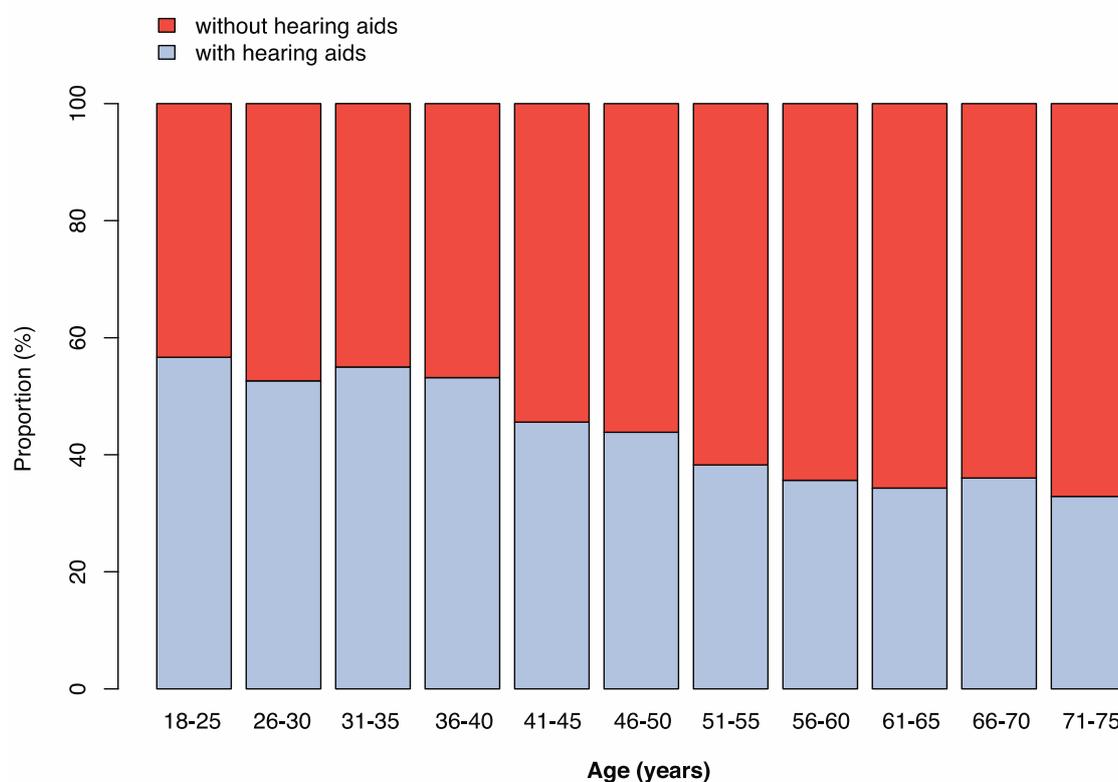
Appareillage auditif : participants déclarant porter un appareillage auditif. La mesure de l'audition n'a pas été effectuée chez ces participants. Ils ont été considérés comme présentant une perte  $\geq 35$ dB.

### Résultats principaux

Parmi les 200 870 participants recrutés âgés de 18 à 75 ans, 186 460 avaient des données audiométriques complètes. Parmi eux, 46,2 % d'hommes, âge moyen de 47.1 ans  $\pm$  13.5.

Au total, 24,8 % (95 % CI 24,6 % – 25,0 %) avaient une PAM  $\geq 20$ dB et 4,3 % (4,2 % – 4,4 %) une PAM  $\geq 35$ dB. Parmi ces derniers, 36,8% utilisaient des audioprothèses, 56,7 % dans la tranche d'âge 18-25 ans et 32,9 % dans la tranche d'âge 71-75 ans.

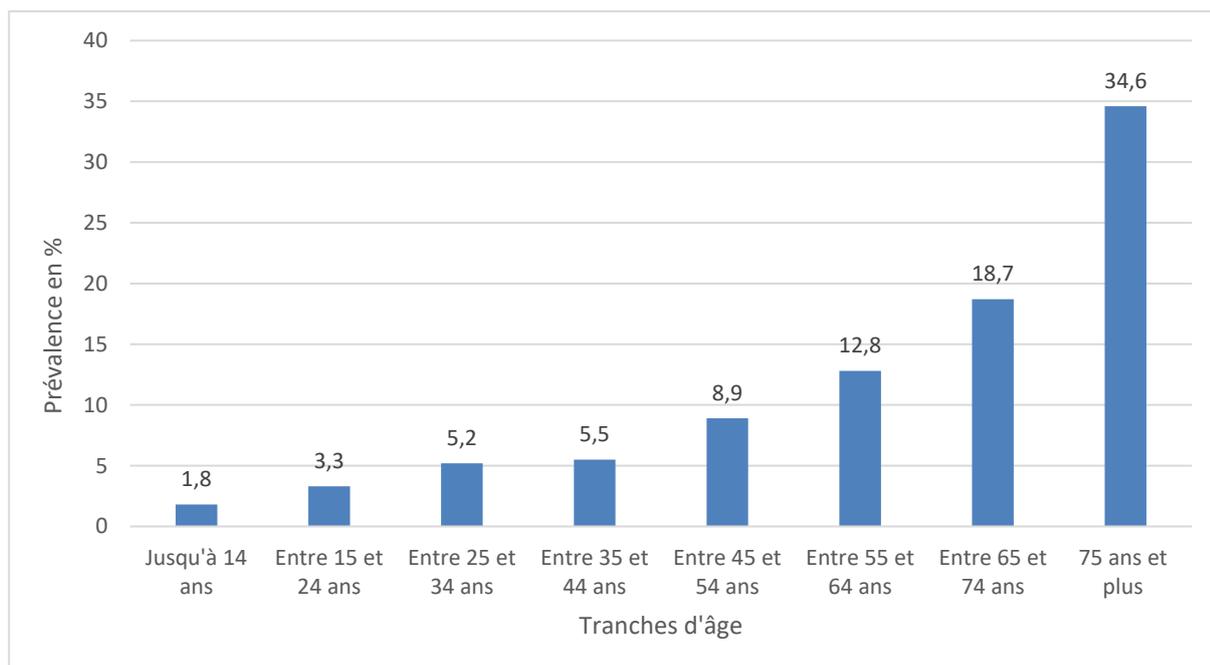
Port d'aides auditives parmi les participants, selon les niveaux de perte auditive (PAM dans la meilleure oreille  $\geq 35$  dB)



[22] Selon les enquêtes EuroTrak, la prévalence de la perte auditive en France était de 10,0 % en 2018, cette prévalence semblant constante au cours du temps. Ainsi, en 2009, elle était estimée à 10,4 %, à 9,4 % en 2012 et à 9,3 % en 2015.

[23] Une perte auditive était déclarée chez 18,7 % des personnes âgées de 65 à 74 ans et chez 34,6 % des plus de 74 ans en 2018 en France.

Graphique 2 : Prévalence des troubles de l'audition par tranches d'âge en France



Source : EuroTrak 2018

[24] Dans ce contexte, la mission recommande de mettre en place un suivi régulier de l'épidémiologie des déficiences auditives, et notamment de la presbycousie.

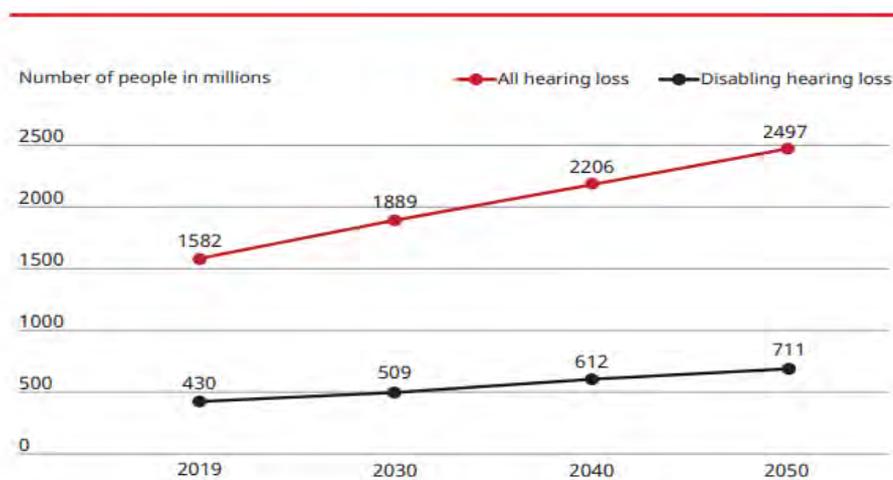
## 2.2 Une augmentation prévisible des déficiences auditives, et notamment de la presbycousie, du fait du vieillissement de la population

### 2.2.1 Des déficiences auditives qui vont croître dans le monde

[25] Le vieillissement de la population va avoir un impact important sur l'épidémiologie de la perte auditive. En effet, d'après les projections de l'OMS, en 2050, près de 2,5 milliards de personnes seront atteintes d'une déficience auditive plus ou moins prononcée, et au moins 700 millions de personnes souffriront d'une déficience modérée et plus<sup>64</sup>. Avec une population mondiale estimée à 10 milliards d'individus, la perte auditive concernera alors une personne sur quatre. De surcroît, plus d'un milliard de jeunes adultes risqueraient une déficience auditive permanente en raison de leurs pratiques d'écoute.

<sup>64</sup> McDaid et al. 2021, Estimating the global costs of hearing loss

Graphique 3 : Projection de la prévalence de la perte auditive



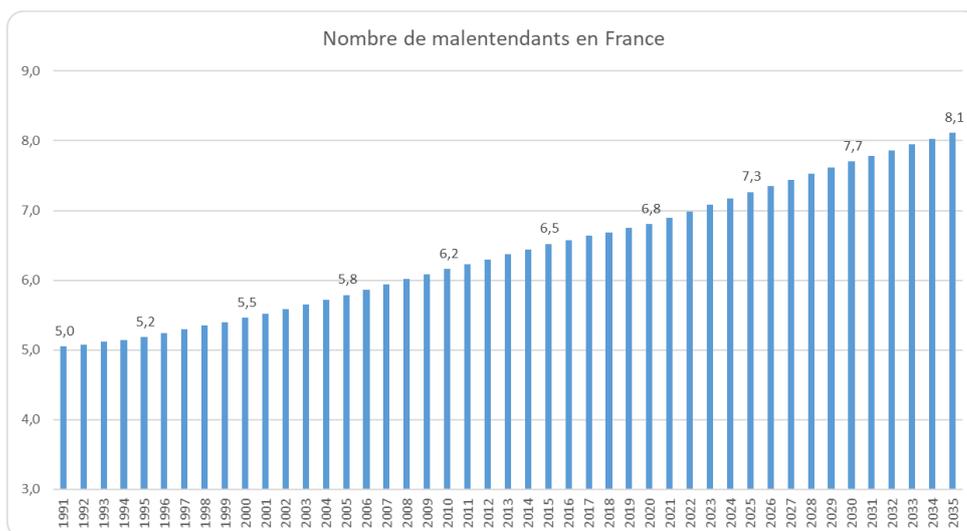
Source : Rapport mondial sur l'audition, OMS

### 2.2.2 L'évolution des déficiences auditives et de la presbycusie en France dans les prochaines décennies

[26] Le vieillissement de la population entraînera mécaniquement une augmentation de la population malentendante en France et des cas de presbycusie.

[27] Sur la base de données démographiques de l'INSEE et des données de prévalence par tranche d'âge des études EuroTrak, le Syndicat national des entreprises de l'audition (SYNEA) a effectué une projection de l'évolution du nombre de malentendants en France jusqu'à 2035. Comme le graphique ci-dessous l'illustre, il estime qu'il y aura huit millions de personnes atteintes de perte auditive à l'horizon 2035, soit une augmentation de plus de 19 % par rapport à 2020.

Graphique 4 : Projection du nombre de malentendants en France (1991-2035)



Source : SYNEA (à partir de données EuroTrak et INSEE)

[28] On ne dispose pas, toutefois, d'une estimation du nombre de personnes spécifiquement atteintes de presbycusie ni de personnes susceptibles de faire l'objet d'un appareillage audioprothétique.

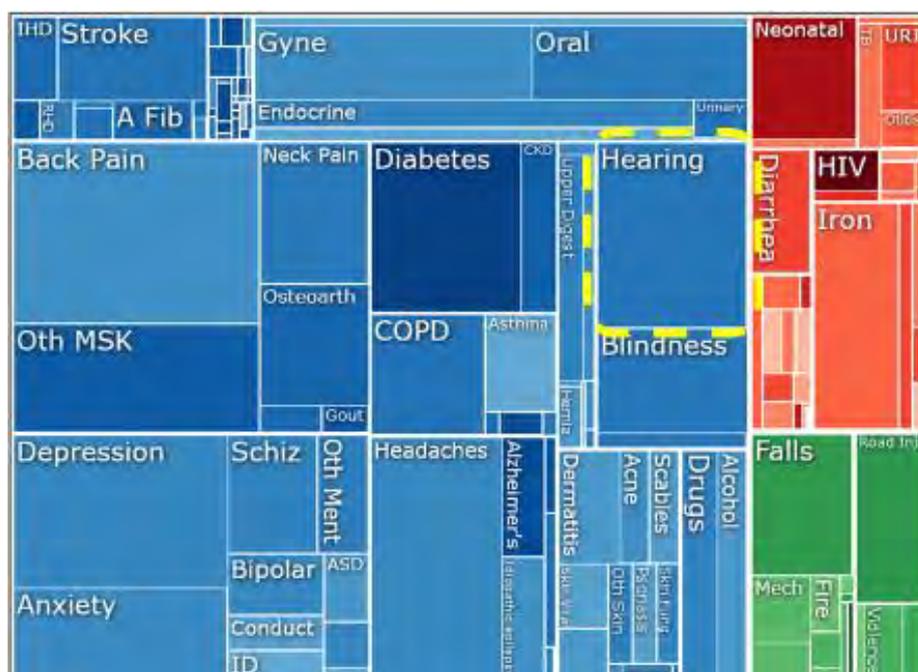
### 3 Des déficiences auditives qui constituent un enjeu important en matière de santé publique et de coût socio-économique

#### 3.1 Un enjeu important de santé publique

[29] Les déficiences auditives, handicap sensoriel invisible, sont assez méconnues en France. Elles concernent pourtant un nombre très élevé de personnes (cf. supra) et ont un impact négatif sur de nombreux aspects de la santé, considérée comme un état de complet bien-être physique mental et social.

[30] Les déficiences auditives arrivaient en 2019, après le mal de dos, la dépression et la migraine, au quatrième rang des maladies recensées dans le monde au regard du nombre d'années vécues avec une incapacité (4,66 % des années vécues avec incapacité), et au premier rang pour les personnes de plus de 70 ans (9,3 % des années vécues avec incapacité)<sup>65</sup>. 70 millions d'enfants de 0 à 15 ans vivent avec une déficience auditive, qui peut avoir des conséquences très lourdes sur leur développement.

Graphique 5 : Fardeau mondial des maladies en années de vie avec une incapacité, tous âges (2019)



Source : Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

<sup>65</sup> Cf. IHME, Global burden of disease, 2019. Le classement est très différent si on considère les « Disability-adjusted life years » (DALYS), c'est-à-dire l'espérance de vie corrigée de l'incapacité, ou les années de vie perdues.

[31] Une déficience auditive non traitée peut avoir un impact négatif sur le bien-être physique, mental et social :

- elle a des effets directs sur l'écoute et la communication. Les personnes malentendantes demandent souvent aux autres de se répéter et rencontrent des difficultés pour communiquer au bureau ou tenir une simple conversation. Ces difficultés ont été accentuées par les mesures prises face à la crise sanitaire : le port de masques et la distanciation sociale ont créé de nouveaux obstacles pour les personnes malentendantes qui font souvent appel à la lecture labiale et aux autres expressions faciales et physiques pour communiquer ;
- elle a des conséquences importantes sur le langage et la parole. Le langage est essentiel non seulement pour communiquer mais aussi pour l'éducation et les relations sociales ;
- elle a un impact sur la cognition. La surdité est le principal facteur de risque évitable des démences liées à l'âge. Ainsi, selon un article publié dans le Lancet, chez les 45-65 ans, 8,2 % des démences seraient évitables si les troubles auditifs étaient absents ou efficacement traités<sup>66</sup> ;
- elle concourt à l'isolement social et à la solitude ainsi qu'à des problèmes de santé mentale. Une déficience auditive est fréquemment liée à des sentiments de faible estime de soi-même et des sentiments de stigmatisation ;
- elle entraîne une diminution des repères sonores, ce qui altère la perception de l'environnement sonore et spatial et aboutit à des pertes de l'équilibre et une augmentation du risque de chute. Plusieurs études témoignent de l'association entre perte auditive et risque de chute<sup>67,68</sup> ;
- d'autres études identifient la surdité comme étant également associée à une augmentation du risque de mortalité<sup>69</sup>.

---

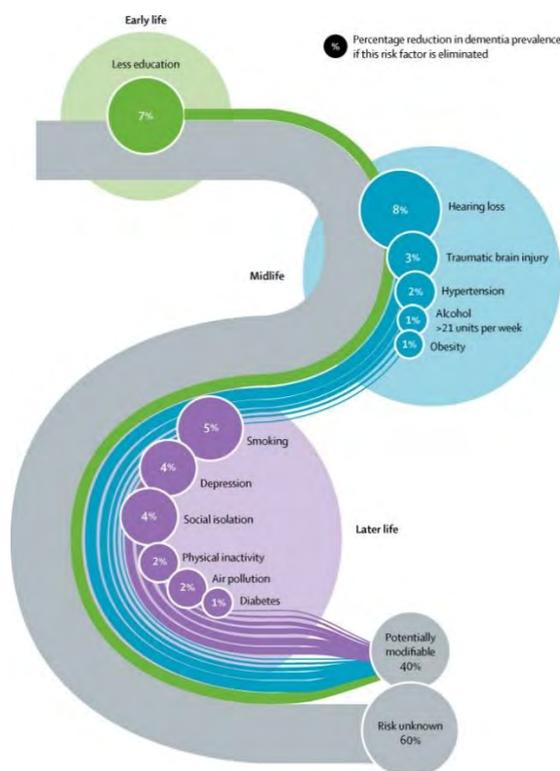
<sup>66</sup> Li et al. 2014, Hearing Impairment Associated With Depression in US Adults, National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2010 ; Lin et al. 2011, Hearing Loss and Incident Dementia ; Le port des aides auditives pourrait avoir un impact sur le déclin cognitif. Ce postulat émane de résultats de nombreuses études observationnelles parmi lesquelles figure une étude de cohorte Française (PAQUID : Personne Agées QUID). Cette étude prospective a permis de constater une incidence accrue de démence chez les personnes avec des problèmes auditifs auto déclarés, sauf celles qui utilisaient des aides auditives.

<sup>67</sup> Jiam et al. 2012, Hearing loss and falls: A systematic review and meta-analysis.

<sup>68</sup> Lin et al. 2012, Hearing Loss and Falls Among Older Adults in the United States.

<sup>69</sup> Cf. Karpa et al. 2010, Fisher et al. (2014), Genther et al. (2015).

Schéma 3 : Part attribuable à la population des facteurs de risques de démence potentiellement modifiables

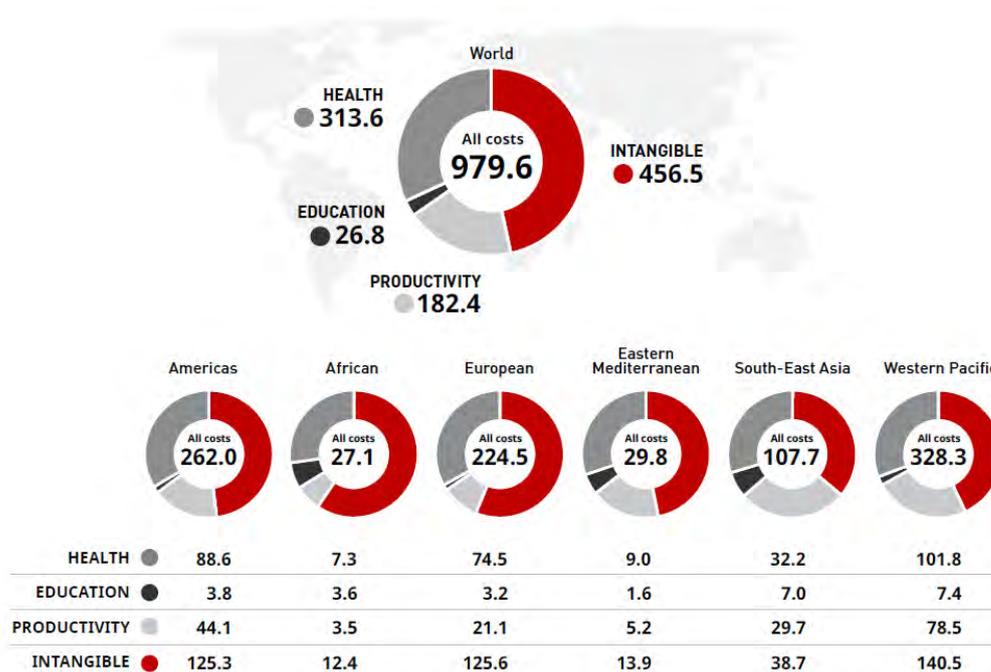


Source : *Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission*

### 3.2 Des coûts économiques et sociaux élevés

[32] Les déficiences auditives ont également un impact économique considérable. Le rapport mondial sur l'audition de l'OMS fait ressortir un coût global lié aux déficiences auditives non corrigées supérieur à \$980 Mds dans le monde, dont \$225 Mds dans la région Europe. Celui-ci se décompose en \$315 Mds environ de coûts de santé, \$180 Mds environ de pertes de productivité et plus de \$450 Mds de coûts sociétaux.

Schéma 4 : Coûts combinés directs, indirects et intangibles des déficiences auditives dans le monde (en milliards de dollars)



\* All costs are calculated for moderate or higher degrees of hearing loss, i.e. hearing level greater than 35 dB in the better-hearing ear. The costs are estimated in 2015 International dollars (a unit of currency defined by the World Bank and represented simply as "\$" in the table).

N.B. The analysis takes no account of certain aspects of hearing loss, the costs of which are not well documented in literature, such as the costs of providing informal care, or pre-school learning and higher education for people with unaddressed hearing loss (201).

Source : Rapport mondial sur l'audition, OMS

[33] Selon un rapport de Jean de Kervasdoué et de Laurence Hartmann de 2016<sup>70</sup>, en l'absence d'appareillage, le coût économique du déficit auditif en France serait d'environ 24 Mds€. Les auteurs mettent en évidence l'importance de l'accès à l'appareillage et de l'observance dans une dimension économique : 2,1 Mds€ de dépenses seraient notamment évitables grâce à une révision des règles d'accès aux aides auditives de manière à atteindre un taux – qui l'est presque aujourd'hui – de 50 % de personnes appareillées.

## 4 La surdité, une déficience qui n'a pas constitué jusqu'à présent une priorité de santé publique en matière de dépistage et de prévention

### 4.1 Un handicap sensoriel identifié assez récemment comme une priorité de santé publique

[34] La reconnaissance des déficiences auditives comme une priorité de santé publique au niveau international est relativement récente. S'il existe des journées mondiales de l'audition depuis

<sup>70</sup> DE KERVASDOUE, Jean, HARTMANN, Laurence. Impact économique du déficit auditif en France et dans les pays développés. 2016, 96 p.

plusieurs années, il a fallu attendre 2021 pour que l'OMS établisse son premier rapport mondial consacré à l'audition.

[35] En France, plusieurs initiatives ont été prises au cours des vingt dernières années en matière de surdité, mais en ciblant en priorité les enfants et les salariés et non les personnes âgées atteintes de presbycusie. Ainsi, la loi relative à la santé publique de 2004 s'est fixé pour objectif d'assurer un dépistage et une prise en charge précoces des troubles sensoriels de l'enfant (objectif 67 figurant en annexe de la loi). Mais les objectifs non quantifiés n'ont pu, cinq ans après, être que partiellement évalués. En février 2010, le Gouvernement a annoncé un plan triennal surdité 2010-2012 qui proposait une série de mesures en matière de prise en charge et d'accompagnement de la surdité à tous les âges de la vie. Dans la continuité de la loi du 11 février 2005, ce plan doté de 52 M€ comprenait 52 mesures, dont 13 mesures clés, en direction des personnes sourdes ou malentendantes pour :

- améliorer la prévention, le dépistage et l'accompagnement lors de la découverte d'une déficience auditive ;
- mieux prendre en compte la déficience auditive à tous les âges de la vie (école, enseignement supérieur, emploi, personnes âgées devenues sourdes) ;
- rendre notre société plus accessible aux personnes sourdes ou malentendantes (accès à l'information et à la culture, téléphonie, développement des métiers de l'accessibilité).

[36] Il n'existe pas à ce jour de plan global ni de stratégie en matière d'audition ou de surdité, ni *a fortiori* de presbycusie mais des programmes d'action dans plusieurs domaines spécifiques :

- la prévention, le dépistage et la prise en charge des surdités néonatales font l'objet de programmes depuis une dizaine d'années (cf. infra) ;
- la stratégie « vieillir en bonne santé 2020-2022 » sur la perte d'autonomie intègre un volet dépistage de la fragilité des personnes âgées (ICOPE) qui inclut un volet audition ;
- le quatrième plan national santé environnement (PNSE4) met en avant la problématique de l'exposition au bruit, qui susciterait 10 000 décès prématurés par an en Europe. Ce plan comporte deux actions de prévention du risque de l'exposition au bruit :
  - « Informer et sensibiliser les jeunes de 16 ans à l'occasion du service national universel », qui préconise d'informer et sensibiliser les jeunes de 16 ans à l'occasion du service national universel notamment sur les risques auditifs sur leur santé ;
  - « Prendre soin de son audition tout au long de la vie » qui prévoit une mise en place d'actions de communication chez les jeunes et de dépistage chez les adultes (autotest) ;
- le ministère chargé du travail a élaboré et mis en œuvre une stratégie dans le domaine des surdités professionnelles (cf. infra).

[37] Dans le contexte d'un vieillissement rapide de la population, du 100 % Santé et de la préparation de la prochaine stratégie nationale de santé, il serait opportun d'élaborer à nouveau un plan global de prévention, de dépistage et de prise en charge des différentes formes de déficiences auditives, y compris la presbycusie, afin d'inscrire cet enjeu de santé publique dans l'agenda collectif, d'élaborer un cadre cohérent d'analyse et d'action et de mobiliser l'ensemble des professionnels et des associations de patients autour des mêmes objectifs. Ce plan constituerait une des dimensions de la stratégie nationale de santé et serait intégré dans le plan national de santé

publique, en cohérence avec la démarche engagée depuis quelques années par la puissance publique de ne pas multiplier les plans.

## 4.2 Des programmes de prévention et de dépistage qui ont donné la priorité à la surdité néonatale, aux surdités professionnelles et à l'exposition au bruit mais pas à la presbyacousie

[38] Une série de programmes de prévention et de dépistage existent en France en matière de surdité. Ils ont privilégié, à ce jour, la surdité des nouveau-nés, l'exposition au bruit des jeunes en particulier et les surdités professionnelles, mais non la presbyacousie qui frappe les seniors.

### 4.2.1 Le dépistage néonatal de la surdité et la surveillance des enfants et adolescents

[39] Un programme de dépistage de la surdité néonatale a été mis en place dans le cadre de l'arrêté du 23 avril 2012<sup>71</sup>. Le programme national de dépistage de la surdité permanente bilatérale néonatale (SPBN) mis en place en novembre 2014 vise à repérer précocement les enfants déficients auditifs pour limiter les conséquences délétères de ce déficit. L'objectif fixé est d'obtenir une exhaustivité de dépistage en maternité de 90 %. En pratique, comme le montre un bilan publié en juin 2021 dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire, le taux d'exhaustivité s'est élevé à 93,8 %, et le taux de refus par la population a été faible (0,1 %). Lors du congrès de la Société française d'ORL (SFORL) d'octobre 2021, l'association française d'ORL pédiatrique, a présenté de premiers résultats du dépistage néonatal pour 2020 sur la base de questionnaires envoyés aux régions métropolitaines (seules les ex-régions Champagne-Ardenne, Franche-Comté ainsi que l'Île-de-France, hors Paris, n'avaient pas répondu) : le taux d'exhaustivité était de 98,5 % avec un taux de refus stable de 0,07 %.

[40] Si le taux d'exhaustivité de dépistage néonatal constitue une réussite, il n'en est pas de même pour la phase diagnostique. Malgré une amélioration notable avec un passage de 62 % à 73 % des enfants dépistés réellement diagnostiqués entre 2015 et 2020, le taux d'enfants perdus de vue reste trop important. D'autant plus que les résultats de 2020 ne prennent pas en compte l'ensemble du territoire français et qu'il existe une forte hétérogénéité entre les régions.

[41] Le dépistage de l'enfant après la naissance, pour sa part, s'inscrit dans un cadre réglementaire<sup>72</sup> et à travers des guides et des recommandations<sup>73</sup>. On estime qu'à trois ans, la prévalence des surdités sévères et profondes est de 3 ‰, il est donc indispensable de rester vigilant quant à l'installation possible d'une surdité au cours des premières années, surtout en cas de facteurs de risque. Les autorités de santé se sont également engagées à redéployer les examens obligatoires actuellement concentrés sur les enfants de moins de six ans et à créer de nouvelles consultations destinées aux jeunes de 8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 ans, prises en charge à 100 %.

[42] Par ailleurs, l'INPES, devenu dans l'intervalle Santé publique France, s'est concentré sur la question de la prévention de l'exposition au bruit des jeunes (volume sonore de la musique, utilisation d'écouteurs, etc.).

<sup>71</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025794966/>

<sup>72</sup> Un cadre législatif (circulaire DGS 78/PME 2 du 24 janvier 1977) codifie les étapes du dépistage de l'audition chez l'enfant lors du certificat du 9<sup>ème</sup> mois, à l'âge de 2 ans et entre 3 et 6 ans.

<sup>73</sup> En 2005, la Haute Autorité de santé a publié des propositions de modalités de dépistage des troubles auditifs chez les enfants de 28 jours à 6 ans et de 7 à 18 ans. En 2009, la société française de pédiatrie a publié un guide sur le dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant dans lequel il est recommandé de proposer un examen ORL spécialisé s'il existe un antécédent personnel ou familial, des signes d'appel ou une anomalie à l'un des tests réalisés.

#### 4.2.2 La prévention et le dépistage des surdités professionnelles

[43] L'exposition au bruit dans le monde professionnel est un risque bien documenté. Avec un salarié sur dix exposé à un bruit supérieur à 80 dB par semaine, l'exposition au bruit serait le deuxième risque physique au travail, derrière les troubles musculo-squelettiques. Dans le cadre du compte de prévention (C2P), les entreprises déclarent le bruit comme le troisième facteur constitutif d'un environnement physique agressif après le travail de nuit et le travail en équipes alternantes.

[44] Le code du travail prévoit qu'un travailleur dont l'exposition au bruit dépasse 80 dB de niveau d'exposition quotidienne ou 135 dB de niveau de pression acoustique de crête peut bénéficier, à sa demande ou à celle du médecin du travail, d'un examen audiométrique « préventif ». Cet examen a pour objectif le diagnostic précoce de toute perte auditive due au bruit et la préservation de la fonction auditive (article R. 4435-2 du code du travail).

[45] De manière générale, la réglementation concerne principalement l'industrie et couvre moins bien certains risques d'exposition (écouteurs) et de nouvelles formes de travail (télétravail, plateaux...). Des mesures sont en cours d'élaboration dans le secteur du spectacle vivant et de la musique. Par ailleurs, la « Journée nationale de l'audition » (JNA) a lancé en 2016 la « Semaine de la santé auditive au travail ». Celle-ci cherche à mobiliser les entreprises et les acteurs de la prévention pour pousser les managers à adopter une perspective « bruit-santé ».

#### 4.2.3 L'absence à ce jour de politique de dépistage organisé de la presbyacousie

[46] Aujourd'hui, il n'existe pas en France, pas plus que dans d'autres pays, comme les représentants de l'OMS l'ont rappelé à la mission, de programme national de prévention ni de dépistage en matière de presbyacousie.

[47] La mission a toutefois recensé de nombreuses initiatives prises en ce sens par les acteurs de la filière et certaines autorités de santé. D'abord, les consultations avec les ORL et les médecins généralistes sont l'occasion de sensibiliser les patients atteints de presbyacousie à leur situation et de les dépister sur un mode opportuniste. Par ailleurs, la JNA est l'occasion de nombreux événements nationaux dans toute la France. Les audioprothésistes proposent aussi au public de très nombreux tests auditifs et bilans auditifs à titre gracieux.

[48] Il convient également de citer deux autres initiatives :

- le lancement par Santé Publique France d'une application « avancer en âge en bonne santé » qui permet une auto-évaluation des besoins, des conseils opérationnels et des orientations personnalisées pour une prévention renforcée dès 40-45 ans ;
- l'expérimentation dans plusieurs régions d'un programme de dépistage de la fragilité selon la démarche ICOPE, conçue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sur la période 2020-2022 et intégrée dans la stratégie « Vieillir en bonne santé 2020-2020 » (cf. supra). Les résultats de ce programme de dépistage donneront lieu à des réponses concrètes, comme la prescription d'activités physiques adaptées à la perte d'autonomie.

### L'expérimentation ICOPE

En 2019, l'OMS a lancé le programme ICOPE (Integrated Care for Older People) dont l'objectif était de permettre au plus grand nombre de vieillir en bonne santé. Pour cela, l'OMS a mis en place un outil numérique à destination des professionnels médico-sociaux. Cet outil permet de mesurer les principales capacités intrinsèques (la mobilité, la mémoire, le sensoriel : vue et audition, l'état nutritionnel et l'humeur) considérées comme essentielles pour prévenir la perte d'autonomie.

C'est dans le cadre de ce programme, intégré dans la stratégie « Vieillir en bonne santé 2020-2022 », que le Gérotopôle du CHU de Toulouse, avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Occitanie, a mis en place un parcours de soin guidé par des applications numériques, pour évaluer, prendre en charge et assurer le suivi de 200 000 seniors (plus de 65 ans) à l'horizon 2025.

Concernant l'évaluation de la perte auditive, la Fondation pour l'Audition a développé une application (Höra) de repérage des troubles de l'audition, qui propose un test d'audition dans le bruit, appelé le « test des trois chiffres ».

[49] Au-delà de ses conséquences sur la santé et le bien-être des personnes concernées (risque accru de déclin cognitif et de perte d'autonomie), l'absence de dépistage des patients atteints de presbycusie se traduit notamment par le caractère tardif du premier appareillage (entre 73 et 75 ans avant le 100 % Santé d'après les données disponibles) par rapport à l'apparition des premiers symptômes.

[50] Il serait ainsi souhaitable de réaliser un dépistage de la presbycusie de manière plus large et plus précoce, pour les personnes entre 55 ans et 60 ans, à répéter périodiquement ensuite.

[51] L'existence d'outils simples et rapides de dépistage de la surdité rend cette pratique facile à réaliser et peu coûteuse. Il y a, en effet, de nombreux moyens pour dépister une perte auditive, par exemple :

- le test de la voix chuchotée (l'AcouChuch');
- le questionnaire HHIE (Hearing Handicap Inventory for the Elderly), en dix questions, qui permet, de manière fiable, de dépister la surdité chez les sujets âgés ;
- l'application numérique Höra, développée par la Fondation pour l'audition ;
- et, bien entendu, un audiogramme.

[52] La CNAM pourrait adresser un courrier personnalisé aux personnes atteignant leur cinquante-cinquième anniversaire expliquant la démarche à suivre pour réaliser un dépistage sur une application numérique ou grâce au questionnaire HHIE (pour les personnes ne disposant pas de smartphone). Cette démarche pourrait être renouvelée périodiquement. En cas de positivité du test de dépistage, la personne serait alors invitée à se rapprocher d'un ORL, ou le cas échéant d'un médecin généraliste, afin de bénéficier d'un examen plus approfondi et d'un diagnostic.

[53] L'information sur ces outils de dépistage et sur la démarche pourrait être faite par les professionnels de santé, y compris les audioprothésistes, et en particulier par les médecins traitants et les pharmaciens.



## ANNEXE 3 : Acteurs de la filière auditive et audioprothèses

[1] L'offre de soins dans la filière auditive repose en priorité sur quatre types de professionnels de santé : ORL, médecins généralistes, audioprothésistes et orthophonistes. Ils font appel, pour la prise en charge de la presbycusie, à des aides auditives dont le marché connaît une croissance rapide et est dominé par cinq fabricants internationaux.

### 1 Des médecins ORL et généralistes au cœur de la filière auditive

[2] L'offre de soins de la filière auditive repose principalement en France, en matière de presbycusie, sur deux spécialités médicales (les ORL et les médecins généralistes), en l'absence d'audiologistes dans notre pays.

#### 1.1 Les ORL, une pierre angulaire de la filière auditive confrontée à un enjeu démographique

##### 1.1.1 Une spécialité médico-chirurgicale très vaste exercée par un nombre restreint de professionnels

###### 1.1.1.1 Une spécialité médico-chirurgicale très large et prisée par les étudiants en médecine

[3] L'Oto-rhino-laryngologie (ORL) s'est constituée comme spécialité vers la fin des années 1860. Elle est l'une des quatre spécialités médico-chirurgicales avec la chirurgie générale, la neurochirurgie et l'ophtalmologie. Elle est consacrée, selon la société française d'ORL (SFORL), aux anomalies de l'oreille, du nez et des sinus, de la gorge et du cou. Elle s'intéresse ainsi à l'ouïe, à la voix, à la respiration, à l'odorat et au goût, à l'équilibre, et à l'esthétique du visage. C'est la spécialité médicale de la communication, de l'expression, de l'orientation et de la dégustation.

[4] L'ORL couvre un champ très vaste. Les médecins ORL diagnostiquent et soignent, en principe, toutes les anomalies de la sphère ORL, mais la plupart, notamment en CHU, se spécialisent dans un domaine particulier. Il existe ainsi des spécialistes de la filière auditive, audiologistes et otologistes (maladies et chirurgie de l'oreille) et des vestibulométristes (exploration des troubles de l'ouïe et de l'équilibre et des vertiges), mais aussi des rhinologistes (maladies et chirurgie du nez et des sinus), des cancérologues, des oto-neurochirurgiens, des plasticiens (chirurgie plastique et esthétique de la face, réhabilitation de la face paralysée) et des spécialistes des troubles olfactifs, des pathologies des glandes salivaires, etc.

[5] L'ORL est, parmi les 44 spécialités existantes depuis la réforme de 2017, l'une des plus prisées par les étudiants qui passent les épreuves classantes nationales (ECN) à la fin du deuxième cycle (6<sup>ème</sup> année) des études médicales. En 2020, le rang d'affectation des nouveaux internes de la discipline s'étalait entre le 65<sup>ème</sup> et le 3 289<sup>ème</sup> rang, en incluant les contrats d'engagement de service public (CESP). Par rang médian d'affectation, la spécialité ORL (chirurgie du cou et faciale) était classée sixième en 2020, derrière des spécialités comme l'ophtalmologie, la dermatologie ou la neurologie, mais devant l'anesthésie-réanimation, la radiologie ou la médecine interne. En 2021, la spécialité ORL

est restée attractive (au septième rang), avec un rang d'affectation des internes allant du 94<sup>ème</sup> rang au 3 518<sup>ème</sup>.

[6] Les ORL ne font pas partie des spécialités en accès direct, à la différence des gynécologues et des ophtalmologistes pour certaines indications, des psychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans et des stomatologues.

#### **L'organisation et la représentation de la profession des ORL**

Les ORL sont représentés par plusieurs organisations professionnelles.

Le Syndicat national des ORL (SNORL) est le syndicat vertical de la profession, qui regroupe libéraux, salariés et mixtes. Il n'est pas affilié à un syndicat horizontal de médecins. Il compte 900 adhérents, soit près de 1/3 des ORL.

La Société française d'ORL (SFORL) est la société savante de la profession. Elle compte 1 800 adhérents.

Le collège d'ORL et de chirurgie cervico-faciale compte 360 adhérents : enseignants ou anciens enseignants, dont 100 PU ou MCU en activité,

Le Conseil national professionnel de l'ORL (CNP ORL) est un organisme tripartite qui réunit le SFORL, le Collège ORL et le SNORL. Composé à moitié d'hospitaliers et de libéraux, il représente la spécialité auprès des tutelles, propose et missionne des experts dans les différentes thématiques de surspécialité, accompagne les ORL publics et libéraux dans leur parcours professionnel et gère les relations avec les autres professionnels de santé (audioprothésistes, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes). Il est actuellement présidé par le Professeur Vincent Darrouzet (SFORL).

#### **1.1.1.2 Des effectifs d'ORL relativement peu nombreux, orientés à la baisse et plus masculins que dans d'autres spécialités**

[7] En 2020, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) estimait à 2 809 le nombre de médecins de moins de 70 ans en activité ayant déclaré avoir un exercice principal en ORL et chirurgie cervico-faciale. Cela représente un peu plus de 1 % du total des médecins en activité et une densité en ORL de 4,2 pour 100 000 habitants et de 15,7 ORL pour 100 000 habitants de 60 ans et plus. C'est dans la moyenne des pays européens et, en France, cela classe la spécialité d'ORL loin derrière les psychiatres ou les anesthésistes-réanimateurs, à peu près au même niveau que les chirurgiens orthopédiques et traumatologiques, les pneumologues et les gynécologues médicaux, et devant des spécialités comme la rhumatologie, la neurologie ou la gériatrie. Il y a deux fois moins d'ORL que d'ophtalmologistes<sup>74</sup>.

<sup>74</sup> Parmi les ORL en activité régulière en 2021, le CNOM estime que 173 sont diplômés d'un pays extra-communautaire et 182 d'un autre pays de l'Union européenne, ce qui est assez significatif. Le CNOM estime également, sur la base de chiffres un peu différents de l'ONDPS (3 033 médecins qualifiés en ORL au 1er janvier 2021 dont 2 577 en activité régulière), qu'il y a 366 ORL retraités actifs (12,1 %) et 88 en activité intermittente de remplacement (2,9 %).

Tableau 1 : Evolution du nombre d'ORL en activité, part des femmes et âge moyen (2012-2020)

	Médecins en activité en O.R.L et chirurgie cervico-faciale									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
<b>Effectif total</b>	2 965	2 972	2 965	2 930	2 938	2 922	2 867	2 827	2 809	
Part des femmes	21%	22%	23%	24%	25%	26%	27%	29%	30%	
Part des hommes	79%	78%	77%	76%	75%	74%	73%	71%	70%	
<b>Âge moyen</b>	52	52	52	52	52	52	52	52	51	
Part des moins de 35 ans	8%	8%	9%	10%	10%	10%	11%	12%	13%	
Part des 55 ans et plus	48%	51%	53%	53%	53%	52%	51%	50%	49%	

*Note :* Ne disposant pas d'information sur leur activité effective, nous faisons le choix de ne pas considérer les 70 ans et plus comme médecin en activité.

*Source :* DREES, RPPS - Traitement ONDPS

*Champ :* France entière

*Lecture :* En 2020, il y avait 2809 médecins en activité (de moins de 70 ans) en O.R.L et chirurgie cervico-faciale.

Source : ONDPS

[8] Le nombre d'ORL en activité, qui a connu une évolution en cloche des années 1980 à 2000, diminue depuis une dizaine d'années. Il a augmenté entre 1985 et 2000, passant de 2 402 à 2 889, puis, après s'être stabilisé, a connu une baisse régulière au cours de la décennie 2010, passant de 2 965 en 2012 à 2 809 en 2020, soit -5 %, du fait d'un nombre de départs à la retraite plus élevé que celui des entrées- le *numérus clausus* étant resté stable, autour de 80 nouveaux ORL formés chaque année.

[9] La baisse du nombre d'ORL n'a, par ailleurs, pas été homogène sur le territoire. Elle est, en effet, plus marquée dans certains départements que dans d'autres. La carte ci-après, qui retrace l'évolution de la densité des ORL par département, permet de mesurer l'importance du phénomène, analysé infra.

Carte 1 : Variation de la densité des ORL par département entre 2010 et 2021



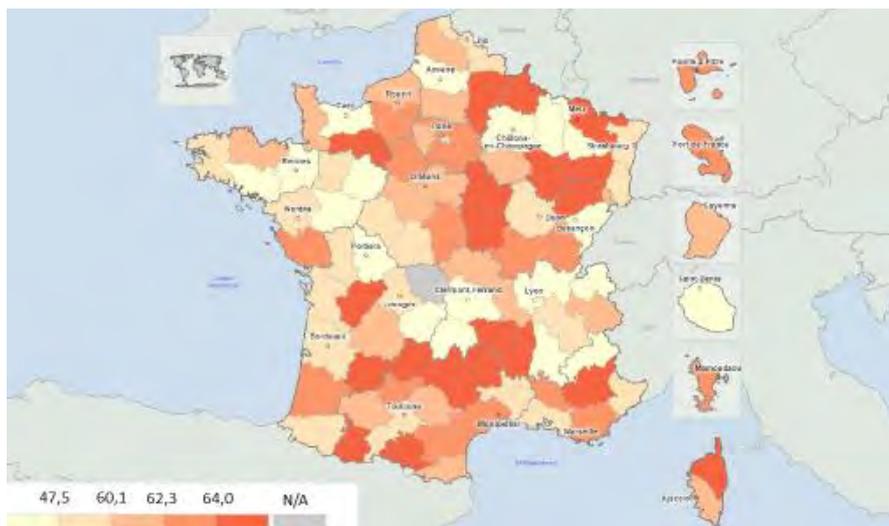
Source : Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)

[10] L'âge moyen des ORL est un peu plus élevé (un peu plus de 51 ans) que celui de la moyenne des médecins (50 ans). 49 % des ORL ont 55 ans et plus, une proportion stable depuis 2012, et un tiers des ORL ont 60 ans et plus. La part des moins de 35 ans est de 13 %, en hausse de cinq points depuis 2012. L'âge moyen des ORL hommes est, par ailleurs, supérieur d'une dizaine d'années à celui des ORL femmes.

[11] Selon la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF), l'âge moyen à l'affiliation des ORL libéraux, c'est-à-dire l'âge moyen auquel les ORL commencent à exercer en libéral, était de 39 ans environ en 2018, contre 36 ans pour les ophtalmologistes et 38 ans pour la moyenne des spécialistes.

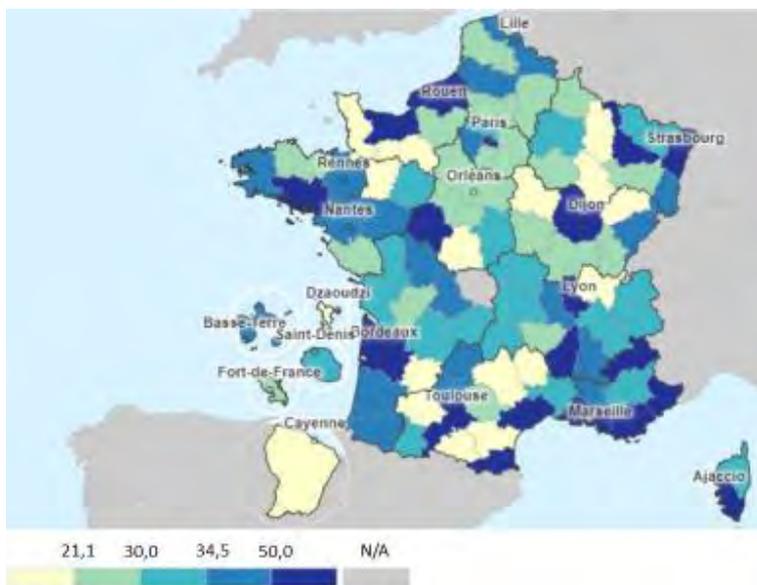
[12] La répartition par âge des ORL n'est pas non plus homogène sur le territoire. Ainsi, la frange atlantique abrite des ORL plus jeunes qu'ailleurs et les ORL les plus âgés sont davantage présents dans le Centre, l'Est et la Corse notamment, comme le montrent les cartes ci-après.

Carte 2 : Age moyen des ORL par département



Source : CNOM

Carte 3 : Proportion des ORL âgés de plus de 60 ans par département

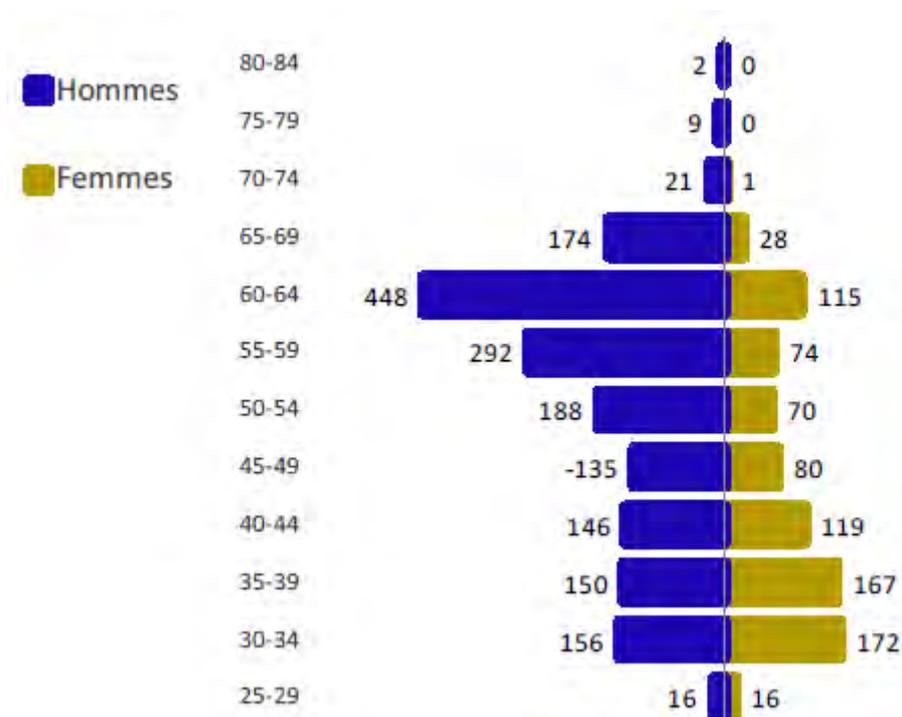


Source : CNOM

[13] Le taux de féminisation des ORL est peu élevé. On dénombre aujourd'hui 30 % de femmes parmi les ORL en activité selon l'ONDPS. C'est significativement inférieur, de l'ordre de 20 points, au taux global de féminisation des médecins (49 % environ). Une PU-PH rencontrée par la mission a souligné le nombre particulièrement limité de femmes PU-PH cheffes de service dans les CHU.

[14] La féminisation des ORL est néanmoins en forte progression : de 10 points environ par rapport à 2012 et de 19 points par rapport à 1995 ; il y a désormais plus d'ORL femmes que d'ORL hommes jusqu'à l'âge de 40 ans, alors qu'il y a dix fois plus d'hommes que de femmes chez les ORL âgés de 65 ans et plus. Le phénomène de féminisation est néanmoins moindre chez les ORL que dans les autres spécialités, où il est massif.

Graphique 6 : Pyramide des âges des ORL au 1<sup>er</sup> janvier 2021



Source : CNOM

### 1.1.1.3 Un exercice beaucoup moins salarié que dans les autres spécialités

[15] Les ORL ont des modes d'exercice qui se distinguent un peu de ceux de la plupart des médecins. Ainsi, la part de l'exercice salarié, qui représentait 26 % en 2020 selon l'ONDPS, y est plus faible de 25 points environ par rapport aux autres spécialités alors que celle de l'exercice mixte, qui correspond à un exercice libéral avec un temps partiel à l'hôpital ou bien des vacations à l'hôpital, qui représentait 30 % en 2020 chez les ORL selon l'ONDPS, y est plus élevée.

Tableau 2 : Evolution du mode d'exercice des ORL de 2012 à 2020

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Libéral	1 582	1 514	1 457	1 402	1 384	1 314	1 288	1 248	1 225
Salarié	677	684	683	695	717	729	727	732	741
Salarié non-exclusif	27	37	45	44	43	49	52	52	50
Salarié hospitalier exclusif	584	580	565	571	592	604	610	608	621
Salarié non-hospitalier exclusif	66	67	73	80	82	76	65	72	70
Mixte	706	774	825	833	837	879	852	847	843
TOTAL	2 965	2 972	2 965	2 930	2 938	2 922	2 867	2 827	2 809

Note : Ne disposant pas d'information sur leur activité, nous faisons le choix de ne pas considérer les 70 ans et plus comme médecin en activité

Source : RPPS 2020 (DREES) – Traitement ONDPS

Champ : France entière

Source : ONDPS

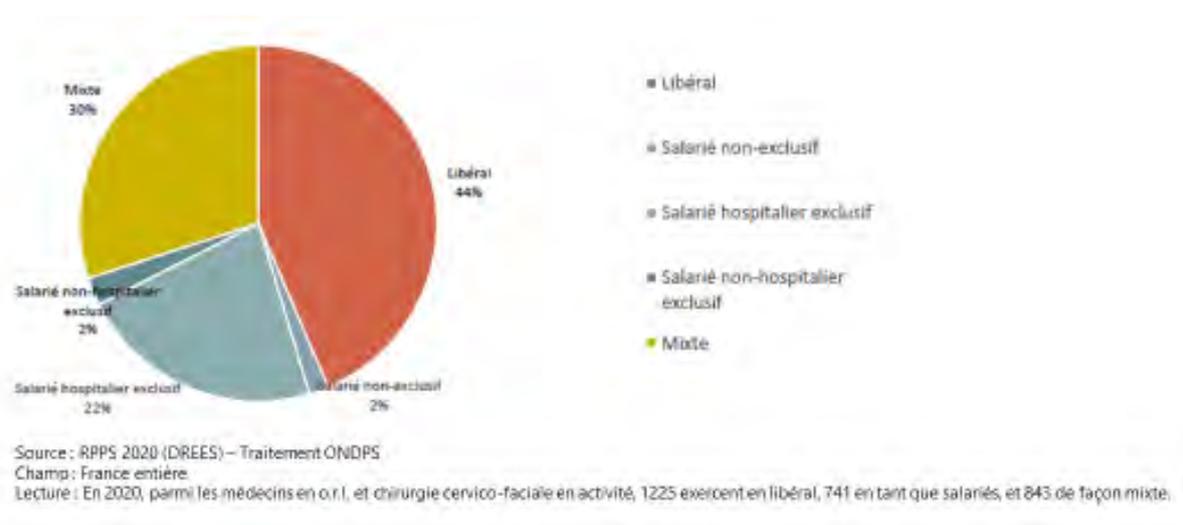
[16] La part des ORL uniquement libéraux, c'est-à-dire n'ayant qu'un cabinet en ville, est proche de celle des autres spécialités (44 %) mais bien inférieure à celle d'une spécialité comme l'ophtalmologie (67 %). Cette proportion a diminué, en outre, assez significativement (dix points environ) au cours des dix dernières années, au profit de l'exercice mixte. En 2013, un rapport rédigé pour le CNP ORL indiquait que 40 % des médecins exerçant en libéral le faisaient dans le cadre d'un cabinet de groupe, parfois multidisciplinaire, et la DREES affichait en 2016 un taux de 61 % d'exercice en groupe ou en société, soit dans la moyenne des spécialistes mais moins que la plupart des spécialités chirurgicales. On ne dispose pas de données sur les cabinets secondaires ouverts par des ORL.

[17] La part des ORL libéraux en secteur 2 à honoraires libres est très supérieure à la moyenne des spécialistes, de l'ordre de 20 points. En 2020, sur les 2 070 ORL qu'elle dénombrait alors, la CNAM considérait que deux d'entre eux seulement étaient non conventionnés, 685 étaient conventionnés en secteur 1 (soit 33 %) – un chiffre en baisse de 80 en seulement deux ans, mais à Paris on n'en dénombre que 15 sur 175 – et 1 379 ORL exerçaient en secteur 2 à honoraires libres (soit 67 %).

[18] Le taux de dépassement moyen des ORL était de 47,4 % en 2016, soit à un niveau très légèrement inférieur à la moyenne des spécialistes (52,5 %) et en baisse de deux points par rapport à 2011.

[19] Le nombre d'ORL exerçant uniquement à l'hôpital, c'est-à-dire n'ayant pas de cabinet en ville mais susceptibles, le cas échéant, d'exercer avec un statut privé à l'hôpital, s'est accru d'environ 10 % au cours de la période 2012-2020. Leur proportion est deux fois supérieure à celle constatée en ophtalmologie.

Graphique 7 : Mode d'exercice des ORL en activité en 2020

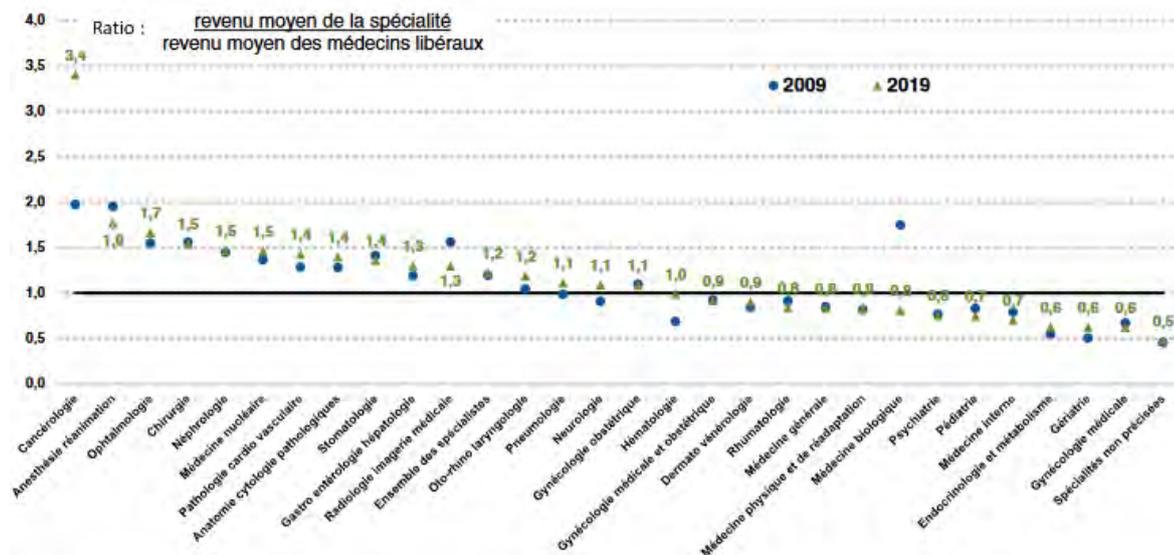


Source : ONDPS

### 1.1.1.4 Des revenus relativement peu élevés

[20] En 2018, les revenus (bénéfices non commerciaux) des ORL libéraux étaient, selon la CARMF, de 108 000 € en moyenne, soit légèrement en-dessous de la moyenne des spécialistes (115 850 €), très loin derrière les oncologues (298 000 €), les anesthésistes-réanimateurs (176 000 €) ou les ophtalmologistes (159 000 €) mais au niveau des neurologues et bien au-dessus du niveau des médecins généralistes et de nombreuses autres spécialités.

Graphique 8 : Niveau et évolution des revenus moyens des médecins libéraux (2009-2019)



Source : Données de revenus des médecins libéraux (CARMF).

Champ : Médecins cotisant à la CARMF.

Note de lecture : La courbe horizontale noire représente la moyenne des revenus des médecins et les points de couleur représentent pour chaque spécialité l'écart à cette moyenne pour l'année 2009 et 2019.

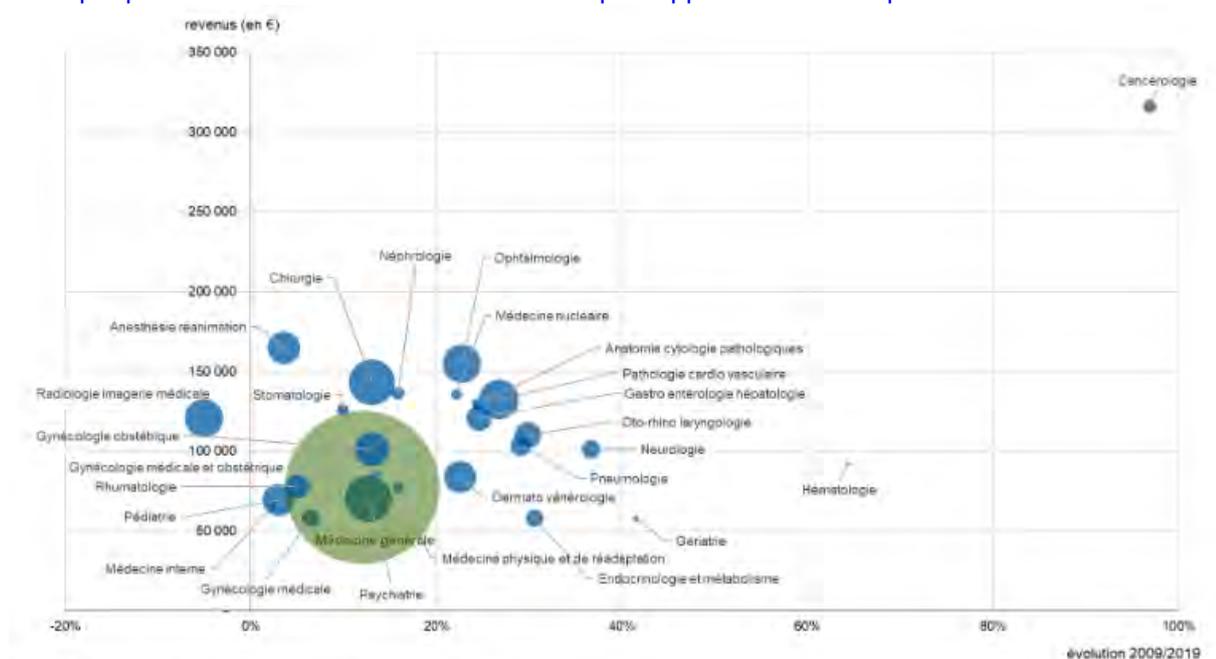
Source : CARMF

[21] La différence de revenus entre les ORL en secteur 1 (100 000 €) et ceux en secteur 2 (113 000 €) est plus faible que dans d'autres spécialités, notamment les ophtalmologistes. Si les ORL en secteur 1 gagnent plus que la moyenne des autres spécialités en secteur, les ORL en secteur 2 gagnent le même montant que leurs homologues en secteur 2.

[22] Selon l'Union nationale des associations agréées (UNASA), la répartition des bénéficiaires comptables des ORL libéraux était la suivante, pour une moyenne de 109 800 € en 2018 : 38 300 € pour 25 % des ORL les moins bien rémunérés, 84 000 € pour le second quartile, 123 800 € pour le troisième quartile et 192 500 € en moyenne pour les 25 % des ORL libéraux les mieux rémunérés, soit un écart interquartile d'un à cinq environ (les recettes encaissées s'étageant pour leur part de 90 500 € à 384 000 €).

[23] Les revenus des ORL ont progressé entre 2009 et 2019 conformément à la moyenne des autres spécialités, comme le fait apparaître le graphique ci-dessous.

Graphique 9 : Evolution des revenus des ORL par rapport aux autres spécialités entre 2009 et 2019



Source : Données de revenus des médecins libéraux (CARMF).

Champ : Médecins cotisant à la CARMF.

Note de lecture : L'axe horizontal représente l'évolution en pourcentage des revenus entre 2009 et 2019, l'axe vertical représente le niveau de revenu, tandis que la taille de la bulle représente l'importance des effectifs.

Source : CARMF/PLFSS 2022

### 1.1.2 Une activité au sein de laquelle l'audition, la presbycusie et la prescription d'aides auditives représentent une part importante et vraisemblablement croissante

[24] Comme l'a souligné le professeur Noël Garabedian auprès de la mission, il existe une sorte de paradoxe dans l'activité des ORL : alors que 80 % de leur formation serait consacrée à la chirurgie et 20 % seulement au volet médical, 80 % de leur activité est médicale et 20 % seulement chirurgicale.

### 1.1.2.1 Une activité médicale libérale en faible croissance apparente

[25] A défaut d'estimations de la CNAM sur le nombre total de patients consultant chaque année un ORL, on peut considérer, sur la base de chiffres partiels fournis par Doctolib et extrapolés par la mission, que celui-ci est compris (libéral et hôpital confondus) entre 8 et 9 millions par an, soit un peu plus de 250 patients par mois et par ORL, et une douzaine de patients vus par jour.

[26] L'activité des ORL est diversifiée par rapport à celle de la plupart des médecins spécialistes, comme on l'a souligné *supra*, mais limitée par rapport à celle d'une spécialité comparable, l'ophtalmologie.

[27] Ainsi, en libéral, selon la CNAM, les ORL ont coté environ 1 760 000 consultations (sans actes associés) en 2019, dont 100 000 en centres de santé et 1 million en secteur 1 et secteur 2 sous Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM<sup>75</sup>), pour un montant total de 40,5 M€, en baisse de 6 % par rapport à 2018. La même année (2019), les ORL ont également réalisé 5,5 millions d'actes cotés à la CCAM, pour un montant de 274 M€, un niveau stable par rapport à 2018. A titre de comparaison, les ophtalmologues avaient reçu environ 20 millions de patients en 2018, soit plus de deux fois plus que les ORL, et réalisé 35 millions d'actes techniques, soit 6 à 7 fois plus que les ORL.

[28] Les ORL ont prescrit en 2019 un montant de 73,5 M€ de dépenses pharmaceutiques et 448 000 indemnités journalières. Au total, les ORL du secteur 1 et du secteur 2 sous OPTAM réalisent 56 % des consultations (sans actes) et 64 % des actes.

[29] A l'hôpital, selon les données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), l'activité des services d'ORL (et de stomatologie) a représenté 926 000 séjours en 2019, soit 5 % du total des séjours cette année-là.

[30] La crise épidémique a affecté de manière significative l'activité des ORL libéraux en 2020. Le nombre de consultations (sans actes associés) a ainsi diminué de 21 % l'an dernier et le volume d'actes de 15 %.

### 1.1.2.2 Une activité ORL de plus en plus orientée vers l'audition

[31] En principe, la profession d'ORL couvre l'ensemble du champ de l'oto-rhino-laryngologie. En pratique, à la différence de ce qui se passe dans d'autres pays, les ORL ont tendance à se spécialiser, du moins à l'hôpital. En ville, leur activité est plus diversifiée mais l'audition représente une part importante, et semble-t-il en forte croissance, de l'activité des ORL libéraux, aujourd'hui de l'ordre du tiers à 40 %. Ces derniers développent également la prise en charge des pathologies du sommeil, de l'odorat et du goût.

[32] Une étude conduite par le cabinet Galileo Business Consulting en 2020 estimait que sur les 90 patients reçus chaque semaine en moyenne par un ORL libéral, 33 d'entre eux, soit 35 %, souffraient de troubles auditifs. Selon les données de la CNAM, les audiogrammes représentent, au total, entre 37 % et 39 % du total du volume des actes exécutés par les ORL, pour un volume de 2,1 millions en 2019<sup>76</sup>. Au sein des audiogrammes, les deux principaux actes exécutés par les ORL

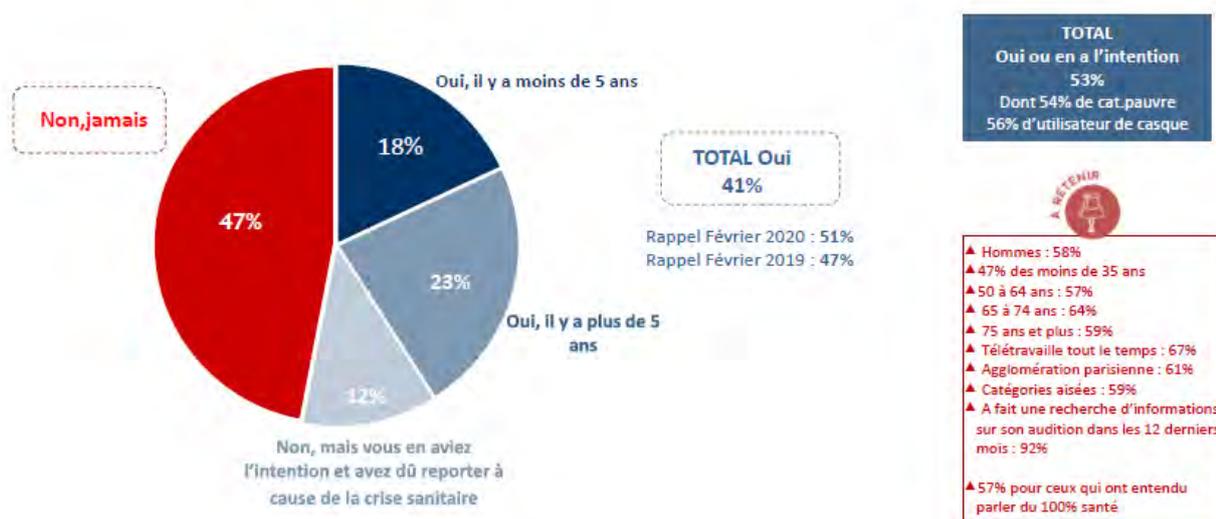
<sup>75</sup> L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), qui a remplacé le Contrat d'accès aux soins (CAS) est un contrat signé entre l'Assurance maladie et des médecins conventionnés exerçant (ou ayant la possibilité d'exercer) en secteur 2

<sup>76</sup> Les données de 2020 ne sont pas représentatives.

sont les « audiométries tonales ou vocales<sup>77</sup> » (63 % du total), loin devant les « audiométries tonales avec tympanométries<sup>78</sup> ».

[33] On notera toutefois que selon une étude IFOP réalisée pour la journée nationale de l'audition de mars 2021, plus de la moitié des Français (59 %) n'ont jamais réalisé un bilan auditif chez un ORL et que 23 % l'ont fait il y a plus de cinq ans.

Graphique 10 : Réalisation d'un bilan auditif par les Français au cours des dernières années



Source : IFOP, 2021

[34] L'activité des ORL spécialisés dans l'audition évolue aussi pour deux raisons. D'une part, une partie encore significative des ORL ayant le plus d'ancienneté, titulaire de l'ancien certificat d'études spécialisées (CES), a toujours exercé de façon importante dans le domaine de l'audition. Leur départ à la retraite conduit à une baisse de la part des ORL qui exercent de façon privilégiée dans le domaine de l'audition. Par ailleurs, l'activité des ORL, y compris ceux formés après la suppression du CES, évolue au fur et à mesure de leur carrière, avec une tendance à la réduction de l'activité chirurgicale au profit de l'activité clinique, notamment tournée vers les problèmes d'audition.

[35] Selon les travaux du CNP ORL, la part de l'activité chirurgicale diminue avec le temps dans l'activité des ORL et devrait continuer à reculer au profit de la médecine préventive (traitement des syndromes d'apnées obstructives du sommeil – SAHOS) et de plus d'activités médicales. Ce recul tiendrait au travail de fond mené au cours des dernières années, et notamment à la baisse des otites chroniques grâce au meilleur suivi otologique des enfants, à la baisse des cancers ORL et à l'apparition de traitements alternatifs des maladies inflammatoires sinusiennes.

<sup>77</sup> Code de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) : CDQP00210

<sup>78</sup> Code CCAM : CDQP01510

### 1.1.2.3 Un rôle clé mais disputé des ORL dans la prescription de l'appareillage mais pas dans le choix de l'appareil

[36] Les ORL jouent un rôle central dans l'orientation des patients souffrant de presbyacousie vers l'appareillage, et notamment la primo-prescription d'audioprothèses.

[37] Selon l'avis d'avril 2008 de la Haute autorité de santé (HAS)<sup>79</sup> puis l'arrêté de 14 novembre du 100% Santé, le médecin ORL doit d'abord inviter le patient à décrire la gêne éprouvée et à rappeler ses antécédents. Il doit ensuite procéder à un examen clinique systématique, ou examen otologique, qui comprend plusieurs étapes (examen du pavillon, de la région rétroauriculaire, du conduit auditif externe et du tympan) et est complété par une otoscopie avec magnification des structures qui doit préciser l'anatomie du pavillon et du conduit auditif externe, l'existence ou non d'une otite chronique, les contre-indications médicales à certains types d'aides auditives et les difficultés potentielles à la prise d'empreinte. Le diagnostic doit éliminer les étiologies ne relevant pas directement de l'appareillage auditif.

[38] Un bilan audiométrique tonal en voie aérienne et osseuse et un audiogramme vocal en champ libre ou au casque est également requis avant toute prescription. En cas de perte auditive faible en audiométrie tonale, une audiométrie vocale dans le bruit est justifiée. Des tests complémentaires peuvent être également réalisés (otoémissions ou potentiels évoqués notamment). Ce bilan préalable permet au médecin ORL (ou au médecin généraliste dans certains cas, cf. *infra*) de poser le diagnostic de surdité, de connaître le seuil en décibels à partir duquel le patient entend et de proposer un appareillage ou un traitement médical ou chirurgical.

[39] Plusieurs interlocuteurs de la mission ont appelé l'attention de cette dernière sur le caractère excessivement exigeant du bilan tel que défini par l'arrêté de novembre 2018 et la LPPR, considérant que de nombreux ORL ne sont ni formés ni équipés convenablement pour être en mesure de le réaliser.

[40] Un bilan spécifique est, par ailleurs, nécessaire chez le jeune enfant, dont l'appareillage est réalisé dans le cadre d'un réseau pluridisciplinaire et doit être pris en charge par un ORL formé en audiophonologie infantile.

[41] En l'état du droit, l'ORL dispose du monopole de la primo-prescription et du renouvellement des aides auditives pour les enfants de six ans et moins<sup>80</sup>, mais non pour les autres patients. Jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2022, les médecins généralistes peuvent en effet prescrire à ces derniers des aides auditives. A partir de cette date, seuls ceux ayant suivi une formation en otologie médicale disposant d'un équipement adapté pourront réaliser des primo-prescriptions<sup>81</sup>. Pour la primo-prescription des patients de moins de six ans, l'ORL doit avoir, en outre, suivi une formation spécifique.

---

<sup>79</sup> Révision des descriptions génériques de la LPPE des appareils électroniques correcteurs de surdité

<sup>80</sup> Pour la primo-prescription des patients de moins de six ans, l'ORL doit avoir suivi une formation spécifique.

<sup>81</sup> L'otologie est une des trois spécialités de l'ORL qui concerne les pathologies liées à l'oreille. Elle comporte l'exploration, le diagnostic et le traitement des pathologies suivantes : surdité, acouphènes, vertiges, otites chroniques...

Tableau 3 : Règles de prescription des audioprothèses par les médecins selon l'âge du patient

	Primo-prescription	Renouvellement
Age du patient > 6 ans	ORL MG + parcours en otologie	Tout médecin
Age du patient ≤ 6 ans	ORL + formation spécifique	Tout ORL

Source : Arrêté du 14 novembre 2018

[42] Dans l'hypothèse d'une primo-prescription, l'ORL indique si l'appareillage envisagé doit être uni ou bilatéral et, dans le cas d'un appareillage unilatéral, il indique le cas échéant les contre-indications à l'appareillage pour l'oreille qui ne serait pas appareillable. L'ORL indique également si l'appareillage correspond à une pathologie complexe.

[43] A la différence d'un ophtalmologiste qui prescrit la correction requise, que l'opticien-lunetier met en œuvre, l'ORL ne prescrit pas le choix de telle ou telle prothèse auditive. C'est le rôle de l'audioprothésiste qui, connaissant les appareils disponibles, les choisit en fonction du type de déficience, de l'environnement sonore de la personne et qui effectue les réglages nécessaires (cf. infra)<sup>82</sup>.

[44] Plusieurs interlocuteurs de la mission ont évoqué la possibilité qu'à l'avenir, l'ORL puisse indiquer lors de la prescription le type d'appareil auditif qu'il juge approprié. Il serait ensuite appelé à confirmer, comme c'est le cas en Belgique, la nécessité de l'appareillage au vu du gain auditif attesté par le compte-rendu audioprothétique, en particulier en cas de primo-prescription pour un patient âgé atteint de surdité complexe. La mission considère cependant que la majorité des ORL, en dehors des spécialistes de l'audition, ne serait pas en mesure de développer l'expertise nécessaire à une telle prescription et qu'il n'y a donc pas lieu, pour le moment, de faire évoluer cette pratique.

[45] En pratique, les ORL primo-prescrivaient avant le 100 % Santé (en 2019) des audioprothèses à environ sept patients sur dix du total des patients appareillés : entre 64 % des prescriptions selon la CNAM et plus de 71 % des prescriptions selon un acteur majeur du secteur. La moitié des prescriptions réalisées par les ORL seraient des prescriptions de renouvellement.

[46] Très peu d'ORL se spécialisent néanmoins dans la prescription d'appareillages. 6,2 % seulement d'entre eux prescrivent plus de 31 aides auditives par an alors que près de 6 sur 10 en prescrivent entre 6 et 20 par an.

<sup>82</sup> Il a été expliqué à la mission que le rôle effacé de l'ORL tenait au caractère historiquement très peu sophistiqué des prothèses auditives.

Tableau 4 : Nombre de prescriptions d'audioprothèses par ORL et par an et % des ORL en fonction du nombre de prescriptions d'audioprothèses (de 2019 à mi-2021)

Spécialité	Nb Prescription	% PS ORL / Nb prescription
Oto-rhino-laryngologiste	de 1 à 2	26,1%
Oto-rhino-laryngologiste	de 3 à 5	24,3%
Oto-rhino-laryngologiste	de 6 à 10	27,5%
Oto-rhino-laryngologiste	de 11 à 20	30,2%
Oto-rhino-laryngologiste	de 21 à 30	11,8%
Oto-rhino-laryngologiste	de 31 à 50	5,3%
Oto-rhino-laryngologiste	de 51 à 120	0,9%

Source : Acteur majeur du tiers payant

### 1.1.3 Une évolution de la démographie et une répartition des ORL sur le territoire qui posent problème

#### 1.1.3.1 Des projections démographiques assez préoccupantes

[47] Comme pour de nombreuses professions de santé, les projections démographiques dont on dispose concernant les ORL sont une source de préoccupation pour l'avenir, en raison de plusieurs facteurs cumulatifs<sup>83</sup>.

[48] Tout d'abord, le nombre absolu d'ORL en exercice devrait décroître au cours de la décennie actuelle puis remonter très faiblement au cours de la suivante.

[49] Ainsi, selon des travaux déjà un peu anciens de la DREES, publiés en 2015, le nombre d'ORL devait baisser jusqu'en 2028 de l'ordre de près de 500 environ par rapport à 2015 puis remonter faiblement et progressivement lors de la décennie 2030 pour s'établir en 2040 à un niveau supérieur de 130 par rapport au niveau atteint en 2022. Entre 2015 et 2040, les ORL seraient ainsi l'une des très rares spécialités dans laquelle le nombre de praticiens décroîtrait (-5,1 %), après les médecins du travail (-16,2 %) et les dermatologues (-12,7 %).

Tableau 5 : Projections d'effectifs d'ORL entre 2022 et 2040

Projection d'effectifs de médecins - DREES										
Hypothèses de projection : Scénario tendanciel										
Nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études médicales : 8 000										
Flux de diplômés à m'étrangers par an : 1 500										
Âge de cessation d'activité ; Probabilités de départ actuelles (scénario tendanciel)										
	2022	2024	2026	2028	2030	2032	2034	2036	2038	2040
ORL	2 662	2 574	2 516	2 461	2 464	2 510	2 557	2 615	2 702	2 789

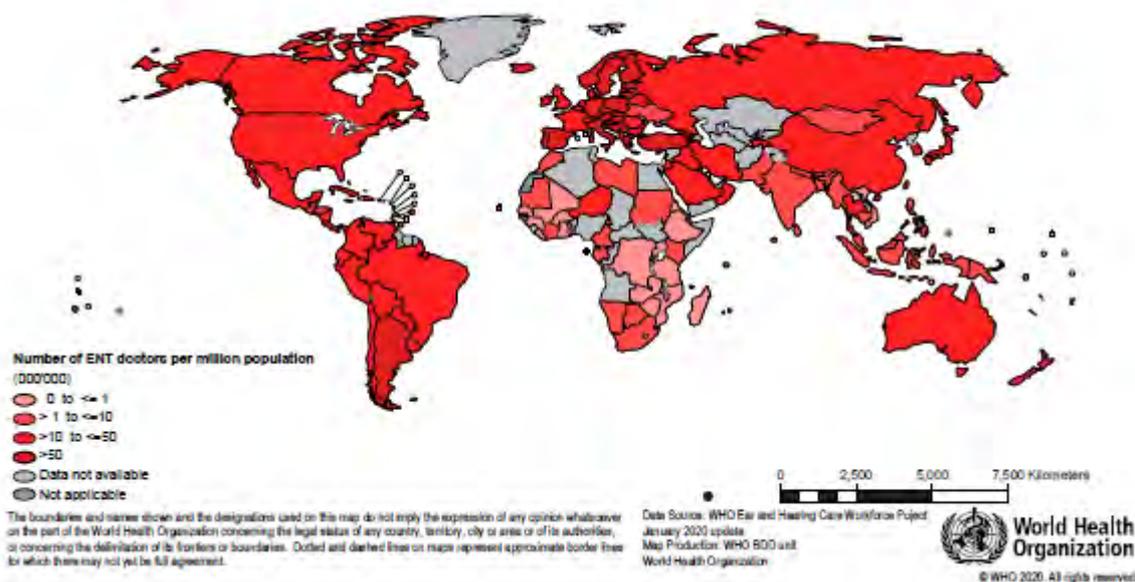
Source : DREES, 2015

<sup>83</sup> De façon générale, les projections démographiques à moyen-long terme sont difficiles à établir tant les paramètres sont nombreux (nombre d'étudiants admis en deuxième année et sortant de leurs études de médecine pour exercer comme ORL, évolution de l'âge de cessation d'activité, reprise d'activité partielle à la retraite, nombre de médecins étrangers s'installant en France...). En outre, la profession d'ORL n'a pas donné lieu à des travaux spécifiques comme d'autres spécialités (ophtalmologistes par exemple).

[50] Les enjeux démographiques sont accrus en matière auditive par le départ à la retraite de la génération des médecins titulaires du CES, par les changements de profils et de styles de vie des nouveaux médecins qui accélèrent la réduction du temps médical d'ORL disponible.

### La démographie des ORL dans le monde

Les problèmes de démographie des ORL en France n'ont, bien entendu, rien à voir avec les pénuries qui existent dans les pays à bas et moyen revenus comme le montre le récent rapport de l'OMS sur l'audition (2021). 56% des pays de la région Afrique ont moins d'un ORL par million d'habitants. Par contraste, les deux-tiers des pays de la région Europe ont plus de 50 ORL par million d'habitants.



Source : OMS

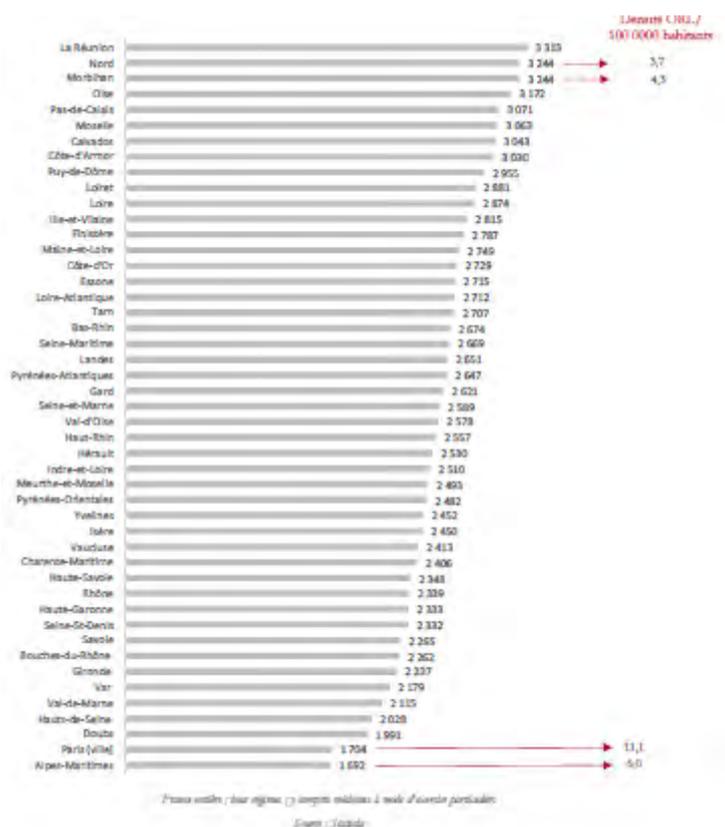
[51] Néanmoins, la démographie des ORL pourrait bénéficier, comme l'ensemble des spécialités, de l'augmentation du nombre de médecins formés dans les années à venir.

#### 1.1.3.2 Des problèmes exacerbés dans bon nombre de régions et de départements déjà sous-dotés

[52] Du fait de la concentration des ORL dans quelques régions (45 % sont installés en Ile-de-France, PACA et Auvergne Rhône-Alpes), il existe d'ores et déjà un certain nombre de départements dans lesquels très peu d'ORL exercent en libéral. La répartition départementale fait également apparaître, selon le CNOM, des situations de tension démographique – certains départements ayant déjà une part élevée d'actifs retraités (supérieure à 50 %), à l'instar de la Creuse, de la Meuse ou de l'Orne. Le Nord, le Pas-de-Calais, l'Isère et la Loire-Atlantique sont les quatre départements qui présentent les déséquilibres les plus importants entre la densité d'ORL et le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus.

[53] Du fait de ces disparités territoriales, les files actives de patients des ORL sont très hétérogènes, comme l'a montré l'étude réalisée par Les Echos en 2020.

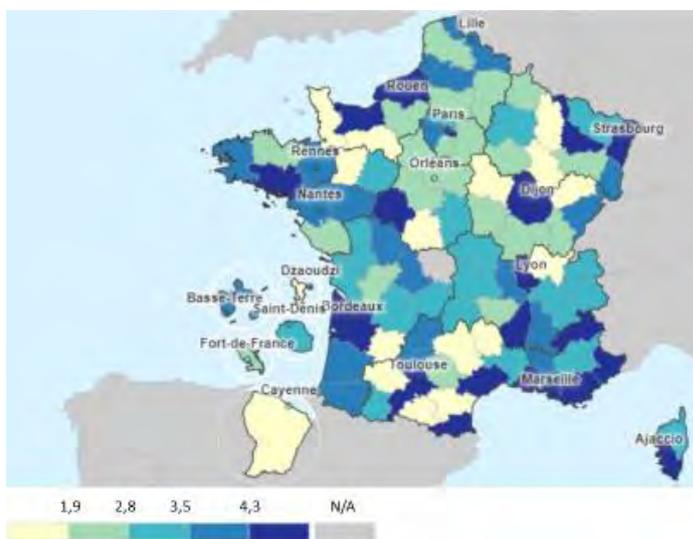
Graphique 11 : Files actives des patients par ORL et par région



Source : Les Echos

[54] Cette situation va se détériorer inévitablement au cours des prochaines années. Ainsi, selon les projections du CNOM, de nombreux départements connaîtront une situation alarmante en 2030. Cela devrait être le cas notamment de l’Ain, l’Allier, l’Ardèche, des Ardennes, de l’Aveyron, de la Haute-Corse, de la Gironde, du Jura, du Lot, du Lot-et-Garonne, de la Lozère, de la Haute-Marne, de la Moselle, de l’Orne, de la Haute-Saône, des Vosges, de l’Yonne, du Territoire de Belfort et du Val-d’Oise.

Carte 4 : Densité des ORL par département en 2021

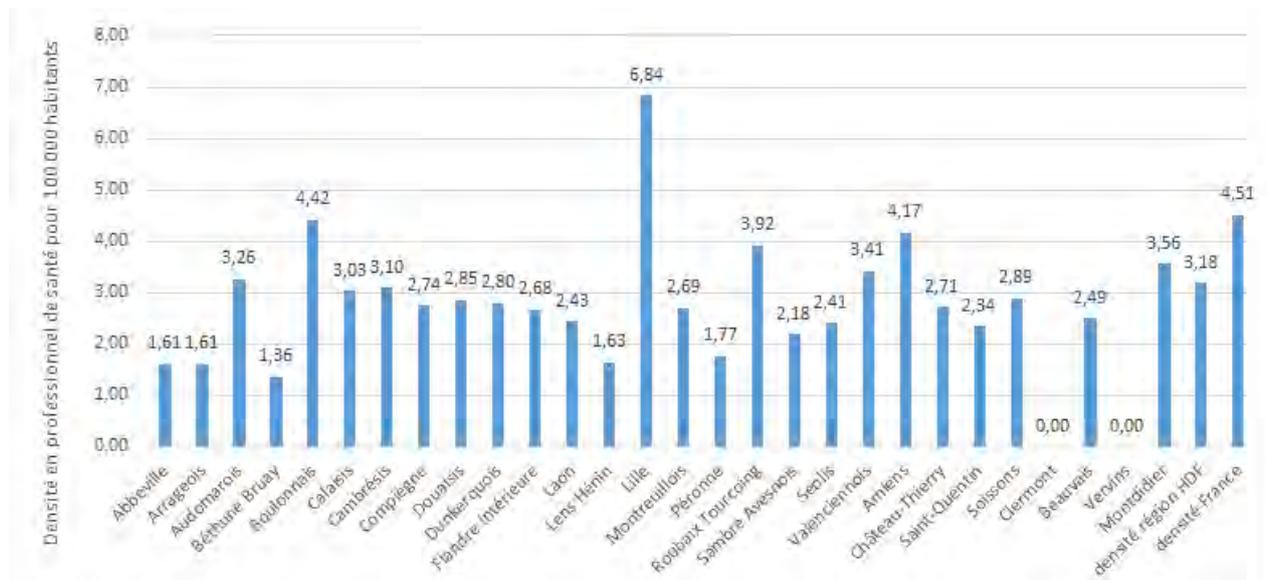


Source : CNOM

[55] De fortes disparités géographiques de densité des ORL existent également à un niveau territorial plus fin comme le montre, par exemple, le cas des Hauts-de-France tel que décrit par l'ARS (cf. graphique suivant). La concentration en cours de l'activité chirurgicale sur quelques gros plateaux techniques hospitaliers publics et privés va au demeurant accentuer le caractère inégal de la répartition sur le territoire des ORL libéraux.

[56] Pour autant, les ORL ne font pas partie des professions de santé soumises au zonage, à la différence des médecins généralistes, des ophtalmologistes, des chirurgiens-dentistes ou des masseurs-kinésithérapeutes et des sages-femmes.

Graphique 12 : Densité des ORL par territoire de proximité dans la région des Hauts de France



Source : ARS Hauts-de-France

### 1.1.3.3 Des délais d'accès aux ORL qui ne semblent pas croître significativement mais qui sont très différenciés selon les départements

[57] Contrairement aux ophtalmologistes, aux chirurgiens-dentistes ou aux sages-femmes, les délais d'accès à la consultation d'un ORL n'ont pas donné lieu jusqu'à présent à des travaux d'analyse de la DREES. Par ailleurs, la profession n'est pas mobilisée à ce sujet de façon aussi forte que celle des ophtalmologistes par exemple. Il est vrai que la situation semble globalement moins dégradée et que l'enjeu médical, soulignent les ORL, peut sembler moindre en matière d'audiologie<sup>84</sup> que dans le domaine visuel : une personne peut poursuivre une vie quasiment normale avec une surdité légère ou moyenne alors que cela est quasiment impossible avec une perte visuelle significative.

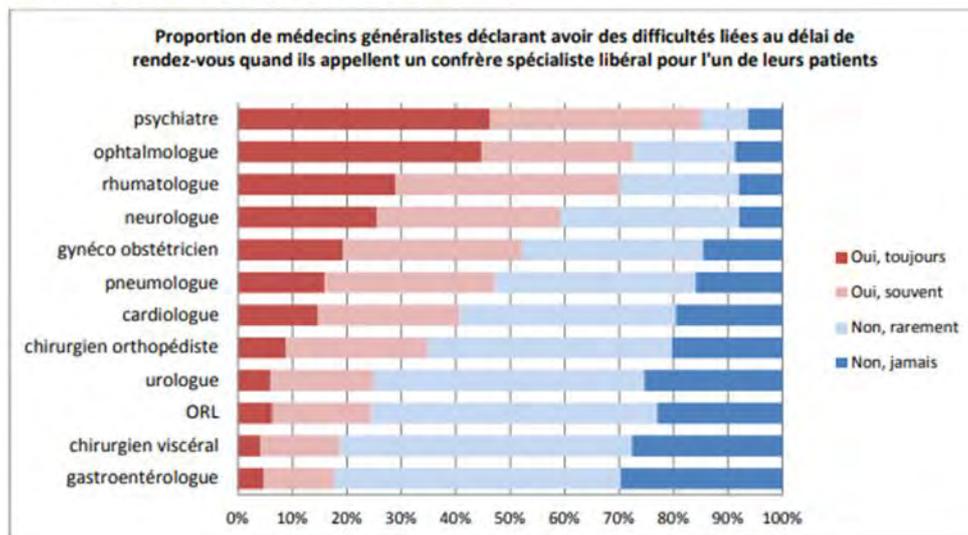
[58] Selon les éléments publiés à ce jour et pointés par la Société Française d'Audiologie (SFA), les délais de rendez-vous chez un ORL étaient, en 2019, significatifs mais encore acceptables : un mois pour 35 % des patients et trois mois et plus pour 15 % des patients. Dans les villes avec une densité d'ORL élevée, comme Paris, le délai était de deux à trois semaines alors qu'il était de plusieurs mois dans des départements mal dotés comme la Lozère.

<sup>84</sup> L'audiologie est la branche de la science qui étudie l'audition.

### Les délais de rendez-vous chez les ORL vus par les médecins généralistes

Une étude publiée par la DREES il y a quelques années ne pointait pas de difficultés particulières pour les délais de rendez-vous chez les ORL pour les patients des médecins généralistes.

#### Principaux résultats sur les délais d'attente :



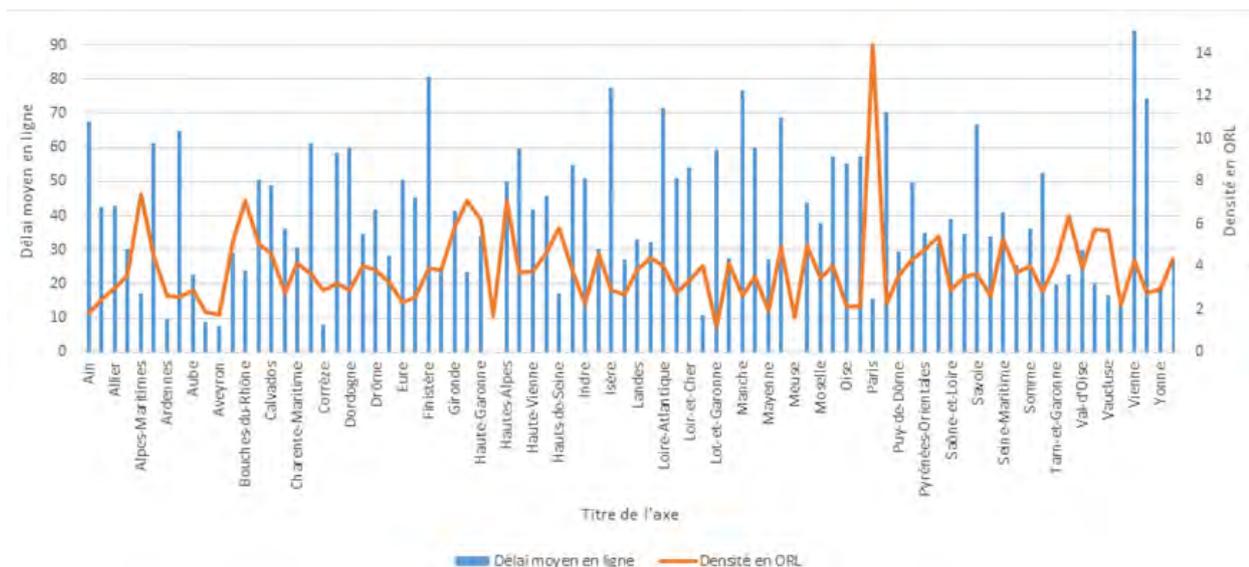
Source : DREES, 2015

[59] La mission s'est rapprochée de Doctolib afin de disposer de données plus précises et actualisées. Sur les 1 700 ORL utilisateurs de l'application, dont 600 hospitaliers environ, le délai de prise de rendez-vous au 1<sup>er</sup> septembre 2021 était de 36 jours tous patients confondus, et de 30 jours pour les nouveaux patients<sup>85</sup>. Le délai de prise de rendez-vous ne semble pas avoir augmenté depuis une dizaine d'années. Une étude IFOP/Jalma publiée en novembre 2014 indiquait, en effet, que le délai moyen de prise de rendez-vous chez les ORL libéraux était passé de 29 à 36 jours entre 2011 et 2014, un niveau équivalent à celui constaté aujourd'hui. Ce délai est toutefois très variable selon les départements. Il est ainsi compris, pour les rendez-vous pris en ligne, entre dix et quinze jours dans de petits départements ruraux (Ardennes, Aveyron, Aude, etc.), entre 20 et 25 jours à Paris et dans sa banlieue ou dans le Var. Il dépasse en revanche 50 jours dans l'Orne, l'Ardèche ou l'Eure-et-Loir, la Marne ou la Sarthe et atteint voire dépasse 80 jours en Isère ou en Savoie et même 100 jours dans l'Ariège, en Haute-Saône et dans la Vienne. De nombreux interlocuteurs de la mission ont, par ailleurs, fait état de délais d'attente très importants, par exemple, six mois à Nantes ou à Brest.

[60] Par ailleurs, et de façon contre-intuitive, il ne semble pas exister de corrélation entre la densité d'ORL libéraux et hospitaliers et les délais de rendez-vous, comme le montre le graphique ci-dessous.

<sup>85</sup> Les délais sont, par ailleurs, beaucoup plus longs en ce qui concerne les troubles complexes de l'audition, comme les troubles centraux. Il existe en effet seulement deux centres ORL spécialisés en France, et le délai d'attente serait de huit mois.

Graphique 13 : Délai moyen de prise de rendez-vous en ligne et densité d'ORL libéraux par département en janvier 2021



Source : Doctolib/DREES

[61] Afin de clarifier la situation et de pouvoir adopter des mesures adaptées en temps utile, les pouvoirs publics devraient mettre en place un suivi fin et annuel des délais d'accès aux ORL (comme à d'autres spécialités sous tension).

#### 1.1.4 Une spécialité médicale qui fait encore peu appel au travail aidé, à la coopération entre professions et aux téléconsultations

[62] Comme les ophtalmologistes dans le domaine visuel, les ORL sont attachés à demeurer les médecins de l'oreille en général et à avoir une approche globale de leur patient afin d'assurer une qualité optimale des soins. L'ORL a vocation, selon le CNP d'ORL, à prendre en charge la surdité depuis le dépistage, qu'il organise, jusqu'au suivi personnalisé, en passant par le diagnostic, qu'il réalise, et le traitement, qu'il prescrit et qui peut être médical, audioprothétique ou chirurgical.

[63] Toutefois, à la différence des ophtalmologistes, les ORL libéraux sont restés jusqu'à présent attachés dans l'ensemble à un mode d'exercice essentiellement mono-site et font peu appel à d'autres professionnels de santé, pour les assister au sein ou en dehors de leurs cabinets. Ils ont également limité les actes délégués sous leur supervision ou transférés à d'autres professionnels.

[64] Ainsi, les ORL (et les médecins généralistes) restent seuls autorisés, en-dehors des audioprothésistes pour l'appareillage, à réaliser un audiogramme tonal et vocal depuis l'arrêté de 1962 repris par un arrêté d'avril 2007<sup>86</sup>. De même, seuls les ORL et les autres médecins sont autorisés à extraire un bouchon de cérumen. Il n'existe pas non plus de protocole de coopération national ou local ni de protocole organisationnel en ORL.

<sup>86</sup> Arrêté du 13 avril 2007 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins. Cette règle connaît manifestement des exceptions dans le secteur libéral comme un membre de la mission a pu le constater lors d'une consultation chez un ORL en ville.

[65] Ainsi, ni les orthophonistes ni les audioprothésistes ne jouent l'équivalent du rôle clé qu'ont pris au fil des ans les orthoptistes dans les cabinets d'ophtalmologistes pour réaliser les actes d'exploration fonctionnelle (audiogrammes, PEA, otoémissions...). Une telle perspective semble au demeurant peu réaliste concernant ces deux catégories de professionnels : leurs représentants ne le souhaitent pas ; les orthophonistes affirment être débordés par leurs tâches actuelles ; et les audioprothésistes risquent d'être considérés en situation de conflits d'intérêts s'ils sortent de leur mission d'appareillage et de son suivi (cf. *infra*).

[66] Les représentants des ORL souhaitent toutefois s'engager dans la voie du travail aidé dans leur cabinet ou à distance pour réaliser des examens simples, notamment des explorations fonctionnelles. Aux yeux du CNP d'ORL, les personnels ainsi formés seraient chargés d'assurer l'accueil et l'installation des patients, de veiller au bon fonctionnement et à l'entretien des transducteurs et appareils de mesure, de participer à la calibration de ces derniers et de réaliser sous supervision médicale les examens suivants : audiométrie tonale, audiométrie vocale, audiométrie vocale dans le silence et dans le bruit, impédancemétrie tympanique.

[67] Ils privilégient pour cela le recours à des professionnels de santé et d'autres types de personnels : infirmiers, puéricultrices, manipulateurs en électroradiologie, auxiliaires de puériculture et aides-soignants. Le SNORL a également évoqué devant la mission un projet de création d'assistants médicaux allant dans le même sens.

[68] La mission considère néanmoins qu'il n'est pas envisageable, dans l'immédiat, d'ouvrir aussi largement le champ des professionnels de santé susceptibles de se voir confier les nouvelles missions mentionnées plus haut. Le niveau de formation et de compétences des IDE, sans l'exigence d'une pratique avancée, semble être le plus adapté pour assurer la qualité des explorations fonctionnelles. Néanmoins, une telle ouverture ne pourrait *a priori* bénéficier qu'à un nombre limité d'ORL libéraux, essentiellement ceux exerçant dans des cabinets de groupe et/ou maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Seuls ces derniers disposent, en effet, d'un volume d'activité suffisant pour pouvoir recruter des professionnels disposant de ce niveau de qualification.

[69] La mission considère également qu'il pourrait être envisagé de confier certaines tâches, comme l'extraction des bouchons de cérumen, à des professionnels paramédicaux qualifiés et expérimentés (infirmiers avec dix ans d'expérience minimum par exemple), en priorité dans les zones de sous-densité médicale d'ORL.

[70] Le développement du travail aidé implique, outre la conclusion d'un ou de plusieurs protocoles de coopération et l'évolution des textes réglementaires, la levée d'une partie des contraintes liées au modèle économique actuel des ORL. En effet, l'activité de ces derniers ne leur permet manifestement pas, en l'état actuel de la nomenclature et des règles de cotation et sauf exception, de dégager suffisamment de marges pour financer le recrutement d'assistants ou de collaborateurs.

[71] De ce point de vue, le processus de révision générale de la nomenclature des actes médicaux, engagée récemment, ouvre une fenêtre d'opportunité pour les ORL qui revendiquent d'une part l'amélioration de la tarification de l'audiométrie clinique et l'application d'un modificateur d'âge pour les nourrissons et les enfants, et d'autre part l'inscription dans la nomenclature d'actes d'exploration fonctionnelle désormais assez communément pratiqués comme les potentiels évoqués auditifs automatisés (PEAA), les ASSR (*auditory steady-state responses*) et les otoémissions acoustiques automatisées (OEAA). Leurs revendications portent également sur l'évolution des règles de cumuls de tarification des actes et des consultations, sur le modèle des ophtalmologistes.

[72] A l'hôpital, la situation est un peu différente. La mission a constaté que les services faisaient déjà appel à des techniciens d'exploration fonctionnelle. Mais ceux-ci, qui ont une grande diversité

de profils (infirmiers, puéricultrices, aides-soignants...), sont formés principalement « sur le tas ». Une professionnalisation de leur fonction, qui passe par la création d'un module de formation court (six mois) mais harmonisé sur le territoire national, serait donc utile. Des formations de techniciens d'audiologie de niveau bac + 3 ou bac + 4, préconisées par certains, ne semblent en revanche pas nécessaires.

[73] De même, il conviendrait d'encadrer le recours aux audioprothésistes qui interviennent parfois gratuitement dans les services hospitaliers pour réaliser ces examens afin de rémunérer convenablement ces professionnels ou d'éviter les risques de compérage. En matière de téléaudiologie, le volume des téléconsultations par les ORL est limité, y compris pendant la période épidémique. Selon la CNAM, il y a eu ainsi seulement 309 téléconsultations en 2019, et ce chiffre est certes passé à près de 44 000 en 2020, mais cela ne représente que 3 % du total des consultations (sans acte associé) d'ORL cette année-là.

[74] Il n'existe pas non plus en ORL d'équivalent du protocole de télé-médecine dit « Rottier » chez les ophtalmologistes<sup>87</sup>. Alors que l'otoscopie à distance est réalisable techniquement, la mission n'a pas eu non plus connaissance d'expérimentations de télécabines pour des consultations à distance, notamment installées chez les audioprothésistes, comme il en existe chez les opticiens pour les ophtalmologistes, ni de plateforme de téléconsultations spécialisée en ORL comme en ophtalmologie, sauf à l'initiative d'un réseau de soins.

[75] La priorité devrait être donnée au développement des différents aspects de la télé-audiologie ORL pour les personnes en situation de dépendance ainsi que dans les zones en sous-densité de médecins (cf. annexe 5 « Parcours de soins »).

## 1.2 Le rôle clé des médecins généralistes et plus effacé des autres médecins spécialistes

### 1.2.1 Des médecins généralistes qui prescrivent une part significative des aides auditives

[76] Les médecins généralistes jouent, en tant que médecins traitants et dans leur fonction de premier recours, de synthèse et de continuité, un rôle clé pour de très nombreux patients déficients auditifs, tant en matière de dépistage et de diagnostic des troubles de l'audition que d'orientation vers l'ORL mais aussi de prescripteurs d'audioprothèses, en primo-prescription comme en renouvellement.

[77] De façon générale, les médecins généralistes accueillent de nombreux patients, en particulier âgés, souffrant de troubles de l'audition. Ils sont conduits de ce fait à orienter vers les ORL ceux qui présentent des pathologies auditives nécessitant un avis spécialisé ou une exploration spécifique. Plusieurs interlocuteurs de la mission ont toutefois estimé que leurs connaissances dans le domaine de l'audition, ainsi que leur compréhension du rôle clé de l'audition dans le déclin cognitif, étaient globalement trop limitées. Excessivement rares également sont les médecins généralistes qui disposent de l'équipement permettant de réaliser des examens de l'audition dans les règles de l'art (audiométrie tonale, vocale dans le silence et dans le bruit), pour des raisons évidentes de coût de cet équipement.

[78] Selon les textes en vigueur, les médecins généralistes peuvent prescrire des audioprothèses pour tous les enfants de plus de six ans et tous les adultes, soit en primo-prescription soit dans le cadre d'une prescription de renouvellement. En pratique, selon des données de la CNAM, 34 600

---

<sup>87</sup> La CNAM a évoqué devant la mission un protocole concernant des audiogrammes à distance pour la pose d'implants cochléaires.

médecins généralistes sur les quelques 100 000 généralistes installés en ville, soit plus du tiers d'entre eux, ont primo-prescrit des audioprothèses en 2019, à l'intention de 84 000 patients au total. L'activité de primo-prescription de la plupart des médecins généralistes concerne, en effet, un nombre très limité de patients : deux tiers des généralistes ont primo-prescrit des audioprothèses à un ou deux patients seulement et 90 % en ont prescrit à quatre patients au maximum. Seuls 75 médecins généralistes ont prescrit des audioprothèses à plus de douze patients en 2019, soit une par mois.

[79] Selon un acteur important du marché du tiers payant, les médecins généralistes prescrivait, en 2019, 27,6 % de la totalité des aides auditives. Cette part aurait, en outre, continué à augmenter depuis lors puisque plus de 34 % des aides auditives auraient été prescrites par des médecins généralistes au cours du premier semestre 2021, c'est-à-dire depuis la mise en place complète du 100 % Santé (cf. tableau suivant).

Tableau 6 : Evolution de la part des prescripteurs

	2018	2019	2020	Premier semestre 2021
MG	29,2 %	27,6 %	33 %	34,4 %
ORL	69,8 %	71,3 %	65,8 %	64,5 %
Autres spécialités	1 %	1,1 %	1,2 %	1,2 %

Source : *Opérateur de tiers payant*

[80] La mission n'a pas pu disposer de données détaillées récentes qui permettent de distinguer la part des prescriptions pour des primo-appareillages et des renouvellements<sup>88</sup>. Selon des données présentées par la Commission d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS) dans le cadre de son avis du 9 octobre 2018<sup>89</sup>, 25 % des aides auditives étaient alors primo-prescrites par des médecins non ORL, dont 23 % de médecins généralistes.

[81] A titre indicatif, pour approcher cette donnée, le Syndicat des audioprothésistes (SDA<sup>90</sup>) a réalisé un sondage auprès de plusieurs de ses membres à la demande de la mission (13 centres répartis sur l'ensemble de la France ont été sondés sur leur activité des six premiers mois de l'année 2021, représentant 1 496 prescriptions). Le résultat de ce sondage montre que les médecins généralistes ont prescrit près d'un tiers des aides auditives au cours des premiers mois de l'année 2021. Sur les primo-appareillages, les médecins généralistes représentaient encore environ un quart des prescriptions.

[82] Or, le rôle joué par les médecins généralistes dans la primo-prescription d'audioprothèses devrait être drastiquement restreint si les dispositions prévues en 2018 dans le cadre du 100 % Santé renaissent effectivement en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022, après deux reports successifs. Celles-ci, longuement et difficilement négociées entre le CNP d'ORL et le Collège de médecine générale (CMG), prévoient en effet que les médecins généralistes ne pourront désormais primo-prescrire aux adultes de plus de 60 ans que s'ils sont experts, animateurs ou concepteurs des actions de Développement professionnel continu (DPC), détenteurs d'un Diplôme universitaire (DU) ou Diplôme inter-universitaire (DIU) en audiologie ou, surtout, s'ils justifient de la participation à

<sup>88</sup> Pour rappel, jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2022 en principe, les médecins généralistes non formés en otologie médicale peuvent continuer à « primo-prescrire » des aides auditives.

<sup>89</sup> [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/aides\\_auditives\\_avis.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/aides_auditives_avis.pdf)

<sup>90</sup> Représentant des audioprothésistes indépendants, chefs d'entreprises.

l'intégralité d'un programme de DPC, validé par l'Agence nationale de DPC (ANDPC), et respectant des règles communes élaborées et recommandées par le CNP d'ORL et le CMG.

[83] Le parcours prévu est complexe. Il comprend :

- une formation distancielle en ligne d'une durée de deux heures se composant de supports d'apprentissage numérisés, de médias audio-visuels sous forme d'un séminaire de formation, avec un contenu scientifique comprenant d'une part un enseignement (1h30) de l'examen clinique otologique, des spécificités de l'interrogatoire et des comorbidités, une approche de l'audition normale, une approche du vieillissement de l'appareil auditif, de son retentissement sur le périmètre cognitif et comportemental du patient et une pédagogie réflexive, de partage d'expérience et de non-jugement favorisant les échanges et la transversalité et d'autre part une étape d'évaluation des pratiques professionnelles (0h30) post parcours de formation sur un questionnaire validé de type « chemin clinique » ;
- une formation présentielle, d'une durée de sept heures, encadrée par un ORL et un médecin généraliste, qui a pour objectif de permettre à l'intéressé d'acquérir les compétences nécessaires à la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la surdité de l'adulte souffrant de presbycusie de plus de 60 ans, avec des ateliers pratiques lui permettant d'appréhender les conditions matérielles de réalisation de l'examen otologique clinique, la réalisation des tests auditifs, ainsi que les normes qualitatives à respecter pour l'installation de ces matériels ;
- un partenariat entre un ORL référent et le généraliste *via* un échange bilatéral d'au moins 25 courbes audiométriques sur une période de six mois. Il s'agit d'établir et de concrétiser, en tous territoires, une coordination de qualité de soins auditifs entre les deux spécialités en utilisant les moyens de la télé-expertise.

[84] Il est également prévu que les médecins généralistes pouvant effectuer des primo-prescriptions pour les patients de plus de 60 ans soient équipés de façon appropriée, ce qui représente un investissement important, sans que la mission ait pu en déterminer la nature ni le coût exacts.

[85] En pratique, le parcours prévu par l'accord CNP d'ORL-CMG n'a pas été validé à ce stade par l'ANDPC, qui a envoyé ses remarques au CMG sans recevoir de réponse, ni mis en œuvre. Aucun médecin généraliste ne répond donc à ce jour aux critères requis. Les différentes parties prenantes se renvoient la responsabilité de cette situation de blocage<sup>91</sup>. Le CNP d'ORL insiste fortement sur la nécessité de garantir un haut niveau de qualité de diagnostic et de prescription – faute de quoi il existerait un risque élevé de mauvais appareillage pour des « *centaines de milliers de patients* ».

[86] En pratique, la question se pose d'un nouveau report de l'échéance d'entrée en vigueur du dispositif au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Une application stricte du protocole entrainerait, en effet, une réduction soudaine du nombre de primo-prescripteurs d'audioprothèses, qui serait au moins divisé par dix<sup>92</sup>, et un allongement probable des délais de prises de rendez-vous. Ce choc sur l'accès aux primo-prescripteurs serait particulièrement inopportun dans le contexte de la mise en place du 100 % Santé et risquerait de ralentir la dynamique enclenchée par ce dernier.

---

<sup>91</sup> Le CNP d'ORL a indiqué à la mission avoir proposé au CMG de mettre à contribution ses organismes de formation pour l'élaboration du programme prévu par leur accord avec le CMG, sans que ces derniers aient apparemment retenu cette possibilité.

<sup>92</sup> Le nombre actuel de médecins généralistes prescrivant au moins une aide auditive par an est supérieur à 30 000.

[87] L'estimation du « nombre cible » de médecins généralistes qui seraient susceptibles de continuer à primo-prescrire des aides auditives pour des patients adultes a été discutée avec plusieurs parties prenantes de la mission. Il en est ressorti des évaluations très différentes, allant de quelques centaines à environ 3 000 :

- selon certains membres du CNP d'ORL, les médecins généralistes exerçant dans des MSP, déployant une activité importante en audiologie et disposant de la surface financière suffisante pour investir dans les équipements nécessaires (cf. paragraphe suivant) constitueraient la cible principale des actions de formation en otologie médicale. Une estimation de l'ordre de 200 médecins généralistes a ainsi été évoquée devant la mission ;
- si la priorité devait être en revanche de cibler les médecins généralistes qui prescrivent déjà de façon significative des aides auditives, pourraient être concernés les médecins prescrivant plus de cinq aides auditives par an<sup>93</sup>, soit un peu moins de 1 900 médecins généralistes en 2019<sup>94</sup> ;
- enfin, si l'on ne souhaite pas réduire trop brusquement le nombre de prescripteurs afin de ne pas saturer les emplois du temps des ORL, il conviendrait de viser un nombre de médecins généralistes formés et équipés pour pouvoir primo-prescrire équivalent à celui des ORL, soit environ 3 000<sup>95</sup>.

[88] De même, la question du niveau d'équipement souhaitable pour pouvoir réaliser les tests audiométriques de façon satisfaisante fait l'objet de débats nourris entre les différents acteurs. De façon schématique, les positions divergent entre, d'une part les représentants des ORL, qui jugent indispensable un équipement équivalent à celui dont ils disposent eux-mêmes (lequel requiert un investissement de l'ordre de 20 000 €<sup>96</sup>), afin de préserver une qualité optimale de prescription, et d'autre part des experts de la télé-audiologie, qui ont développé des solutions accessibles sur le *cloud*, avec un simple casque représentant un investissement de l'ordre de 1 000 €, auquel s'ajoutent quelques dizaines d'euros d'abonnement mensuel<sup>97</sup>. De façon alternative, mais non exclusive de ces deux scénarios le déploiement des équipements nécessaires à la réalisation des audiométries pourrait faire l'objet d'investissements mutualisés (éventuellement au niveau d'une Communauté professionnelle territoriale de santé – CPTS) auxquels les médecins généralistes formés / accompagnés du territoire pourraient avoir accès.

[89] Dans ces conditions, et afin de ne pas risquer de freiner trop brutalement la dynamique du 100 % Santé, il apparaît souhaitable à la mission de reporter à nouveau l'entrée en vigueur de l'accord obligeant les médecins généralistes à suivre une formation en otologie médicale jusqu'au moment où un nombre significatif – qui reste à établir de façon concertée (cf. supra) – de médecins généralistes aura été formé. Il convient toutefois de mettre en place le plus rapidement possible les formations adaptées et de prévoir le financement public des équipements d'exploration fonctionnelle nécessaires chez les médecins généralistes.

---

<sup>93</sup> Selon les données communiquées par l'opérateur de tiers payant déjà évoqué, au cours des deux dernières années et demi, seulement 50 % des ORL avaient prescrit au moins cinq aides auditives.

<sup>94</sup> Dont 822 avaient prescrit six aides auditives, 458 sept aides auditives, 273 huit aides auditives...

<sup>95</sup> Interrogé sur cette piste, le CNP d'ORL a néanmoins considéré que la définition d'une telle cible équivaldrait à repousser pour toujours la mise en œuvre de l'obligation de formation en otologie médicale.

<sup>96</sup> Pour l'aménagement d'une cabine insonorisée et l'acquisition de l'ensemble des équipements nécessaires à la réalisation des tests audiométriques.

<sup>97</sup> Source : entretien de la mission avec les représentants de Koalys, startup récemment intégrée à une filiale de WSA Audiology.

### 1.2.2 Une possible délégation de l'audiométrie par les médecins généralistes aux audioprothésistes évoquée par certains acteurs mais non retenue par la mission

[90] Un certain nombre d'acteurs de la filière considèrent que les conditions posées à la prescription d'aides auditives par les généralistes ne seront jamais remplies, quel que soit le seuil fixé (nombre de médecins généralistes formés et équipés), dans la mesure où il est peu probable que ces derniers prennent le temps de se former et acquièrent les équipements jugés indispensables par le CNP d'ORL pour réaliser une primo-prescription.

[91] Certains audioprothésistes, en particulier les représentants du SDA et du Syndicat national des centres d'audition mutualiste (SYNAM), estiment dès lors que le seul moyen de faire face au double défi quantitatif (assurer un nombre de prescriptions suffisant) et qualitatif (garantir la qualité de ces dernières) serait que les médecins généralistes prescripteurs délèguent la réalisation de l'audiométrie aux audioprothésistes – le cas échéant à ceux d'entre eux qui auraient suivi une formation complémentaire. Ces derniers assumeraient la responsabilité de la qualité des tests réalisés (sans que les conséquences d'une telle responsabilité soient cependant très claires).

[92] Ce scénario, qualifié par le SDA de « *prescription conditionnée* » [par les résultats de l'audiométrie] et qui permettrait de lever l'obstacle lié au coût de l'équipement pour les généralistes en déléguant l'audiométrie à des professionnels disposant à la fois des compétences et des matériels nécessaires, a été évoqué par la mission dans le cadre de plusieurs de ses auditions. Il est apparu à cette occasion qu'il soulevait, en dépit de son apparente simplicité, de nombreuses réserves et oppositions, en particulier de la part du CNP d'ORL – qui considère qu'il ferait courir un risque élevé de compéage entre médecins généralistes et audioprothésistes<sup>98</sup>. Le Syndicat national des entreprises de l'audition (SYNEA<sup>99</sup>) n'y est pas non plus favorable, au motif que l'indépendance des audioprothésistes vis-à-vis des médecins prescripteurs pourrait être compromise par cette forme de « sous-traitance ».

[93] Pour ces raisons, la mission a considéré que la piste d'une délégation de l'audiométrie des médecins généralistes aux audioprothésistes n'était pas à privilégier.

### 1.2.3 Le rôle plus limité des autres spécialités en matière d'appareillage des patients souffrant de presbycusie

[94] D'autres médecins que les ORL et les généralistes sont au contact de patients souffrant de presbycusie. C'est en particulier le cas des gériatres et, dans une moindre mesure, des neurologues pour les adultes, et des pédiatres pour les enfants. La proportion de patients qui font l'objet d'une prescription d'audioprothèses par des médecins autres que les ORL et les généralistes est néanmoins très modeste : 1 % environ en 2019 selon la CNAM.

[95] Les gériatres, qui exercent principalement à l'hôpital, comme les neurologues, sont peu présents dans le domaine du diagnostic et de la prise en charge de la presbycusie. Ils sont confrontés principalement, dans leur pratique quotidienne de prise en charge, à des patients atteints de troubles cognitifs pour lesquels l'observance de l'appareillage est un vrai enjeu. Leur connaissance des troubles de l'audition et des modalités de sa prise en charge par un appareil semble encore insuffisante. Les liens avec les ORL et les audioprothésistes sont limités.

<sup>98</sup> Le SDA juge à l'inverse ce risque limité du fait du nombre très important de médecins généralistes prescripteurs par rapport au nombre d'audioprothésistes, qui entrainerait de fait une dilution du risque.

<sup>99</sup> Représentant des enseignes et groupes d'enseignes de centres d'audioprothèses.

[96] La mission n'a pas analysé le rôle des neurologues pour les adultes ni celui des pédiatres dans le cadre des troubles de l'audition des enfants.

### 1.3 L'absence des audiologistes, une singularité française

[97] La plupart des pays du monde, notamment les Etats-Unis, le Canada ou le Royaume-Uni et dans l'Union européenne l'Allemagne, la Belgique ou les Pays-Bas disposent d'une profession d'audiologiste qui est ancrée au cœur de la filière auditive.

[98] Leur rôle est variable selon les pays, mais en général il est à mi-chemin entre celui d'ORL médical spécialisé dans les troubles de l'audition et de l'équilibre, d'audioprothésiste et parfois d'orthophoniste. Les ORL sont alors, en général, spécialisés dans la chirurgie et les autres pathologies que l'audition.

[99] En Amérique du Nord, l'audiologiste est défini au Québec comme « *un expert de l'audition et du système vestibulaire. Il possède des connaissances notamment en anatomie, physiologie, neurologie, linguistique, psychologie, fonction auditive et vestibulaire ainsi que de leurs troubles. Il travaille auprès des personnes de tous âges, des nouveau-nés aux aînés* »<sup>100</sup>. Aux Etats-Unis, il y a environ 15 000 audiologistes, formés en sept ans, qui sont des médecins spécialisés dans le diagnostic, le traitement et le suivi des troubles de l'audition et de l'équilibre ; ils prescrivent, vendent et règlent aussi les aides auditives<sup>101</sup>.

[100] Au Royaume-Uni, l'audiologiste (*hearing aid audiologist*) est un médecin qui évalue l'audition et les troubles de l'équilibre, prescrit des aides auditives et fournit des soins post-appareillage.

[101] Dans l'Union européenne, « audiologiste » est, en Belgique, un terme générique qui désigne deux professions paramédicales spécialisées dans le domaine de l'audition:

- l'audiologue d'une part, de niveau bac + 3, qui exécute, en collaboration avec un médecin ORL, la partie technique de l'évaluation de l'audition et de l'équilibre, à l'aide de tests psycho-acoustiques et électro-physiologiques et peut aussi intervenir dans la prévention de traumatismes sonores, la protection de l'audition et participer à des programmes de dépistage de la surdité, par exemple chez les nouveau-nés ;
- l'audicien d'autre part qui corrige, comme les audioprothésistes en France, la fonction auditive déficiente au moyen de dispositifs mécaniques, électroacoustiques et électroniques.

[102] Les audiologistes néerlandais sont des ingénieurs dans le domaine de l'acoustique qui se spécialisent dans le domaine de l'audition.

[103] Il existe, en France des partisans de l'institution d'audiologistes, comme le professeur René Dauman<sup>102</sup>. Un consensus tacite existe toutefois manifestement pour ne pas ouvrir de nouveau un débat qui serait source de conflits au sein de la profession d'ORL. L'absence d'audiologistes fait écho à cette autre singularité qu'est l'interdiction des optométristes dans la filière visuelle, et plus généralement au refus par le corps médical de voir se développer les professions de santé intermédiaires.

<sup>100</sup> Source : <https://www.ooaq.qc.ca/consulter/audiologiste/definition-audiologiste/>

<sup>101</sup> Celles-ci sont désormais accessibles aux Etats-Unis sans prescription par un médecin ni recours à un technicien.

<sup>102</sup> Professeur émérite à l'Université de Bordeaux, fondateur de la Société française d'audiologie (SFA).

[104] En pratique, les audiologistes diplômés dans les autres pays européens ne peuvent pas exercer leur profession en France.

### **Les principaux professionnels de la filière auditive selon l'OMS**

L'OMS distingue dans son récent rapport mondial sur l'audition (2021) quatre grands métiers de la filière auditive :

- les ORL, définis comme « les médecins ayant reçu une formation dans la gestion des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge dans le cadre d'un diplôme ou d'un cursus reconnu » ;
- les audiologistes, définis comme « les spécialistes du diagnostic et du traitement des troubles auditifs au travers des technologies de l'audition, ayant un diplôme ou un cursus de formation reconnu » ;
- les thérapeutes de la parole et du langage (orthophonistes), qui fournissent des soins de réadaptation pour les personnes souffrant de pertes de l'audition, et qui ont un diplôme ou une formation reconnue en thérapie du langage. L'OMS souligne que dans certains pays la réadaptation fait partie de la formation à l'audiologie ;
- les enseignants pour élèves sourds, qui sont des enseignants spécialement formés pour prendre en charge à l'école les enfants sourds et malentendants.

L'OMS mentionne également parmi les autres professionnels de la filière auditive : les audiométristes, les techniciens d'audiologie, les audioprothésistes, les spécialistes de la réadaptation et les travailleurs de santé communautaire.

Source : OMS, rapport sur l'audition dans le monde, 2021

## **2 Les audioprothésistes, des acteurs essentiels de la filière auditive confrontés à des évolutions rapides**

### **2.1 Des auxiliaires médicaux caractérisés par de réelles spécificités**

[105] Les origines de la profession d'audioprothésiste remontent à l'invention des premières prothèses auditives et des formations dédiées ont été créées dès les années 1940 et 1950. Mais il a fallu attendre une proposition de loi votée en 1967 pour que les audioprothésistes disposent, comme d'autres professions, d'un statut législatif et d'une reconnaissance de leur rôle en tant que professionnels de santé.

#### **2.1.1 Des professionnels de santé qui sont également des commerçants et des professionnels de l'appareillage**

[106] Les audioprothésistes, qui disposent du monopole de la vente, sur prescription médicale d'un ORL ou d'un autre médecin des audioprothèses, ainsi que des prestations de services associés, sont, au sens du code de la santé publique, des professions de santé paramédicales ou auxiliaires médicaux. Ils sont à ce titre enregistrés auprès de chaque ARS du lieu de leur implantation qui leur délivre un numéro ADELI. Ce sont également des commerçants, inscrits au registre du commerce. Ils appartiennent, au sein des professions de santé, aux professions de l'appareillage. Leur statut apparaît néanmoins assez hybride.

[107] La dualité « professionnels de santé et commerçants inscrits au registre du commerce » les rapproche des opticiens-lunetiers qui travaillent dans la filière visuelle. Néanmoins, des différences existent entre les deux professions : leur durée d'études initiales (trois ans pour les audioprothésistes et deux ans aujourd'hui pour les opticiens-lunetiers avant la mise en œuvre de la

réforme de leurs études), leurs compétences propres (les opticiens-lunetiers peuvent renouveler sans prescription médicale pour certains clients ; les audioprothésistes ont la responsabilité de choisir le type d'appareillage sur la base du bilan audioprothétique) et la part du suivi dans leur activité (l'activité essentielle des opticiens-lunetiers est la vente de verres correcteurs alors que celle des audioprothésistes est, en principe, le suivi des personnes appareillées).

[108] Deux des trois organisations représentatives de la profession assument la double qualité de professionnels de santé et de commerçants des audioprothésistes. La troisième, le SDA, revendique avant tout, pour sa part, d'être pleinement reconnu comme professionnels de santé intervenant dans le domaine du « *care* » et pas comme des vendeurs. Au fond, comme le faisait remarquer un audioprothésiste à la mission, l'une des difficultés de la profession d'audioprothésistes tient au fait qu'ils gagnent leur vie en vendant des appareils auditifs alors que leur vrai travail est de les adapter et d'assurer le suivi des personnes appareillées.

[109] Les audioprothésistes sont définis dans le code de la santé publique comme l'une des sept professions dites de l'appareillage, à l'instar des opticiens-lunetiers dans la filière visuelle ou des épithésistes, des ocularistes, des orthopédistes-orthésistes, des orthoprothésistes et des podoprothésistes<sup>103</sup>. Il existe, en effet, de nombreux points communs entre les audioprothésistes et ces différentes professions, qui ne se situent pas dans le champ de la rééducation au sens du code de la santé publique, comme les orthoptistes dans la filière visuelle ou les orthophonistes dans la filière auditive, mais dans lesquelles l'adaptation et le suivi des patients, ainsi qu'un service adapté et personnalisé, jouent un rôle clé<sup>104</sup>.

[110] Comme les autres professions de l'appareillage (orthoprothésistes, etc.), les audioprothésistes ne sont pas, juridiquement, des professions libérales réglementées, à la différence d'autres auxiliaires médicaux comme les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les orthoptistes ou les orthophonistes.

#### **Les audioprothésistes, les prestataires de services et distributeurs de matériels (PSDM) et les professionnels de l'appareillage**

Les audioprothésistes ont de nombreux points communs avec les autres professions de l'appareillage. C'est le cas par exemple des orthoprothésistes. L'orthoprothésiste est non seulement responsable de l'appareillage, de la première consultation de prise de mesure à sa remise, mais aussi pendant plusieurs années pour assurer le suivi et les réparations nécessaires. Une fois l'orthoprothèse conçue, l'orthoprothésiste se charge de faire essayer l'appareillage au patient pour effectuer les éventuelles corrections. Lors de son diagnostic de l'appareillage correspondant au mieux aux besoins du patient, l'orthoprothésiste se charge de choisir les composants idoines justifiant une bonne qualité, solidité et efficacité. Toutefois, l'arbitrage relève de l'orthoprothésiste, celui-ci pouvant choisir des composants de très bonne qualité en acceptant d'avoir une marge moindre sur l'appareillage.

Les professionnels de l'appareillage autres que les audioprothésistes et les opticiens-lunetiers sont régis par une convention spécifique conclue avec la CNAM.

<sup>103</sup> « Est considérée comme exerçant la profession d'audioprothésiste toute personne qui procède à l'appareillage des déficients de l'ouïe » (article L4361-1 du code de la santé publique).

<sup>104</sup> Les audioprothésistes relèvent néanmoins d'une sous-section du CNU qui s'intitule « section 91 – Personnels enseignants-chercheurs des disciplines des sciences de la rééducation et de réadaptation ».

Les audioprothésistes présentent également des similitudes avec les 2 500 entreprises prestataires de services et distributeurs de matériel (PSDM), qui emploient 25 000 salariés dont 4 000 professionnels de santé (infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, diététiciens ou ergothérapeutes). Ces entreprises distribuent, en effet, soit en les vendant, soit en les louant des dispositifs médicaux et des aides techniques inscrits à la LPPR à plus de deux millions de personnes malades, ou présentant un handicap, et vivant à leur domicile et délivrent, pour certaines désormais, des prestations proches de celles rendues par les audioprothésistes (télésuivi et appui à l'observance du traitement contre l'apnée du sommeil par exemple). Elles sont positionnées principalement sur une mission de coordination des sorties d'hospitalisation, à l'interface des services hospitaliers et des professionnels du premier recours.

Les audioprothésistes relevaient, semble-t-il, de la convention collective de la branche « négoce et prestations de services dans les domaines médico-techniques » (CCN n°32861 du 9 avril 1997) jusqu'en 2007 et sont désormais dans le ressort de l'OPCO des entreprises de proximité.

Source : Mission

[111] Plusieurs caractéristiques confèrent cependant aux audioprothésistes un statut un peu à part. Ils sont ainsi, depuis 2004, l'une des douze professions représentées à l'UNPS, qui est en principe « *la maison commune des professionnels libéraux* ». Le SDA vient également d'adhérer avec dix syndicats de professionnels libéraux à une nouvelle intersyndicale dénommée les « Libéraux de Santé ». Le SDA est également signataire des deux accords-cadres interprofessionnels (ACIP) depuis 2012 et s'apprête, semble-t-il, à signer la charte de la visite médicale préparée par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

### L'organisation de la profession d'audioprothésiste

L'organisation de la représentation des audioprothésistes présente encore certaines limites.

Les trois organisations professionnelles représentatives de la profession, signataires de l'accord de juin 2018 sur le 100 % Santé et de la convention avec l'UNCAM et l'UNOCAM (en cours d'agrément) sont :

- Le SDA, qui résulte de la transformation de l'UNSAF, elle-même issue de la fusion en 2011 de trois syndicats historiques d'audioprothésistes indépendants fondés après la création du métier en 1967. Le SDA est un syndicat de personnes qui comprend près de 1 000 adhérents à jour de cotisation, dont la moitié environ sont des indépendants à leur compte, et les autres des indépendants sous enseigne.

- Le SYNEA, créé en 1991, qui regroupe des entreprises de l'audition de différentes tailles et modes de fonctionnement. Ses adhérents représentent environ 3 000 centres d'audioprothèses et environ 5 000 personnes (environ la moitié d'audioprothésistes et l'autre moitié d'assistants). Le SYNEA n'est pas adhérent à la FEFIS ni au MEDEF.

- Le SYNAM, qui a été créé en 2008 pour porter la voix mutualiste dans le domaine des audioprothèses. C'est un syndicat d'enseignes et pas de personnes. Il a 78 adhérents (issus du regroupement de 150 acteurs mutualistes) qui sont des gestionnaires du livre 3 du code de la mutualité. Il représente 434 centres, 300 audioprothésistes et 1 000 collaborateurs au total, et 8 à 9 % de parts de marché.

Il n'existe pas pour l'instant d'enquête permettant de déterminer leur représentativité relative. Il n'existe pas non plus de représentation organisée ni institutionnelle des audioprothésistes au plan régional même si les conventions paritaires prévues par la convention avec l'UNCAM pourront jouer ce rôle.

Par ailleurs, il existe un Collège National d'Audioprothèse (CNA). Il veille à la qualité technique, scientifique et pédagogique de l'enseignement de la profession d'audioprothésiste et assure la représentation et la défense des intérêts déontologiques et moraux des audioprothésistes.

Il n'existe pas de représentation organisée des écoles d'audioprothèses. Les étudiants des écoles d'audioprothèses sont organisés dans le cadre d'un syndicat, la FNEA, créée en 2013.

Source : Mission

[112] Le SDA, à la différence des deux autres organisations représentatives de la profession (SYNEA et SYNAM), constituées d'entreprises d'une part et d'organismes mutualistes de l'autre, revendique également la transformation de la convention commerciale et de bonne pratique de facturation, qui a été négociée avec l'UNOCAM (cf. infra) et, à titre subsidiaire, avec l'UNOCAM et est en cours d'agrément par le ministère de la santé et le ministère des comptes publics, en une convention de tarification comme les autres professions de santé. Cette revendication est néanmoins contradictoire avec un mode de financement au forfait, qui lie indissociablement vente de l'appareillage et prestations de suivi, auquel la même organisation est particulièrement attachée.

[113] Sur la suggestion des services de la CNAM, et comme cela existe pour de nombreuses autres professions, il serait utile de réaliser une enquête de représentativité des audioprothésistes avant la négociation de la prochaine convention avec l'UNOCAM et l'UNOCAM.

### 2.1.2 Une profession sans décret de compétences

[114] A ce stade, le métier d'audioprothésiste est défini par la finalité des actes pratiqués, le public visé et les moyens utilisés. En dépit de la précision des textes existants sur ce que recouvrent les prestations initiales et les prestations de suivi, et comme les opticiens-lunetiers, les audioprothésistes ne disposent pas d'un décret de compétences<sup>105</sup>. Ce décret décrirait utilement les actes qu'ils sont habilités à faire et, *a contrario*, ceux qu'ils ne sont pas habilités à faire. Selon le SDA, « l'essence du métier » concerne toute action ayant pour conséquence la modification du niveau acoustique au tympan : cela va du réglage/programmation de l'aide auditive à la modification de l'embout ou au choix d'un nouvel embout en passant par la prise d'empreinte des conduits auditifs externe.

[115] Un décret de compétences pourrait également inclure une définition du rôle et des tâches des assistants audioprothésistes<sup>106</sup> (cf. infra). Ceux-ci exécutent de nombreuses tâches administratives mais également techniques, sous la responsabilité de l'audioprothésiste et en sa présence ou pas. Il serait opportun, dans le contexte actuel de pénurie de personnels et de forte croissance de la demande (cf. infra), de bien préciser ces tâches et d'étendre à cette occasion leur champ de compétences à la réalisation d'audiométries<sup>107</sup>.

[116] Le décret pourrait enfin préciser que les étudiants de deuxième et troisième année, peuvent, sous la responsabilité et en présence de l'audioprothésiste, pratiquer l'ensemble des actes réservés à l'audioprothésiste et indiquer la nature des tâches qu'ils peuvent effectuer lorsqu'ils travaillent dans un centre d'audioprothèses pendant leurs vacances ou à temps partiel pendant leurs études, comme le demande le SDA.

---

<sup>105</sup> Cf. par exemple le décret du 2 mai 2002 pour les orthophonistes ou le décret du 5 décembre 2016 pour les orthoptistes.

<sup>106</sup> Les centres d'audioprothèses comprennent systématiquement au moins un assistant audioprothésiste qui réalise essentiellement des tâches administratives (facturation notamment). Les représentants des audioprothésistes ont indiqué à la mission qu'une fois que le volume d'activité du centre d'audioprothèses était suffisant, un assistant technique pouvait renforcer l'équipe pour prendre en charge notamment des actes de petite maintenance. Le réglage des aides auditives doit rester le fait de l'audioprothésiste.

<sup>107</sup> En pratique, les assistants réaliseraient déjà un nombre significatif d'audiométries.

<b>Description des actes réalisés par les audioprothésistes</b>	
Choix	Questionnaire d'identité
	Questionnaire d'anamnèse
	Anamnèse orale (entretien)
	Otoscopie
	Audiométrie tonale et vocale
	Proposition d'un appareil en vue du devis
	Mise en page, Impression du devis
	Empreinte des Conduits Auditifs Externes
Adaptation	Programmation par logiciel fabricant
	Choix / Remplacement d'embout
	Choix / Remplacement d'écouteur
	Modification d'embout (Fraisage, laquage, évent...)
	Mesure in vivo
Contrôle d'efficacité immédiate	Entretien semi-dirigé
	Audiométrie tonale et vocale
	Audiométrie vocale dans le bruit
	Questionnaires
Délivrance et éducation prothétique	Explication de la mise en place
	Guidance en vue de l'observance
	Facturation
	Explication de l'entretien, du nettoyage
Contrôle d'efficacité permanente	Nettoyage
	Changement de tube à l'identique
	Changement d'écouteur à l'identique
	Mesure de l'aide auditive au coupleur (HIT)
	Audiométrie tonale et vocale
	Questionnaire de satisfaction
	Relevé du journal sonore
	Programmation par logiciel fabricant
	Réintroduction du réglage à l'identique après réparation
	Réadaptation
	Mise en place d'accessoires sans modification du niveau sonore et

Source : SDA

## 2.2 Des professionnels relativement peu nombreux mais en pleine mutation

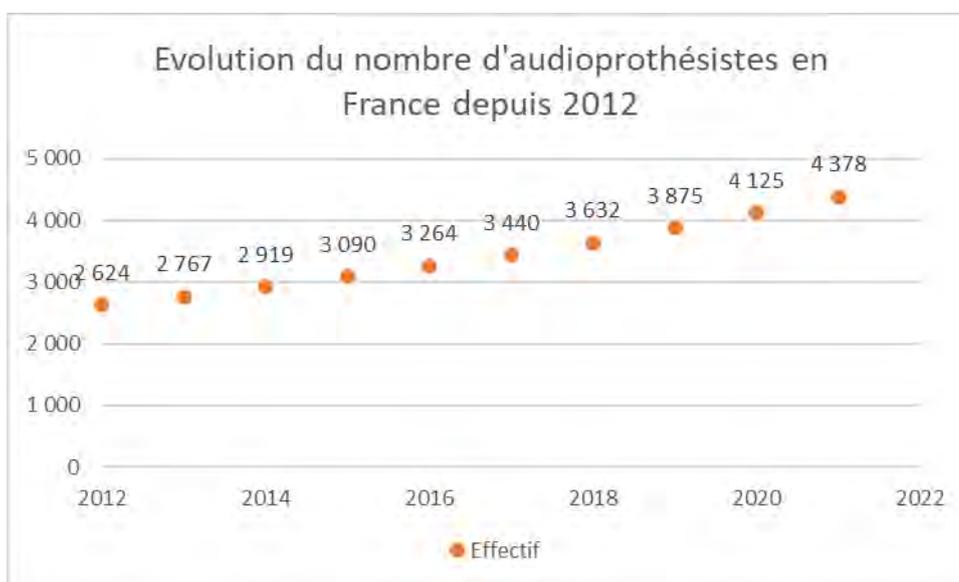
### 2.2.1 Une profession en croissance démographique rapide et relativement jeune et répartie inégalement sur le territoire national

#### 2.2.1.1 Une croissance démographique rapide

[117] La France comptait, au 1<sup>er</sup> janvier 2021, 4 378 audioprothésistes en exercice, soit 153 de plus que l'année précédente. Il y en avait moitié moins en 2008 (2 137 exactement), ce qui illustre la croissance démographique rapide de la profession. Cela correspond, en 2021, à une densité de 6,5 audioprothésistes pour 100 000 habitants.

[118] Alors qu'on comptait deux ORL pour un audioprothésiste en 2000, il y a désormais trois audioprothésistes pour deux ORL. Malgré leur croissance, les audioprothésistes demeurent beaucoup moins nombreux que les opticiens-lunetiers, qui sont près de 40 000 en France.

Graphique 14 : Evolution du nombre d'audioprothésistes depuis 2012



Source : DREES

[119] Le nombre d'audioprothésistes femmes augmente plus que celui d'audioprothésistes hommes depuis au moins une dizaine d'années si bien que la profession compte désormais presque autant de femmes que d'hommes.

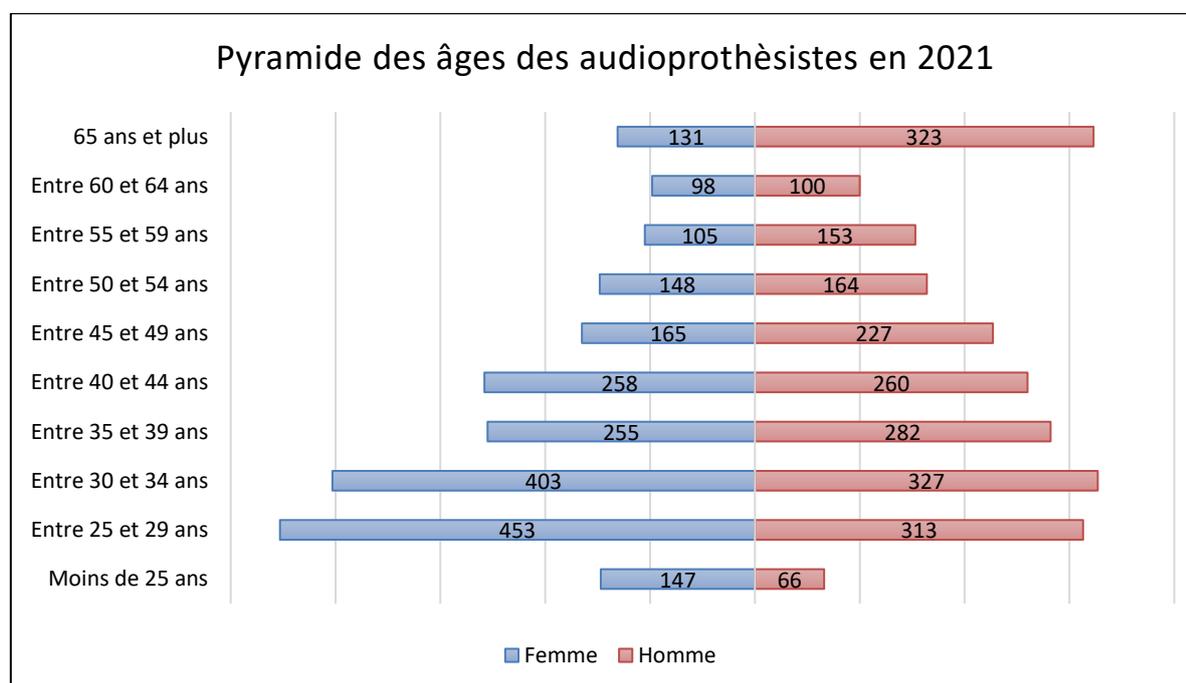
[120] Les audioprothésistes exercent dans près de 6 100 centres d'audioprothèses (6 076 en 2020 selon l'annuaire de l'audiologie) répartis sur le territoire national. Ce chiffre paraît très élevé : à titre de comparaison, le nombre de points de vente d'optique, lui-même considéré comme trop élevé, est seulement deux fois plus important pour un nombre d'opticiens-lunetiers neuf fois plus élevé que celui des audioprothésistes. En pratique, le même audioprothésiste partage son temps de travail le plus souvent entre deux centres, voire parfois trois ou quatre ou même plus, afin d'assurer des rendez-vous de proximité à la population malentendante reçue dans les centres d'audioprothèse.

[121] Le nombre de centres d'audioprothèse a crû de façon très importante au cours des dernières années en raison de la concurrence entre chaînes succursalistes et de leur souhait de couvrir les principaux bassins de vie (préfectures, sous-préfectures...).

### 2.2.1.2 Une profession relativement jeune

[122] La profession d'audioprothésiste est une profession relativement jeune, avec un âge moyen de 42 ans et demi, soit dix ans de moins environ que les ORL. 39 % des audioprothésistes ont moins de 35 ans (contre 45 % des orthoptistes et 53 % des opticiens-lunetiers toutefois). Près de 15 % des audioprothésistes ont néanmoins 60 ans et plus. Les audioprothésistes hommes sont un peu plus âgés (45 ans environ) que les audioprothésistes femmes (moins de 40 ans).

Graphique 15 : Pyramide des âges des audioprothésistes en 2021



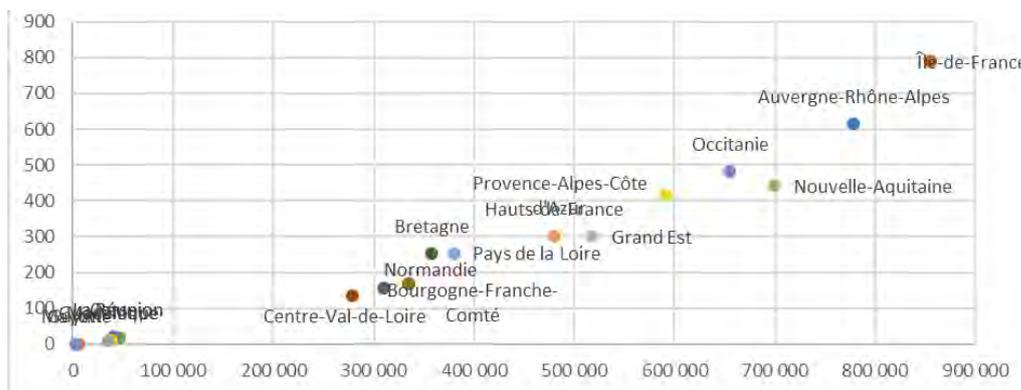
Source : DREES

### 2.2.1.3 Une répartition inégale sur le territoire

[123] La répartition sur le territoire national des audioprothésistes est assez inégale, du moins au niveau des départements.

[124] En effet, si l'on met à part les outre-mer, qui sont très sous-dotés en audioprothésistes, avec une densité comprise entre 0,3 (Mayotte et Guyane où il n'y a qu'un seul audioprothésiste) et 3,3 (Martinique) audioprothésistes pour 100 000 habitants, les densités de professionnels varient relativement peu entre régions de l'Hexagone (entre 5 et 8,2 audioprothésistes par 100 000 habitants). Et il y a une assez bonne corrélation entre la proportion de population âgée de 75 ans et plus et le nombre d'audioprothésistes par région, comme le montre le graphique ci-dessous.

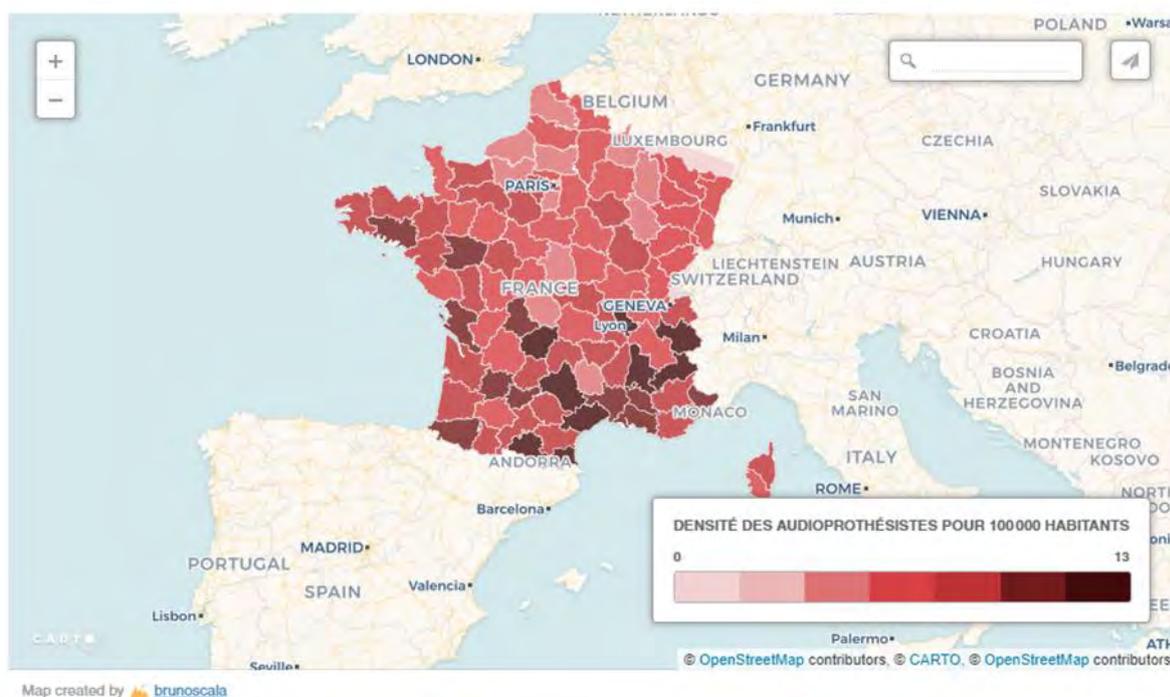
Graphique 16 : Nombre d'audioprothésistes et part des personnes âgées de plus de 75 ans par région en 2021



Source : DREES

[125] L'inégalité de répartition territoriale est beaucoup plus forte au plan départemental, comme le montre la carte ci-dessous. Les audioprothésistes sont très concentrés à Paris et dans certains départements du Sud de la France (Ariège, Drôme, Hérault, Savoie, Aveyron, Hautes-Alpes). À l'inverse, les Outre-mer apparaissent peu attractives, ainsi que des départements comme la Seine-Saint-Denis, l'Oise, les Ardennes, la Creuse, l'Eure ou la Meuse.

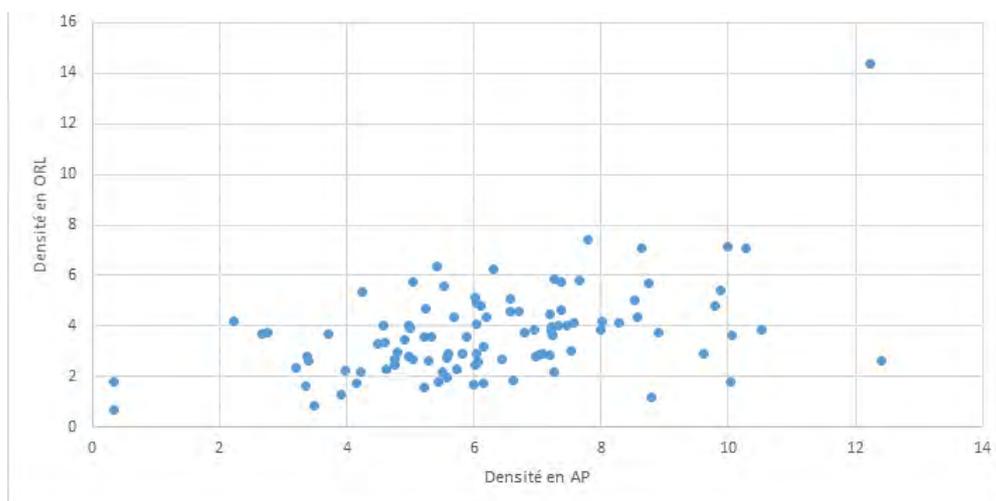
Carte 5 : Densité départementale des audioprothésistes pour 100 000 habitants



Source : Audition Demain/DREES

[126] Enfin, il y a globalement une corrélation entre la faible densité d'audioprothésistes et celle des ORL, ce qui accroît la difficulté de l'accès aux soins auditifs dans bon nombre de départements.

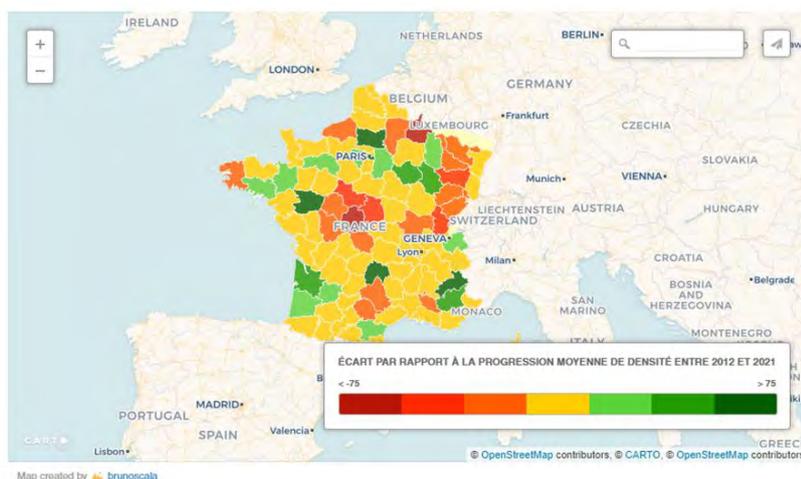
Graphique 17 : Densité des audioprothésistes et densité des ORL par département en 2021



Source : DREES

[127] Au cours des dix dernières années, le nombre d'audioprothésistes a fortement augmenté, on a constaté l'apparition de nouvelles zones en sous-densité, notamment dans le Centre de la France et dans l'Est comme le montre le schéma ci-dessous. Le même schéma indique également, *a contrario*, les zones d'attractivité des audioprothésistes au sein du territoire national, y compris dans l'Est au demeurant.

Carte 6 : Ecart de la densité des audioprothésistes par rapport à l'évolution moyenne entre 2012 et 2021



Source : Audiologie Demain/DREES

[128] Les délais d'attente pour un rendez-vous chez les audioprothésistes ne font malheureusement pas l'objet d'un suivi. Les professionnels ont indiqué à la mission qu'ils étaient partout raisonnables (entre quelques jours et quelques semaines). La situation est certainement plus difficile, sans qu'on ne dispose de données précises, sur l'accessibilité à des audioprothésistes spécialisés pour les enfants de moins de six ans. Par ailleurs, la mise en place du 100 % Santé semble avoir donné lieu à une augmentation des délais au cours des premiers mois de 2021, sans que ces derniers ne dépassent un mois cependant.

#### 2.2.1.4 Des projections démographiques incertaines

[129] On ne dispose pas non plus de projections démographiques du nombre d'audioprothésistes dans les dix prochaines années.

[130] Compte tenu du nombre prévisible de départs annuels à la retraite au cours de cette période (moins de cinquante par an au vu de la pyramide des âges, mais ce chiffre peut varier en fonction de nombreux paramètres), du nombre actuel d'étudiants formés en France (300 au plus chaque année) et en Espagne (100 à 200), ainsi que de la concurrence très vive entre les distributeurs pour couvrir en centres d'audioprothèses les zones où réside la patientèle appareillable (principalement les centres urbains) et pour gagner des parts de marché, la croissance du nombre d'audioprothésistes exerçant en France devrait se maintenir à un niveau élevé (cf. infra, 2.3).

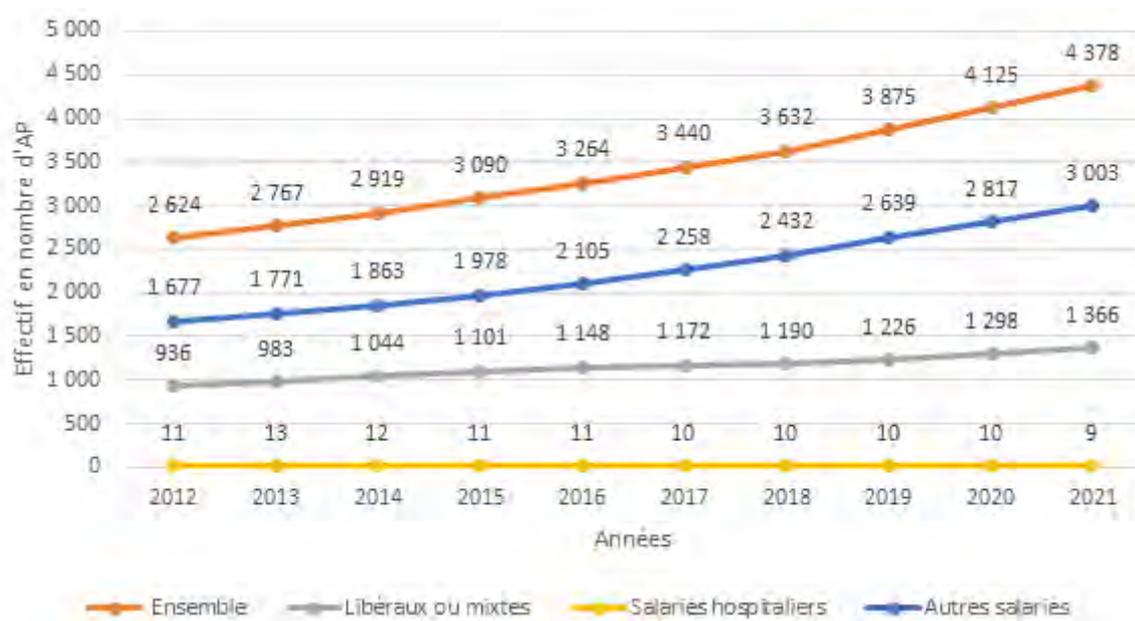
[131] D'autres facteurs peuvent néanmoins jouer pour contenir l'augmentation du nombre d'audioprothésistes au cours des prochaines années, notamment les contraintes du système de formation et les choix opérés en matière de quota (cf. annexe 6). A plus long terme, une évolution rapide des technologies qui déboucherait sur le recours à d'autres canaux de distribution aurait un impact certain sur l'attractivité de la profession d'audioprothésiste. Une rupture technologique de ce type pourrait même remettre en question le rôle des audioprothésistes en tant que techniciens spécialistes de l'appareillage. Les acteurs de la filière rencontrés par la mission n'envisagent cependant pas cette éventualité à brève échéance.

#### 2.2.2 Un exercice essentiellement situé en ville et qui évolue rapidement dans un climat de concurrence croissante

[132] Le métier d'audioprothésiste s'exerce presque exclusivement en ville. La DREES ne recense ainsi que moins de dix audioprothésistes exerçant en milieu hospitalier (en-dehors de ceux qui concourent à l'activité hospitalière comme vacataires à temps très partiel ou à titre gratuit, dont on ne connaît pas le nombre).

[133] Pour le reste, les 1 366 audioprothésistes qui ont un statut d'indépendant (ou mixte) en 2021 représentent 31 % du total des audioprothésistes (contre 36 % en 2012). Les audioprothésistes purement salariés sont 3 003 en 2021 contre 1 677 en 2012, en progression de 79 %.

Graphique 18 : Evolution du statut professionnel des audioprothésistes entre 2012 et 2021



Source : DREES

### 2.2.3 Une distribution atomisée avec une concurrence croissante entre canaux de distribution et une part d'intégration verticale

#### 2.2.3.1 Une distribution atomisée

[134] La distribution en ville des prothèses auditives est atomisée, comme le soulignait déjà l'Autorité de la concurrence en 2016<sup>108</sup>.

[135] D'après les données fournies par le Synea, les parts de marché seraient de 50 % pour les indépendants, dont 10 à 20 % pour les indépendants sans enseigne, qui sont le cœur historique de la profession, et de 50 % pour les enseignes (succursalistes ou franchisés<sup>109</sup>). Le poids des succursalistes dans le marché augmente certes, par rachat d'indépendants et par ouverture de nouveaux centres, mais l'évolution est relativement lente car beaucoup de centres d'indépendants se créent en permanence, ce qui ralentit la consolidation du métier.

[136] Aucun acteur ne représente plus de 15 % du marché français et n'est en position dominante. La distribution d'audioprothèses est plus concentrée en Italie, en Espagne et en Belgique. A l'inverse, le marché semble moins consolidé en Allemagne et aux Etats-Unis.

[137] Les deux principales enseignes, plutôt positionnées sur le haut de gamme, sont Amplifon (720 centres fin 2019), qui appartient à un groupe de distribution international (italien), et Audika (558 centres fin 2019), qui est désormais la filiale d'un fabricant international (danois, William Demant). Les mutualistes représentent environ 10 % du marché (enseigne Ecouter Voir<sup>110</sup>).

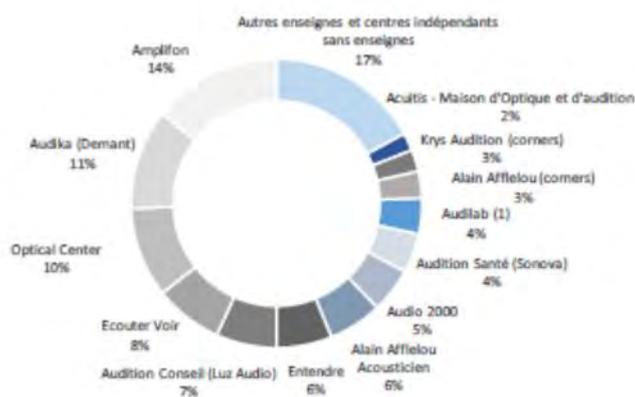
<sup>108</sup> Avis n° 16-A-24 du 14 décembre 2016 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur des audioprothèses de l'Autorité de la concurrence.

<sup>109</sup> Le modèle de la franchise a récemment été développé notamment par les « discounters » VivaSon et Idéal Audition.

<sup>110</sup> Anciennement « Les Opticiens Mutualistes » et « Audition Mutualiste », qui ont fusionné en 2010.

[138] Les indépendants sous enseigne (Audio 2000, Entendre, Audition Conseil, Audiocentrale, Audition santé...) partagent principalement une centrale d'achat et la publicité de la marque commune. Mais ils demeurent libres dans leurs choix de leurs fournisseurs et s'apparentent dans leur activité quotidienne aux indépendants sous enseigne. Ils pourraient pourtant réaliser des gains significatifs s'ils groupaient davantage leurs achats (cf. encadré infra sur les centrales d'achat, de référencement et de paiement).

Graphique 19 : Répartition des audioprothésistes selon les enseignes en proportion des centres en 2019



(2) Audilab a été racheté par Demant fin 2019.

Source : *Les Echos*

### 2.2.3.2 L'entrée de nouveaux acteurs et les prémices d'une intégration verticale

[139] La distribution d'es audioprothèses a été bouleversée au cours des dernières années par la montée en puissance rapide de deux nouvelles catégories d'acteurs. D'une part les « discounters », comme VivaSon (33 centres fin 2019) et Idéal Audition, et d'autre part les chaînes d'optique, soit qu'elles développent des réseaux 100 % dédiés à l'audition comme Afflelou Acousticien (300 centres fin 2019) ou Audio 2000 (250 centres fin 2019), soit qu'elles créent des « corners » audio au sein d'une boutique d'optique, comme Optical Center (504 centres fin 2019), Audio 2000, Krys Audition (122 centres fin 2019) et Alain Afflelou (150 corners fin 2019).

[140] Il a été également marqué, mais de façon plus marginale, par un phénomène d'intégration verticale, deux fabricants ayant racheté des distributeurs au cours des dernières années. Le SNITEM évalue à 20 % la proportion des appareils vendus par des structures intégrées détenues par les industriels.

[141] Du fait du monopole légal, il n'y a pas en France de distribution des audioprothèses par d'autres canaux (pharmacies, grandes surfaces, internet...) alors que ces derniers jouent un rôle clé dans de nombreux pays, au premier rang desquels les Etats-Unis.

### 2.2.4 Une activité croissante mais très hétérogène et parfois très faible

[142] En première analyse, le nombre d'appareils vendus par audioprothésiste est resté assez stable jusqu'au milieu des années 2010 (autour de 200 audioprothèses par an), avant de progresser à partir de 2018 (avant la mise en œuvre du 100 % Santé et de la crise épidémique) et de s'établir autour de 230 audioprothèses par an, probablement à raison de la croissance des parts de marché des

succursalistes, des discounters et des opticiens et de leurs modes de fonctionnement plus normés et productifs. Ce dernier chiffre correspond à une file active moyenne de 500 à 650 patients par audioprothésiste.

Tableau 7 : Nombre d'appareils vendus par audioprothésiste entre 2000 et 2018<sup>111</sup>

	2000	2010	2014	2018
<b>Appareils vendus</b>	268 248	482 155	597 543	840 000
<b>Nombre d'audioprothésistes</b>	1 422	2 437	3 064	3 632
<b>Nombre d'appareils vendus par audioprothésiste</b>	189	198	195	231

Source : SNITEM

[143] L'un des traits marquants de l'activité des audioprothésistes réside dans les écarts en volume entre les centres d'audioprothèses. En 2016, l'Autorité de la concurrence soulignait que « *la productivité des centres [était] très variable, avec un petit nombre d'entre eux qui se caractérisent par une forte activité et un grand nombre par une activité modérée : 25 % des établissements générant plus de 60 % des dépenses présentées au remboursement en 2011* ». Pour l'Autorité de la concurrence, « *il était donc manifeste qu'une partie des laboratoires se trouvent en situation de sous-activité chronique, notamment pour 40 % d'entre eux qui adaptent moins de 100 appareils par an* ».

[144] Ces écarts n'avaient pas sensiblement évolué au moment de la mise en œuvre du 100 % Santé, comme le font apparaître les deux schémas ci-dessous, qui portent sur les centres d'audioprothèses détenus par des indépendants. Ils font ressortir qu'un nombre significatif d'audioprothésistes avaient, avant le 100 % Santé en tout cas, une très faible activité : 45 % vendaient moins de 15 appareils auditifs par mois, soit entre trois et quatre par semaine, et ne voyaient donc que deux nouveaux patients par semaine...

<sup>111</sup> Pour la période postérieure à 2018, cf. annexe sur le 100 % Santé.

Schéma 5 : Dispersion des centres d'audioprothèses indépendants (hors enseignes) selon leur niveau d'activité (chiffre d'affaires et nombre d'audioprothèses vendues)

**CA du centre (multipropriétaires : centre principal)**

En moyenne, un centre d'audioprothèse indépendant réalise un CA de 323 603 €, une hausse de 3 % en moyenne vs. 2017

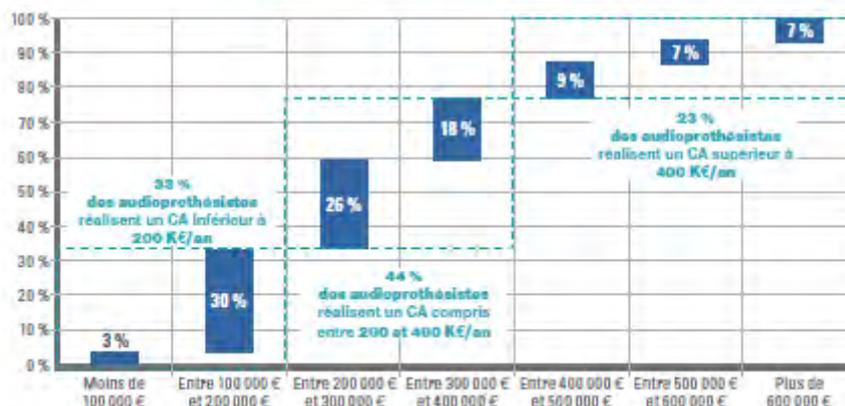
NB : dans le cas des multipropriétaires il s'agit du CA du centre principal

**2017 :  
314,6 K€**

**Q : Dans quelle tranche de CA TTC se situe votre centre en 2018 ?**

(% calculé sur la base du nombre de répondants)

**CA moyen d'un centre principal : 323 603 €**



En moyenne en 2018, un audioprothésiste indépendant vend 22 aides auditives par mois, soit 231 par an

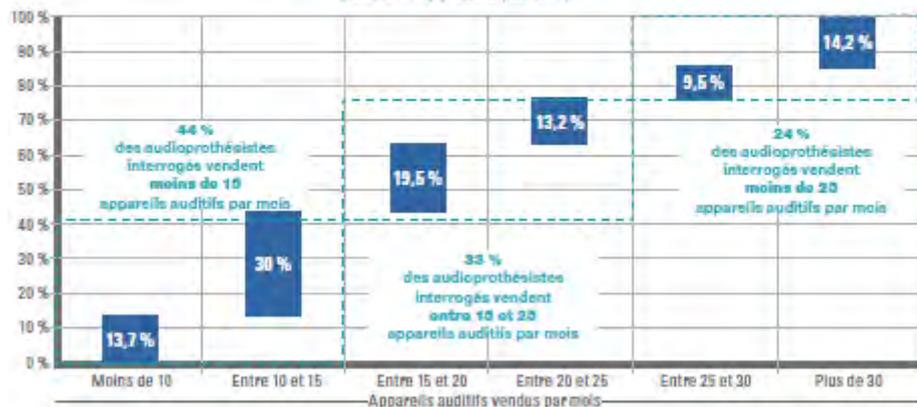
**2017 :  
228  
en moyenne**

**Q : En moyenne, combien d'appareils auditifs vendez-vous environ par mois ? (1 oreille = 1 appareil)**

(% calculé sur la base du nombre de répondants)

**moyenne : 22 appareils par mois**

(soit 231 appareils par an\*)



\* : à voir 47 semaines travaillées par an

Source : Les Echos/Galileo Business Consulting, 2018

[145] De nombreux audioprothésistes et ORL rencontrés par la mission ont souligné également l'hétérogénéité de la population d'audioprothésistes en matière de qualité de service et de conception du métier.

### **Le positionnement des acteurs sur le prix selon l'Autorité de la concurrence**

Selon l'Autorité de la concurrence, qui s'appuyait sur des études datant de la première moitié des années 2010, le marché aval (la distribution) se caractérisait par de fortes disparités de prix. Cette amplitude atteste l'existence de deux stratégies différentes de la part des acteurs : une stratégie traditionnelle et majoritaire consistant à appareiller un nombre constant de patients, à prévoir un temps de suivi important et à proposer des prix assez élevés, et une stratégie des nouveaux opérateurs consistant à appareiller davantage de patients, à prévoir un temps de suivi plus court et à proposer des prix plus faibles.

Les audioprothésistes indépendants hors enseigne positionnent globalement leur activité sur la qualité des prestations fournies au patient, adoptant rarement une politique de prix bas. Les écarts tarifaires demeurent toutefois sensibles entre ces opérateurs, ce qui s'explique par des différences de pouvoir d'achat au niveau local mais aussi des positionnements divergents dans un contexte de faible pression concurrentielle sur les prix en particulier dans les zones rurales.

Le mode d'exploitation des enseignes spécialisées induit des coûts fixes importants liés aux structures de fonctionnement, à la rémunération des audioprothésistes, à la politique de publicité et à un positionnement vers la qualité et le haut de gamme. Il présente l'avantage de rationaliser l'organisation de l'activité. Les enseignes classiques (Audika et Amplifon) ont un positionnement axé sur la qualité du service et pratiquent des prix généralement situés dans la fourchette haute du marché.

Le développement d'enseignes avec des offres à prix plus faible et plus fort volume des ventes est une nouveauté des dernières années.

Les enseignes d'optique, dont le cœur d'activité est en train d'arriver à maturité, profitent de leur attractivité en raison de leurs pratiques commerciales et promotionnelles agressives et de leur patientèle comprenant une part notable de personnes âgées. Leur stratégie consiste à cibler des volumes importants pour pouvoir proposer des prix plus faibles que la concurrence traditionnelle.

L'enseigne Ecouter Voir a un modèle économique qui reposerait, selon elle, sur la qualité de l'appareillage au juste prix. La politique commerciale de prix relativement bas serait rendue possible par une rationalisation de l'organisation, une modération salariale et une productivité des audioprothésistes légèrement meilleure ainsi que de conditions tarifaires pour l'achat des appareils plus avantageuses que les indépendants.

Source : *Autorité de la concurrence, 2016*

#### **2.2.5 Une rentabilité et des revenus mal connus**

[146] Les revenus des audioprothésistes sont mal connus. Les nomenclatures fiscales et sociales existantes ne permettent pas de les identifier simplement dans les données publiées.

[147] En 2020, Les Echos a publié une estimation des bénéfices nets des huit principales enseignes, qui seraient en moyenne de 6 % du CA, variant entre 2 % (Ecouter Voir) et 11 % (Audition Conseil).

[148] Compte tenu de l'importance majeure du financement public dans leurs revenus, il serait utile que les pouvoirs publics, et notamment les autorités de santé, mènent des travaux afin de mieux cerner les revenus de cette profession, qu'il s'agisse des indépendants ou des enseignes, et de leur évolution.

## 2.2.6 Une pénurie d'audioprothésistes difficile à précisément quantifier

[149] Si des débats existent sur son ampleur et surtout sur les solutions à y apporter, la grande majorité des acteurs du marché conviennent qu'il existe une pénurie d'audioprothésistes en France. Il existe plusieurs indicateurs de cette tension sur le marché des audioprothésistes :

- la difficulté pour les enseignes et les indépendants à leur compte à recruter en dehors de certaines régions et, plus encore, dans les nouveaux centres d'audioprothèses ou les « corners » récemment ouverts, d'où la nécessité accrue de répartir le temps des audioprothésistes entre plusieurs centres et la tendance à l'allongement des délais de rendez-vous sans qu'on ne dispose de données précises ;
- la difficulté pour les enseignes et les indépendants à leur compte de retenir leurs audioprothésistes lorsqu'ils sont approchés par des concurrents, ce qui poserait parfois des problèmes de continuité du suivi pour les personnes appareillées ;
- le niveau élevé des rémunérations à l'embauche, en particulier en dehors de Paris. Des exemples de rémunérations à hauteur de 55 à 60 K€ bruts par an à la sortie d'école ont été rapportés à la mission, parfois pour quatre jours de travail par semaine, avec une voiture de fonction et un intéressement au chiffre d'affaires. Les élèves rencontrés par la mission ont confirmé qu'ils n'avaient pas de problème d'embauche à la sortie de leurs études, étant le plus souvent pré-recrutés par leur futur employeur ;
- le développement rapide des formations d'audioprothésistes en Espagne pour contourner le quota existant dans les écoles françaises (cf. annexe 6).

[150] Il convient néanmoins de souligner que deux facteurs de nature très différents peuvent être à l'origine de la tension sur le marché des audioprothésistes :

- le développement de l'offre de soins peut obéir à des motivations principalement commerciales : développement de nouveaux acteurs, volonté de renforcer le maillage du territoire ou de consolider sa place sur le marché pour réaliser des économies d'échelle, etc. ;
- la demande de soins est objectivement en croissance : l'importante augmentation tendancielle de la demande est liée au vieillissement de la population (tendance historique) et à la récente solvabilisation de la demande par le 100 % Santé.

[151] Il n'existe cependant pas d'étanchéité entre ces deux facteurs : une partie de l'augmentation de la demande peut être induite par l'offre (publicité importante, démarches commerciales agressives) et donc ne pas être totalement fondée au niveau sanitaire même si l'obligation d'une prescription médicale constitue un garde-fou important.

[152] S'il n'est pas possible de tracer une ligne claire entre ces deux facteurs d'augmentation de l'offre d'emplois d'audioprothésistes salariés et donc de déterminer quelle est la part de la tension sur le marché des audioprothésistes qui est fondée au niveau sanitaire, il est certain que la pénurie et les tensions actuelles risquent de s'accroître fortement au cours des prochains mois en raison de la croissance rapide du marché permise par le 100 % Santé.

[153] Or, les conséquences d'une telle tension sur la qualité des soins peuvent être importantes. En effet, à défaut d'une offre suffisante de main d'œuvre sur le marché des audioprothésistes, il existe un risque important de constater une baisse de la qualité du suivi assuré par les audioprothésistes,

le nombre de patients à suivre chaque année augmentant à tel point qu'il devient difficile de leur consacrer le temps nécessaire.

[154] C'est sur cette toile de fond que les représentants des audioprothésistes ont adressé à la mission deux modélisations très différentes du besoin en audioprothésistes, fondées sur des hypothèses un peu divergentes<sup>112</sup> :

- le Collège national d'audioprothèse (CNA), d'une part, a mené une estimation de l'éventuel besoin supplémentaire en audioprothésistes fondée sur la capacité de l'offre actuelle (nombre d'audioprothésistes) à faire face à une demande correspondant à celle du marché danois, qui est celui où le taux d'appareillage est le plus élevé ; le CNA conclut qu'avec le nombre d'audioprothésistes actuels, il serait possible de répondre à une telle demande induite, avec un niveau d'activité annuel par audioprothésiste très élevé (vente de 360 aides auditives par an, contre 230 actuellement) et qui impliquerait donc des gains de productivité importants et une répartition parfaitement équilibrée de la demande sur le territoire ;
- le SYNEA, d'autre part, a modélisé le besoin supplémentaire en audioprothésistes en partant d'hypothèses d'augmentation de la demande (deux scénarios distincts : +3 % ou +7 % à partir de 2023) et du fait que peu de marges de productivité seraient envisageables (c'est-à-dire une hypothèse opposée à celle du CNA) ; le SYNEA en tire la conclusion qu'il faudrait une augmentation de 200 à 250 audioprothésistes formés par an pour faire face à l'augmentation de la demande.

[155] La mission considère pour sa part que la modélisation qui part d'une hypothèse de maintien de la productivité reflète davantage la réalité d'un marché que les acteurs qualifient eux-mêmes de dépendant de l'offre humaine de soins. Pour autant, des gains de productivité sont envisageables, du fait des initiatives des acteurs du marché, mais aussi des recommandations de la mission (notamment la clarification des rôles entre audioprothésistes et assistants).

[156] Cette analyse plaide en conséquence pour un accroissement rapide et significatif du quota de formation des audioprothésistes et pour le développement dans les meilleurs délais de la formation continue (cf. annexe 6).

### 2.3 Un mode de financement qui autorise une trop grande opacité des coûts, de la matérialité ainsi que de l'effectivité des prestations

[157] L'organisation et le fonctionnement des audioprothésistes présentent des limites qui sont en partie liées au profil même de leurs patients, personnes âgées ou très âgées et à ce titre plus fragiles que les consommateurs d'optique par exemple.

#### 2.3.1 Une rémunération forfaitisée et couplée qui est perfectible

[158] La rémunération des audioprothésistes est forfaitisée et combine le coût margé de l'appareil lui-même, les séances de réglage, de contrôle et celles de suivi de l'appareillage au cours des quatre années ou plus qui suivent l'appareillage. Les textes en vigueur prévoient plus précisément que les prestations rendues par les audioprothésistes comprennent : avant l'achat l'examen des conduits auditifs, la mesure de l'audition et la prise d'empreinte, au moment de l'achat l'adaptation, la

---

<sup>112</sup> Hypothèses différentes en matière de démographie, de prévalence des troubles de l'audition et de croissance du marché (évalué par le CNA à 1,5 million d'aides auditives vendues en 2030, contre 1,7 à 2,2 millions par le SYNEA).

délivrance et le contrôle immédiat de l'appareil ainsi que l'éducation prothétique et après l'achat le suivi jusqu'à la fin d'utilisation de l'appareil, c'est-à-dire le nettoyage, les réglages et petites réparations (en principe trois séances de contrôle la première année puis au moins deux rendez-vous par les années suivantes).

[159] On considère ainsi que les prestations d'adaptation et de suivi sont indissociables de la vente de l'équipement. Ce mode de financement couplé n'est pas propre aux audioprothèses. Il existe également pour la plupart des autres dispositifs médicaux de la LPPR. Tel n'est pas le cas toutefois pour les équipements d'optique ni, désormais, pour les pompes à insuline. L'administration de la sécurité sociale, qui était favorable au découplage au début de la négociation du 100 % Santé, à la suite notamment de l'avis de l'Autorité de la concurrence qui l'avait recommandé en 2016, réfléchit également à une mesure transversale de découplage qui viserait par principe tous les dispositifs médicaux.

[160] Les opinions sont très partagées en France sur le couplage entre matériel et prestations de services.

[161] Pour le SDA, rejoint sur ce point par le SYNEA et le SYNAM, ainsi que par le groupe « audition » du SNITEM, le financement au forfait ou couplage est un principe essentiel. Selon le SDA, le professionnel ne « vend pas des appareils » mais « facture le matériel et un service indissociable, comprenant son expertise pour leur choix et leur adaptation, son temps pour l'adaptation, l'éducation thérapeutique du patient et son suivi personnalisé régulier, aussi souvent que cela semble nécessaire à l'utilisateur, et l'utilisation de son plateau technique ». Les partisans du couplage mettent en avant plusieurs arguments :

- l'incitation à la qualité du service rendu par les audioprothésistes, entre lesquels la concurrence se jouerait sur la qualité du service rendu davantage que sur les tarifs pratiqués, et qui auraient à ce titre intérêt à prendre en charge au mieux les personnes qu'ils ont appareillées ;
- la mutualisation qu'il permet au profit des patients qui ont besoin de prestations d'adaptation et de suivi plus nombreuses et plus longues (patients complexes...) ;
- le caractère de « contrat de confiance » conclu entre le client et le prestataire qu'il suscite, qui permet au client de revenir autant de fois qu'il veut chez son prestataire ;
- la satisfaction des personnes appareillées, par exemple au vu des résultats de l'enquête EuroTrak<sup>113</sup> ;
- le risque de voir des acteurs se concentrer sur la seule vente d'aides auditives, sans considération de la qualité de l'appareillage dans un contexte de marché où l'audioprothésiste n'aurait plus d'obligation d'assurer le suivi ;
- l'existence de ce mode de financement dans tous les pays d'Europe<sup>114</sup>.

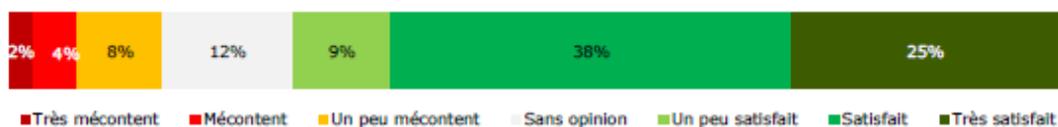
---

<sup>113</sup> EuroTrak est l'étude de référence au niveau européen, qui compare pays à pays l'épidémiologie et les usages des personnes atteintes de déficience auditive. EuroTrak est une étude commanditée par l'EHIMA (European Hearing Instrument Manufacturers Association), l'association européenne des fabricants d'aides auditives.

<sup>114</sup> Parmi les marchés développés, seule l'Australie aurait mis en œuvre le découplage, sans que la mission ait pu expertiser en détail le fonctionnement de ce marché.

Graphique 20 : Satisfaction des personnes appareillées vis-à-vis du couplage

Le prix de votre/vos appareil(s) auditif(s) inclus un nombre illimité de visites de réglage chez votre Audioprothésiste durant sa (leur) durée de fonctionnement. Quelle est votre degré de satisfaction en regard de ce mode de tarification « forfaitaire » ?



HA-owner, n=550

Source : EuroTrak France 2018

[162] Néanmoins, les critiques de ce mode de financement couplé, et notamment UFC-Que Choisir, ainsi que Bucodes SurdiFrance et l’Autorité de la concurrence depuis plusieurs années, soulignent à juste titre ses défauts ou ses limites :

- le couplage ne permet pas d’isoler le coût de l’appareil lui-même et de faire jouer une saine concurrence par les prix, d’où des marges (trop) importantes. Le devis normalisé ne permet par ailleurs pas toujours d’apprécier le coût d’acquisition des appareils, compte tenu notamment des ristournes, remises, etc. Selon un entretien de la mission avec l’OMS, au plan international, le couplage a d’ailleurs été jugé responsable des prix élevés aux Etats-Unis ou en Suisse<sup>115</sup> ;
- il ne permet pas d’identifier non plus la quantité d’heures de travail réalisées dans le cadre des prestations initiales et de suivi. Les estimations disponibles varient entre leurs auteurs, et certainement entre les audioprothésistes ;
- il revient à faire payer à l’avance aux patients des prestations dont une partie ne sera pas effectuée, ou sans « service fait ». C’est le cas pour les 13 % de patients appareillés non observants<sup>116</sup>, et notamment des patients entrant en institutions ; c’est aussi le cas des patients qui décèdent ou qui déménagent loin de leur domicile précédent et ne trouvent pas d’autres audioprothésistes pour assurer leur suivi d’appareillage<sup>117</sup> ;
- il donne le sentiment aux patients que les audioprothésistes, qui entretiennent au domicile, réalisent parfois une certaine ambiguïté à cet égard, réalisent les prestations de suivi « à l’œil ». Selon le baromètre EuroTrak de 2018, seulement 43 % des personnes appareillées comprennent que le coût de leurs audioprothèses inclut le prix de l’appareil, l’adaptation personnalisée et le suivi annuel, en principe illimité ;

<sup>115</sup> L’OMS a une position agnostique sur le sujet, en soulignant l’existence de deux modèles de financement des aides auditives dans le monde qui semblent l’un et l’autre fonctionner.

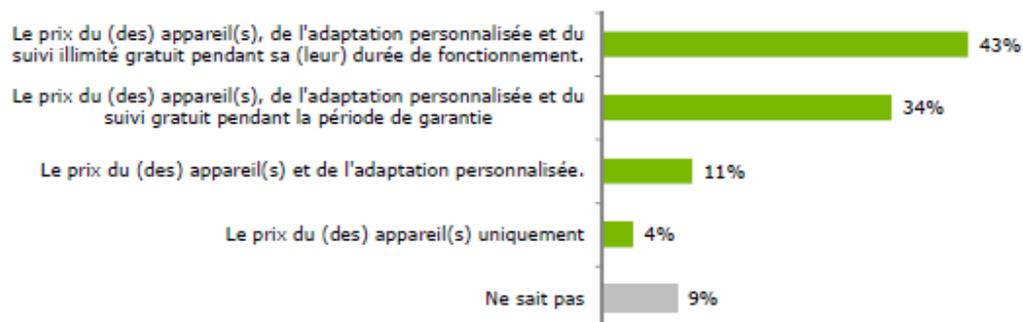
<sup>116</sup> Selon l’enquête EuroTrak en 2018.

<sup>117</sup> La prise en charge par un autre audioprothésiste que celui qui a vendu l’appareillage est prévue dans les textes et par les différentes enseignes. Elle est certes facile à mettre en œuvre lorsqu’on a acheté une audioprothèse à une enseigne nationale, mais plus difficile lorsqu’on a acheté à un indépendant à son compte en dépit des règles édictées par le SDA. Quoi qu’il en soit, on ne dispose pas de données sur sa fréquence ni sur la façon dont elle est réalisée. On pourrait assister, avec la montée de la concurrence sur les prix des appareils entre enseignes, à un nomadisme choisi et opportuniste des personnes appareillées d’un audioprothésiste à un autre afin de profiter des prix plus compétitifs des uns (les discounters) et de la réputation de qualité du suivi des autres (les enseignes traditionnelles type Audika ou Amplifon).

- le couplage rend enfin le modèle économique opaque pour les financeurs et qui les place dans une situation d'asymétrie d'information par rapport aux audioprothésistes.

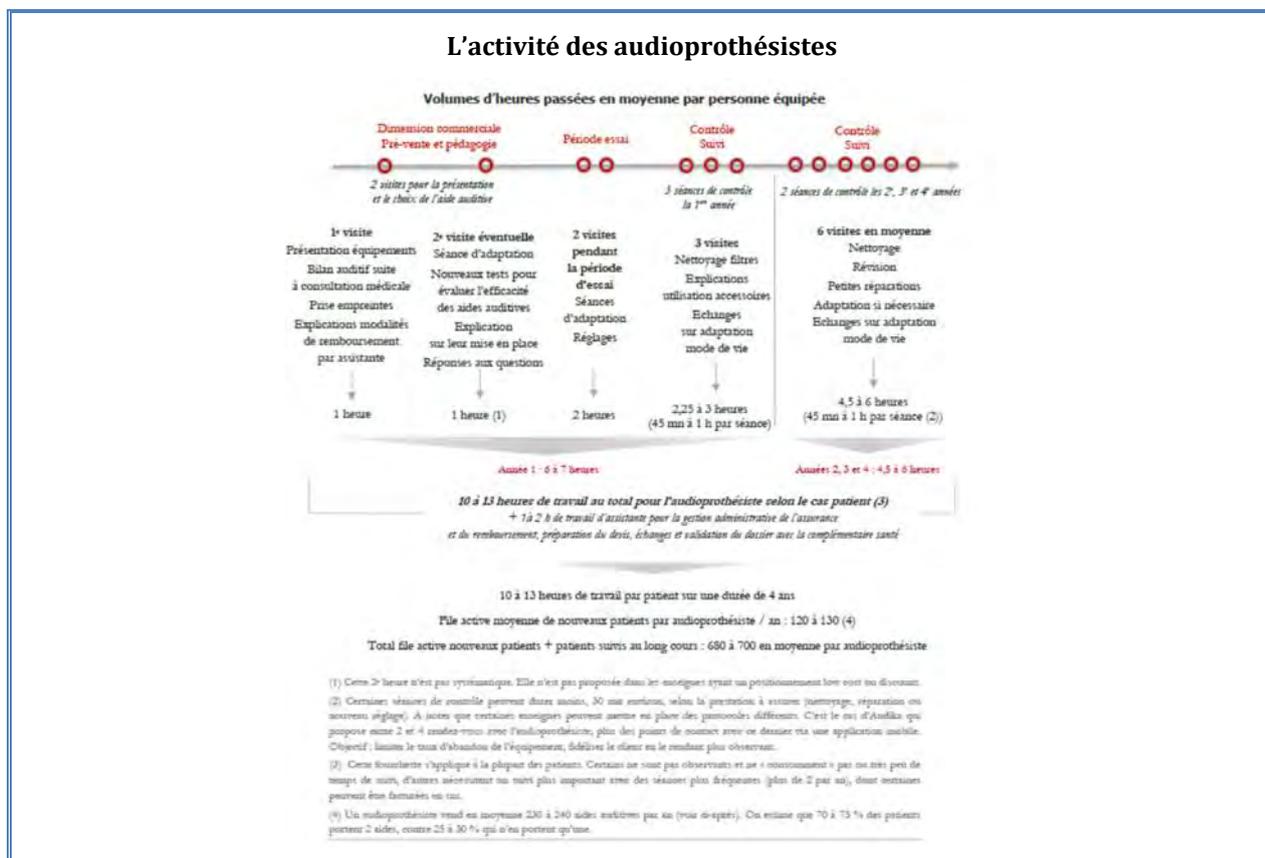
Graphique 21 : Connaissance du mode de financement par les personnes appareillées

A votre avis, que comprend le prix que vous avez payé pour votre (vos) appareil(s) auditifs(s) ?



Source : EuroTrak, 2018

[163] L'argument de la relation causale entre couplage et qualité du suivi, selon lequel les utilisateurs seraient incités à s'orienter plus fréquemment vers les audioprothésistes les plus appréciés, n'est pas une évidence. Une partisane du couplage avant le 100 % Santé comme le professeur Laurence Hartmann a fait part à la mission de l'évolution de sa réflexion à partir du moment où l'obstacle financier à l'accès aux audioprothèses était essentiellement levé.



Source : Les Echos

### 2.3.2 Une absence d'évaluation de la matérialité et de la qualité du suivi et une méconnaissance de l'observance qui posent problème

#### 2.3.2.1 L'absence persistante d'évaluation de la matérialité du suivi

[164] Jusqu'au début de l'année 2021, les prestations de suivi ne donnaient lieu que de façon très exceptionnelle à une télétransmission par les audioprothésistes. Des progrès ont été réalisés au cours du premier semestre mais on reste toutefois bien en-deçà d'une télétransmission systématique. Cette absence d'évaluation de la matérialité du suivi est, quelle qu'en soit la cause, difficilement acceptable et requiert des mesures de correction immédiates.

[165] Par ailleurs, la mission recommande de préparer dès maintenant l'évolution à moyen terme, à compter du second semestre 2022 et après une nouvelle phase d'accords entre les parties prenantes, du mode de financement des audioprothèses afin de créer des incitations à réaliser effectivement un appareillage et des prestations de suivi de qualité.

[166] La solution la plus efficace serait vraisemblablement un système de paiement forfaitaire avec reversement financier annuel en fonction de la matérialité du suivi appréciée par le taux annuel global de prestations de suivi dans la file active de chaque audioprothésiste (avec un objectif supérieur à 90 % par exemple), et le cas échéant versement de bonus. Cette formule permettrait de maintenir la responsabilité globale de l'audioprothésiste tout en ajustant sa rémunération en fonction du service fait.

[167] A défaut, la rémunération des audioprothésistes pourrait intervenir par tranches annuelles conditionnées par la réalisation d'un nombre suffisant de prestations de suivi au regard de la file active de chaque audioprothésiste. La première tranche, payée après l'appareillage et la période d'essai serait, par exemple, de 60 % du montant total pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires. Des versements de 10 % interviendraient annuellement jusqu'à la quatrième année à condition que chaque audioprothésiste effectue en moyenne au moins 90 % des prestations de suivi correspondant au nombre de patients dans sa file active.

[168] Une étude approfondie puis une expérimentation des différentes formules de financement découplé pourrait être lancée utilement en parallèle.

#### 2.3.2.2 L'absence regrettable d'évaluation de la qualité du suivi

[169] L'absence d'évaluation individuelle ou au niveau de chaque centre d'audioprothèse de la qualité du suivi des personnes appareillées est également très regrettable.

[170] L'enquête EuroTrak indique certes que le taux de satisfaction des personnes appareillées en France est globalement supérieur à ce qu'il est dans les autres pays européens et, de très loin, au Japon. Mais ce type d'enquête au niveau national sur un échantillon réduit n'est pas suffisant.

Tableau 8 : Taux de satisfaction des personnes appareillées en Europe et au Japon entre 2012 et 2018

	UK	Belgium	Netherlands	Poland	France	Switzerland	Denmark	Norway	Italy	Japan
Overall satisfaction 2012	72%	-	-	-	80%	84%	70%	72%	70%	36%
Overall satisfaction 2015/16/17	70%	80%	73%	80%	84%	81%	71%	-	79%	39%
Overall satisfaction 2018	74%				82%					

Source : EuroTrak, 2018

[171] Par ailleurs, l'accord et les textes de 2018 sur le 100 % Santé prévoient bien la mise en place d'une enquête qualité sur le ressenti patient au plan national.

[172] Enfin, une réforme future du financement pourrait utilement prévoir d'intégrer une rémunération des audioprothésistes à la performance en fonction du taux d'observance constaté chez leur file active de personnes appareillées (par exemple au nombre d'heures de port des audioprothèses par jour qu'on peut d'ores et déjà connaître grâce à l'analyse des appareils).

[173] En effet, quand bien même le dispositif de contrôle de la télétransmission des prestations de suivi serait pleinement efficient, ce dernier ne permettrait toujours pas d'apprécier la qualité des rendez-vous de suivi réalisés par les audioprothésistes.

[174] Pour contrôler la qualité des prestations de suivi, la mission considère qu'il serait utile d'engager une réflexion sur un mode de rémunération à la performance des audioprothésistes, dont les indicateurs de pilotage permettraient d'objectiver, par exemple, l'observance par les patients (cf. *supra*, les nouvelles technologies permettent de connaître à distance les données relatives au port des aides auditives).

### 3 Les orthophonistes, des partenaires effacés dans la prise en charge de la presbycousie

#### 3.1 Des compétences étendues au sein desquelles l'audition joue un rôle clé

[175] Les 22 000 orthophonistes qui exercent en France, essentiellement des femmes, âgées en moyenne de 43 ans dont 85 % installées en ville, ont un champ de compétences étendu, dont l'audition est un pilier. Selon l'article L4141-1 du code de la santé publique, « la pratique de l'orthophonie comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales. L'orthophoniste dispense

des soins à des patients de tous âges présentant des troubles congénitaux, développementaux ou acquis ».

[176] A la différence des orthoptistes qui réalisent des examens ophtalmologiques, les orthophonistes ont toujours refusé de réaliser des audiométries, ou d'autres examens, pour le compte des ORL, dans le cadre d'une forme de travail aidé. Mais, depuis des textes publiés en mars 2017, les orthophonistes ont acquis la compétence de prescrire en propre en première intention, et sauf indication contraire du médecin, les accessoires pour implants cochléaires (mais pas pour prothèses auditives).

[177] Les troubles de l'audition ont de nombreux retentissements sur la communication, le langage, la parole, l'articulation et la voix. L'orthophoniste intervient de manière globale (avec l'enfant sourd, par exemple) ou de façon beaucoup plus ciblée (par exemple, une rééducation visant à optimiser la lecture labiale). Le bilan orthophonique est la pierre angulaire de son intervention. A l'aide de tests normalisés, il permet de décrire les difficultés mais aussi les points d'appui de chaque patient pour esquisser un projet de rééducation individualisé. Il permet à l'orthophoniste de définir un nombre de séances, en appui sur une nomenclature d'actes répertoriés, pour mener à bien un projet thérapeutique.

### 3.2 Une prise en charge encore très limitée des personnes souffrant de presbyacousie

[178] Les orthophonistes sont très présents auprès des enfants en général, et ceux souffrant de troubles de l'audition et équipés d'implants cochléaires en particulier (d'où l'extension de leurs compétences en 2017).

[179] Toutefois, alors que le besoin de prise en charge orthophonique des patients atteints de presbyacousie est important (il est estimé par un interlocuteur de la mission à environ 50 % des patients), seule une petite minorité, de l'ordre de 2 %, serait effectivement suivie par un orthophoniste, dans le contexte notamment de pression démographique à laquelle est soumise cette profession.

[180] La rééducation orthophonique du sujet souffrant de presbyacousie vise à stimuler les fonctions auditives et les fonctions cognitives. D'une part, l'orthophoniste propose un entraînement des fonctions auditives (discrimination, perception de la voix et de la parole) dans le calme et en situation d'écoute complexe, par exemple dans le bruit ou en présence de plusieurs interlocuteurs, au téléphone, voire l'écoute de la musique. D'autre part, en l'absence de trouble cognitif, l'orthophoniste entraîne les fonctions cognitives du patient : la flexibilité, l'inhibition, le contrôle cognitif et les fonctions exécutives (mémoire et attention). L'objectif est d'essayer de réduire l'effort d'écoute. L'orthophoniste recommande également des actions sur l'entourage (comme se positionner en face du patient atteint de presbyacousie).

[181] La coopération avec les audioprothésistes et les ORL est également très peu développée. Au plan national, une convention de partenariat a été signée en 2019 entre la fédération nationale des orthophonistes (FNO) et la Fondation pour l'Audition afin de créer des équipes interdisciplinaires associant ORL, orthophonistes et audioprothésistes ; ces dernières n'ont cependant pas été déployées comme prévu en 2020 en raison de la crise sanitaire. La FNO s'apprête également à lancer un MOOC sur la presbyacousie. Sur le terrain, aucun exemple de coopération entre audioprothésistes, ORL et orthophonistes au profit des patients atteints de presbyacousie n'a été signalé à la mission. Le congrès de la SFA d'octobre 2021 proposait néanmoins un atelier de trois heures, validé par l'ANDPC, intitulé « Améliorer la coordination et la continuité des parcours de soin du patient déficient auditif »

et qui s'adressait aux ORL, audioprothésistes et orthophonistes en exercice, dans une logique de construction de partenariats entre ces professionnels de la filière auditive.

[182] Il serait opportun de sensibiliser les médecins (ORL et médecins généralistes) ainsi que les audioprothésistes à l'utilité de la rééducation orthophonique pour les patients atteints de presbycusie. Cela pourrait être fait dans le cadre d'une prochaine campagne des délégués de l'assurance maladie (DAM).

## 4 Les transformations rapides du marché des audioprothèses et de leurs fabricants

### 4.1 Les audioprothèses, des dispositifs médicaux dont le marché, de petite taille, est en croissance rapide

#### 4.1.1 Les audioprothèses, des dispositifs médicaux qui s'insèrent dans une palette d'appareils de correction auditive

##### 4.1.1.1 Des dispositifs médicaux dont les caractéristiques sont variées et qui se distinguent d'autres solutions technologiques

[183] A défaut de traitements chirurgicaux ou médicamenteux, inexistantes en matière de presbycusie en l'état de la recherche médicale, les personnes qui souffrent de troubles plus ou moins sévères de l'audition disposent aujourd'hui d'un *continuum* de solutions technologiques.

#### **Bref historique des innovations en matière d'aides auditives**

Les êtres humains ont toujours rivalisé d'ingéniosité pour améliorer leur audition. D'abord naturellement, en plaçant leur main en creux derrière le pavillon de leur oreille pour amplifier les sons, puis du Ve au XVIe siècles, grâce à des ustensiles modelés à partir de cornes d'animaux et de coquillages. Les premiers cornets acoustiques n'ont eu de cesse de se mécaniser et de se perfectionner. Dès 1757, le Dr Claude-Nicolas Le Cat, chirurgien français, inventait un cornet acoustique proposant une amplification du son comprise entre 5 et 15 décibels.

La première révolution audiolgique a eu lieu en 1899, lors de la création d'une aide auditive électrique. Constituée d'un micro composé de granules de charbon porté autour du cou, d'un amplificateur et d'une batterie, elle permettait une amplification réglable.

Dans les années 1920, les appareils fonctionnant grâce à des tubes à vide se généralisèrent. Ces derniers, qui se portaient dans une poche, furent remplacés par les appareils à transistor. Ce qui constitua la deuxième révolution du secteur de l'audiologie. Le transistor, de petite taille, ouvrit en effet la voie à des modèles miniaturisés : les contours d'oreilles (1952), les lunettes dans les branches desquelles étaient montées les aides auditives (1954) puis les intra-auriculaires (1975). Il permit en outre le traitement du son de façon analogique, renforçant la performance des appareils auditifs.

En parallèle, des aides auditives fonctionnant par conduction osseuse, utilisées lorsque le conduit auditif externe et/ou l'oreille moyenne ne permettent pas d'être exploités pour transmettre le son en aérien, furent développées dès le XIXe siècle. Elles connurent un essor en 1923, lorsqu'apparurent les premiers vibreurs électriques.

En 1996, un pas important a été franchi avec l'invention du premier appareil entièrement numérique : un microprocesseur analyse et restitue désormais le son en quelques millièmes de seconde dans l'écouteur. En fonction du son (bruit ou parole, intensité, fréquence, provenance...), celui-ci est traité et amplifié différemment. La compréhension de la parole dans le bruit en est considérablement améliorée. Les technologies *bluetooth* se sont développées à leur tour au cours des années 2010.

Les dernières innovations importantes des audioprothèses portent sur la gestion automatique des paramètres en fonction de l'environnement sonore, la connectivité directe, le rechargeable lithium ion et nomade, la digitalisation (applications, réglage à distance...), l'intelligence artificielle, l'empreinte de la conque par scanner et plus par pâte silicone, La R&D des fabricants porte en ce moment sur l'utilisation de réseaux de neurones profonds pour le débruitage, le pilotage de certains dispositifs destinés à prendre en compte « l'intention d'écoute », les capteurs de santé intégrés pour un pilotage plus large de la santé à partir de l'oreille, l'acceptation spontanée, la compréhension dans le bruit...

Source : *SNITEM*

[184] Les solutions technologiques existantes sont pour les unes des dispositifs médicaux inscrits à la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR) et donc strictement réglementés et également remboursés par l'assurance maladie ; et pour les autres des appareils développés par des industriels grand public notamment. L'ampleur de la différence entre les deux catégories de solutions ne doit toutefois pas être surestimée.

[185] Plusieurs types d'appareils auditifs existent qui permettent d'améliorer l'audition des personnes sans avoir une destination médicale. Ce ne sont pas dans ce cas des dispositifs médicaux au sens de la réglementation européenne, ni même « des produits n'ayant pas de destination médicale mais dont les caractéristiques et les risques sont analogues à des dispositifs médicaux » selon les règles fixées par le nouveau règlement européen (cf. annexe 16 du règlement européen de mai 2021).

[186] Il s'agit notamment des amplificateurs sonores, des oreillettes et des casques qui sont commercialisés par de grandes marques mondiales par internet ou dans le commerce de détail. Il ne s'agit pas de dispositifs médicaux pris en charge par les assureurs mais de produits de haute technologie, issus de la recherche d'acteurs mondiaux comme Bose, Samsung et Apple, auxquels de nombreuses personnes font déjà appel pour améliorer leur audition. Plusieurs interlocuteurs de la mission ont insisté sur l'intérêt qu'il y aurait à équiper, en priorité, les institutions hébergeant des personnes âgées d'amplificateurs avant de penser à appareiller les résidents d'aides auditives.

[187] Il existe également une gamme de produits dits « assistants d'écoute », qui correspondent aux lunettes loupes dans le domaine de la correction de la vision. Ce sont des dispositifs médicaux car ils ont une finalité médicale. Ce sont des appareils pré-réglés, qui ne nécessitent pas d'adaptation individuelle et ne peuvent légalement pas amplifier le son au-delà de 20 dB de gain auditif. Leur délivrance ne relève pas du monopole de l'audioprothésiste. Ils peuvent ainsi, en France, être distribués en pharmacie.

### La nouvelle réglementation européenne sur les dispositifs médicaux

Un nouveau règlement européen 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux est entré en application le 26 mai 2021. C'est une évolution importante pour renforcer la sécurité des dispositifs médicaux dans l'intérêt des patients.

La réglementation a été renforcée dans trois domaines :

- les exigences qui incombent aux industriels en amont de la commercialisation d'un dispositif médical, ces derniers devant désormais procéder à des évaluations et à des investigations cliniques pour s'assurer de l'efficacité et de la sécurité d'utilisation de ces dispositifs au bénéfice du patient ;
- la transparence des données, grâce à une nouvelle base de données européenne Eudamed, qui contiendra des informations détaillées au sujet des dispositifs médicaux disponibles en Europe et permettra notamment de connaître les incidents déclarés ainsi que l'avancée des investigations cliniques ;
- les procédures d'habilitation des organismes notifiés en charge d'émettre les certificats de marquage CE et la surveillance du marché après commercialisation.

Plus précisément :

- il fait évoluer le champ d'application du dispositif médical avec, par exemple, l'entrée des produits n'ayant pas de destination médicale mais dont les caractéristiques et les risques sont analogues à des dispositifs médicaux (lentilles non correctrices, appareils d'épilation à lumière pulsée intense.....). A noter que les amplificateurs sonores, oreillettes et casques n'en font pas partie ;
- il revoit l'ensemble des règles de classification et en spécifie de nouvelles ;
- tout en conservant les principes fondamentaux de la nouvelle approche et du marquage CE médical, il voit le niveau d'exigence générale augmenter de manière significative et met en place les moyens d'une plus grande transparence du système ;
- il prévoit le renforcement des exigences et compétences des organismes notifiés, en matière de ressources humaines et de processus, concernant notamment : les conditions pour faire appel à des sous-traitants et experts externes, l'impartialité de l'organisme, en vue de sa notification, le contenu des certificats ;
- il précise et allonge la liste des exigences en matière de sécurité et de performances ;
- il revoit les procédures de démonstration de la conformité ;
- il redéfinit de façon plus précise et explicite les formats et modalités d'exercice de la vigilance et de la surveillance après commercialisation ;
- il met en place un identifiant unique du dispositif (IUD).

Source : *SNITEM*

[188] Les « appareils électroniques correcteurs surdité » sont, pour leur part, des dispositifs médicaux inscrits au chapitre 3 du titre II (« orthèses et prothèses et prothèses externes ») de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) prévue par l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale. Ils se décomposent en quatre catégories selon la LPPR :

- les implants cochléaires et les implants du tronc cérébral, qui stimulent directement les fibres du nerf auditif par l'intermédiaire d'électrodes insérées dans la cochlée. Au préalable, le signal sonore a été capté, numérisé et transformé en signal électrique dans un boîtier porté sur l'extérieur de la tête. Ils concernent certaines surdités de perception bilatérales et sévères. On compte chaque année quelques centaines de personnes qui bénéficient de la pose de tels implants cochléaires ;

- les implants d'oreille moyenne, constitués d'une partie implantable et d'une partie externe, semblable à une audioprothèse conventionnelle, le plus souvent en contour d'oreille (cf. infra), sont destinés à compenser les déficiences auditives de perception par amplification via une stimulation mécanique directe de la chaîne ossiculaire dans l'oreille moyenne. Ils s'adressent aux surdités de perception, le plus souvent après l'échec d'une correction auditive par prothèse conventionnelle ;
- les prothèses amplificatrices à conduction osseuse, au sein desquelles on distingue d'une part les lunettes auditives, qui transmettent l'information par vibration osseuse à travers la peau en court-circuitant l'oreille externe et la chaîne des osselets, et s'adressent aux surdités ne pouvant pas être appareillées par conduction aérienne pour des raisons soit d'inefficacité soit d'intolérance locale, et d'autre part les prothèses auditives à conduction osseuse ostéo-intégrée, semi-implantables ;
- les prothèses auditives dites conventionnelles, qui sont des prothèses amplificatrices à conduction aérienne. Ce sont des dispositifs médicaux composés de divers éléments à plus ou moins forte valeur technologique : un microphone pour capter le son, un amplificateur qui renforce les sons, un dispositif de traitement des sons (circuit numérique qui traite le signal sonore numérisé), un écouteur pour restituer le signal sous forme acoustique et une source d'énergie (piles ou batterie rechargeable).

Schéma 6 : Les différents types d'aides auditives



Source : SFORL

[189] Trois principaux types de prothèses auditives conventionnelles, ou audioprothèses, ou aides auditives, sont présentes sur le marché (cf. graphique supra) :

- les appareils intra-auriculaires (8 % des ventes en 2020), presque invisibles mais peu adaptés aux surdités fortes et qui s'insèrent directement dans le conduit auditif avec un risque d'effet Larsen et une tolérance moindre en raison de l'effet d'occlusion ;
- les contours d'oreille dit « ouverts » (18 % des ventes en 2020), visibles mais plus puissants et résistants. Apparus en 2004, ils ont révolutionné le concept de l'appareillage. Le contour, miniaturisé, est relié par un microtube très fin à un dôme ou canule, de forme variable mais toujours très aérée, laissant le conduit auditif externe ouvert. ;
- les contours d'oreille à écouteurs déportés, de petite taille et destinés aux surdités légères à moyennes, et qui représentent désormais 74 % des ventes en 2020. Derniers nés sur le marché (en 2006), ce sont des hybrides entre contours d'oreille et intra-auriculaires en combinant les avantages de ces deux formes. Ils sont portés sur le pavillon mais l'écouteur est situé au fond du conduit auditif.

[190] Les performances des aides auditives dépendent principalement de la puissance de traitement des données de leur microprocesseur qui apporte la plus forte valeur ajoutée à l'appareil.

#### **Une disruption du marché des aides auditives ?**

Le marché des audioprothèses est, en France, comme dans les autres pays européens, un marché régulé et protégé. La très grande majorité des acteurs du marché (fabricants, distributeurs, centrales, ORL...) rencontrés par la mission ne jugent pas sa disruption probable au cours des prochaines années. Ils anticipent principalement sa très forte croissance.

C'est probable en France en raison notamment du financement public massif (100 % Santé). Mais plusieurs facteurs conduisent à interroger la pertinence de cette assertion à l'étranger voire à un terme plus rapproché que prévu dans notre pays :

- la possibilité que des acteurs majeurs comme Apple, Samsung ou Bose se lancent massivement dans la prise en charge de la surdité des déficients auditifs. Selon le Wall Street Journal du 13 octobre 2021, par exemple, Apple étudierait la possibilité de commercialiser des nouveaux AirPods en tant que dispositifs médicaux. Ils joueraient le rôle d'aides auditives, après reconnaissance comme telles par les autorités sanitaires, et permettraient aussi de surveiller certains paramètres comme la température corporelle ou la posture de la personne équipée. Des alertes l'encourageraient à rectifier sa position ;
- le progrès technologique rapide qui conduit à brouiller les frontières entre écouteurs (par exemple les EarPods d'Apple), assistants d'écoute (par exemple les produits de Sonalto) et les aides auditives, et pourrait susciter des produits équivalents aux aides auditives actuelles mais moins chers ;
- le développement, signalé par l'OMS, d'aides auditives préprogrammées, adaptées aux différents profils médicaux, au-delà de la programmation de base par les fabricants. Au demeurant, selon les propos d'un acteur du marché tenus à la mission, 75 % des audioprothèses vendues ne feraient pas l'objet de réglages par les audioprothésistes autres que le réglage du fabricant...
- l'effet de contagion du modèle américain s'il s'avère un succès. Le président Biden, reprenant un engagement du Président Trump, a décidé par un « executive order » de juillet 2021 d'autoriser un nouveau type d'aides auditives (aujourd'hui vendues par les audiologistes, les ORL ou des vendeurs spécialisés), sans prescription de médecin ni d'audiologiste (sauf pour les mineurs et les déficiences auditives sévères), et en vente libre. A noter toutefois que le taux d'appareillage serait de 20 % seulement aux Etats-Unis, selon la FDA, et que financement des aides auditives n'est pas socialisé comme en France, au Danemark ou au Royaume-Uni ;

- l'évolution vers de nouveaux modes de financement. Le couplage a pour effet, parmi d'autres, de préserver le fonctionnement actuel du marché très réglementé sous l'emprise des distributeurs. Si, sous la pression des fabricants désireux d'éviter une captation croissante de la valeur par les distributeurs, ou des financeurs désireux de savoir exactement ce qu'ils paient, ou des autorités de concurrence souhaitant faire jouer une vraie concurrence sur les prix, ou de l'effet de contagion suite au découplage du financement d'autres dispositifs médicaux, des mesures de découplage étaient décidées pour les audioprothèses, une disruption du marché pourrait survenir plus rapidement que prévu.

Source : *Mission*

#### 4.1.1.2 Des dispositifs médicaux principalement inscrits sous forme d'une ligne générique dans la nomenclature

[191] En plus de leurs spécifications techniques minimales, précisées par la LPPR (notamment un système permettant l'amplification d'un son extérieur restitué au patient par l'écouteur à hauteur d'au moins 30 dB, un dispositif d'abaissement fréquentiel non linéaire permettant de décaler les fréquences aiguës vers des fréquences graves, un système permettant d'ajuster les gains de l'aide auditive pour au moins trois niveaux d'entrée dans les canaux permettant la compression du signal et une distorsion harmonique inférieure à 3 % pour les fréquences de 500, 800 et 1 600 Hz permettant une restitution d'un son le plus naturel possible, une directivité microphonique automatique, un réducteur de bruit statique, etc.), les audioprothèses peuvent comporter différentes options réparties sur deux listes (A et B).

Tableau 9 : Listes des options que peuvent comporter les audioprothèses

Options liste A	Options liste B
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Système générateur de signaux ajustables</li> <li>- Connectivité sans fil</li> <li>- Réducteur de bruit</li> <li>- Synchronisation binaurale</li> <li>- Directivité microphone adaptative</li> <li>- Bande passante <math>\geq 6</math> kHz</li> <li>- Fonction « apprentissage de sonie »</li> <li>- Réducteur de réverbération</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bande passante élargie <math>\geq 10</math> kHz</li> <li>- 20 canaux de réglages ou plus</li> <li>- Réducteur de bruit impulsionnel</li> <li>- Batterie rechargeable</li> </ul>

Source : *LPPR*

[192] Les audioprothèses étaient réparties jusqu'en 2018 sur la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR) en quatre classes, correspondant au niveau technologique de l'appareil. Malgré un avis de 2008 de la HAS, cette nomenclature n'avait pas été révisée depuis 2003, si bien que les prothèses auditives sur le marché respectaient pour l'essentiel les spécifications techniques minimales d'une seule classe (la classe D, celle des appareils les plus performants).

[193] L'ancienne nomenclature distinguait également les différents appareils en fonction de l'âge du patient (moins ou plus de 20 ans) mais pas des autres critères pris en compte dans la nomenclature actuelle. Elle prévoyait enfin des lignes pour la fourniture d'accessoires (lunettes auditives et boîtier avec accessoires) et des lignes pour les prestations associées.

[194] Les audioprothèses sont désormais réparties par la LPPR en deux classes seulement (classe I et classe II) en fonction du nombre d'options qu'elles comprennent, selon :

- Classe I : comporte au moins trois options de la liste A ;
- Classe II : comporte au moins six options de la liste A et au moins une option de la liste B.

[195] Les audioprothèses sont principalement inscrites et commercialisées sous la forme d'une ligne générique rassemblant des produits homogènes présentant des spécifications fonctionnelles et techniques identiques, telles que celles précisées dans le panier de la classe I du 100 % Santé, soit sous « nom de marque », après une procédure d'évaluation par la CNEDIMTS et de tarification par le CEPS. Selon des données fournies par le CEPS, les lignes génériques représentaient 85 % du montant des remboursements en 2020.

#### 4.1.1.3 Des dispositifs médicaux de classe IIa qui ne posent pas de problème particulier de sécurité sanitaire

[196] Les audioprothèses sont soumises à la matériovigilance comme les autres dispositifs médicaux. Ils relèvent de la classe IIa, ce qui signifie que leur niveau de risque en matière de sécurité sanitaire est considéré comme faible. Les tubes utilisés en anesthésie, les tubes de trachéotomie, les aiguilles pour seringue, les pansements hémostatiques, les tensiomètres ou les thermomètres appartiennent à la même catégorie dont les règles de classification relèvent de dispositions européennes.

[197] En pratique, il n'y a pas eu d'incident grave dont l'ANSM ait été informée concernant les aides auditives. Alors qu'on dénombre, selon l'ANSM, 20 000 incidents par an en France en matériovigilance (dispositifs médicaux) et en réactovigilance (dispositifs *in vitro*), dont 700 à 800 incidents critiques, la base de données de l'agence comporte, depuis une vingtaine d'années, et selon des données rapportées par l'ANSM à la mission, en tout et pour tout sept incidents concernant les audioprothèses dont deux « mesures correctives de sécurité » prises par les fabricants.

#### 4.1.2 Un marché de (très) petite taille mais en forte croissance

Tableau 10 : Données de base du marché des aides auditives entre 2013 et 2020

	2013	2015	2018	2020 <sup>118</sup>
Centres d'audioprothèses	4 400	4 590	5 000	6 076
Audioprothésistes	2 890	3 090	3 632	4 127
Centres par audioprothésistes	1,5	1,5	1,4	1,5
Ventes totales d'aides auditives TTC <sup>119</sup>	858 M€	974 M€	1 287 M€	NC
Ventes totales d'aides auditives en volume <sup>120</sup>	559 000	651 000	840 000	830 000
Aides auditives vendues annuellement par audioprothésistes	194	211	231	320
Ventes moyennes par centre	195 k€	212 k€	257 k€	NC

Source : Analyse mission

<sup>118</sup> Les données 2020 ne sont pas comparables à celles des années précédentes, la source ayant évolué (SNITEM et GFK avant 2018), DSS pour 2020

<sup>119</sup> Données GFK, non disponibles à partir de 2019, GFK ayant cessé son panel

<sup>120</sup> Données SNITEM, non comparables à celles présentées dans l'annexe 1 sur le 100 % Santé pour les raisons méthodologiques précédemment évoquées.

#### 4.1.2.1 Un marché de petite taille

[198] En 2018, avant la mise en œuvre du 100 % Santé, le marché français des audioprothèses, estimé à 1,3 milliard € (cf. annexe 1 sur le 100 % Santé), représentait seulement 0,64 % de la consommation de soins et de biens médicaux, 25 fois moins que les dépenses de médicaments, cinq fois moins que les dépenses d'optique médicale et quatre fois moins que les dépenses de transports sanitaires. Par rapport aux biens médicaux hors optique médicale, le marché français des audioprothèses représentait moins de 15 % de leurs dépenses.

[199] Selon des données fournies par le CEPS, en 2020, le secteur de l'aide auditive représentait une assiette de 200 M€ de dépenses pour l'assurance maladie obligatoire, soit environ 2 % des dépenses totales pour la LPPR, 3 % pour les dépenses de la LPPR pour les dispositifs médicaux distribués en ville (titre I, II et IV) et 16 % des dépenses pour le titre II. Ces chiffres, couplés à l'absence de risque de sécurité sanitaire, peuvent expliquer pourquoi la filière auditive était passée, jusqu'au 100 % Santé, sous les radars des pouvoirs publics et de l'assurance maladie, et pourquoi elle ne constitue toujours pas une préoccupation majeure des autorités de santé.

[200] Au plan international, le marché français, avec 840 000 unités vendues en 2018, représentait environ 5 % du marché mondial cette année-là, un marché estimé à 17 millions d'aides auditives neuves vendues, et 12 % du marché européen. La France était ainsi loin derrière les Etats-Unis et le Canada (environ 25 % du marché mondial au total)<sup>121</sup>.

#### 4.1.2.2 Une croissance forte et régulière du marché jusqu'au 100 % Santé

[201] La croissance des ventes d'aides auditives est ancienne. Elles ont été en hausse constante, de l'ordre de 7 % en volume par an, depuis au moins l'année 2000. Entre 2010 et 2020, les ventes d'aides auditives ont quasiment doublé (+ 75 %).

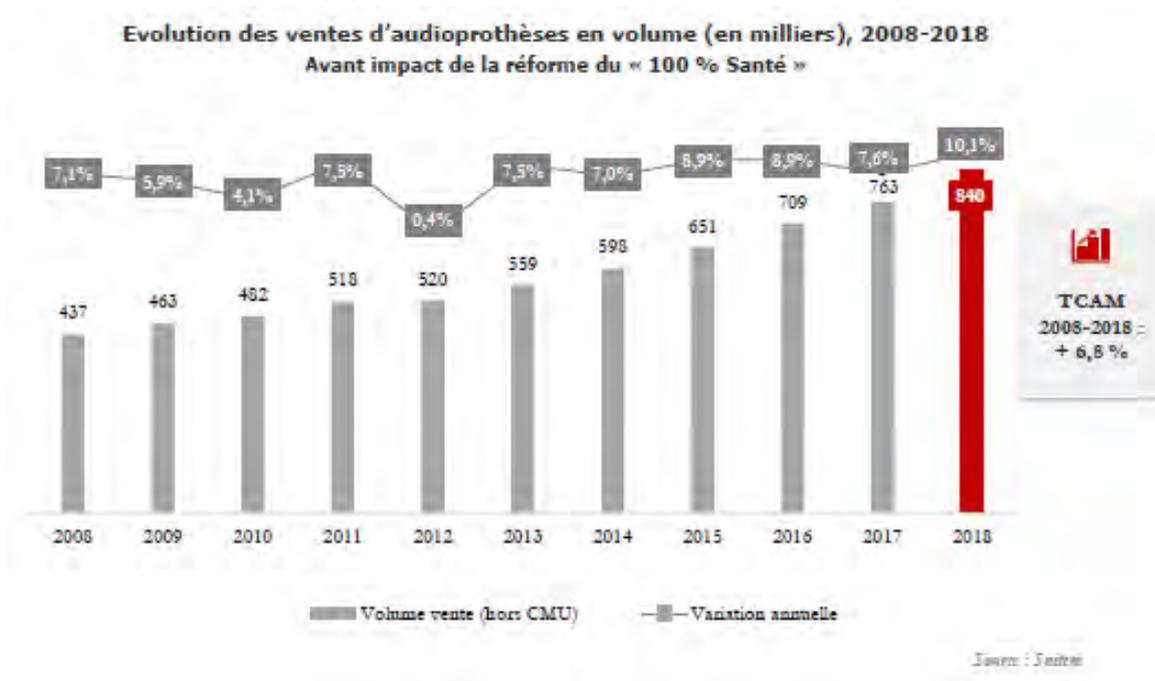
[202] Selon les données du pôle audiologie du SNITEM, qui consolide les données relatives aux volumes de ventes d'aides auditives des fabricants vers les audioprothésistes (données dites de « *sell-in* »), environ 840 000 aides auditives ont été vendues en 2018.

[203] Sur la période 2008-2018, le marché a affiché une très forte dynamique de croissance : les ventes ont quasiment doublé, portées par une augmentation tendancielle du nombre de personnes équipées.

---

<sup>121</sup> Voir Nikolai Bisgaard, Stefan Zimmer, Mark Laureyns & Jennifer Groth (2021): A model for estimating hearing aid coverage world-wide using historical data on hearing aid sales, International Journal of Audiology, DOI: 10.1080/14992027.2021.1962551.

Graphique 1 : Evolution des ventes d'audioprothèses en volume (en milliers), 2008-2018



Source : Etude Les Echos pour la DSS, à partir de données du SNITEM

[204] En 2018, la valeur du marché de la distribution d'audioprothèses (dit « *sell-out* », c'est-à-dire correspondant à la valeur totale des aides auditives vendues par les audioprothésistes aux patients) était, quant à elle, estimée par une autre source – l'institut GFK – à 1,3 milliard d'euros<sup>122</sup>. L'estimation en question portait sur un volume de 833 000 audioprothèses vendues, soit un niveau très proche des 840 000 aides auditives recensées par le SNITEM.

[205] En 2018, soit avant le 100 % Santé, le délai médian de renouvellement était de six ans selon EuroTrak ; en 2015, la CNAM estimait le délai moyen avant le premier renouvellement à cinq ans et cinq mois, avec une réelle hétérogénéité entre un an et demi et neuf ans : plus de 30 % des patients gardaient leurs audioprothèses plus de six ans et demi. Le renouvellement représenterait la moitié du marché des audioprothèses.

### Les prix des audioprothèses

Il est difficile pour des observateurs extérieurs de connaître précisément les prix des audioprothèses aux différentes étapes de la chaîne.

En 2017, avant le 100 % Santé, le livre blanc de la profession estimait que les prix français étaient dans la moyenne européenne pour les aides auditives d'entrée (950€ par oreille en France) et de milieu (1 500 € par oreille en France) de gamme, et dans le bas de la fourchette européenne pour le haut de gamme (1 850 €). Richard Darbera (alors président du BUCODES) et UFC-Que Choisir ont montré qu'il existait une grande diversité des prix selon les distributeurs.

<sup>122</sup> Jusqu'en 2020, l'institut GFK réalisait annuellement un panel des sorties de caisses des audioprothésistes. Il a depuis interrompu cette étude.

Gamme	Entrée de gamme	Moyenne gamme	Haut de gamme
Fourchette de prix	600-1100 euros	1100-1700 euros	1600-2200 euros
Prix moyen de la gamme	1000 euros	1500 euros	1950 euros

D'après J.de Kervasdoué – L. Hartmann 2016

Aujourd'hui, les prix de vente des usines aux fabricants seraient, pour leur part, compris entre 90 et 120 € par audioprothèse pour un appareil de classe I et entre 250 et 400 € pour un appareil de classe II.

Le prix catalogue d'un appareil de classe I (auquel les audioprothésistes achètent hors remises et autres ristournes cet appareil) serait autour de 320 € et celui d'un appareil de classe II autour de 500 à 600 €.

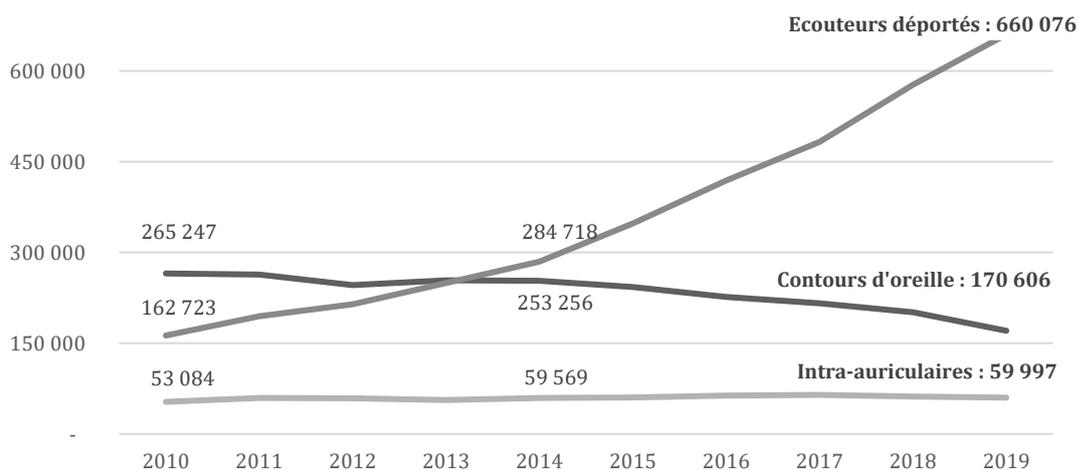
Les prix proposés sur le marché, qui incluent les prestations d'appareillage et de suivi pendant plusieurs années, demeurent très variables selon les distributeurs pour la classe II pour laquelle les prix sont libres.

Le prix moyen d'un appareil de classe II est d'environ 1 500 €. Mais certains distributeurs proposent des premiers prix d'appareils de classe II à des prix très proches de ceux de la classe I ; de même, le haut de gamme est proposé chez certains autour de 1 300 € alors qu'il peut se situer dans d'autres réseaux autour de 2 100€ par oreille (il ne s'agit pas nécessairement des mêmes aides auditives mais l'offre de chaque audioprothésiste / groupe d'audioprothésistes peut être structurée de façon différente).

Source : Mission

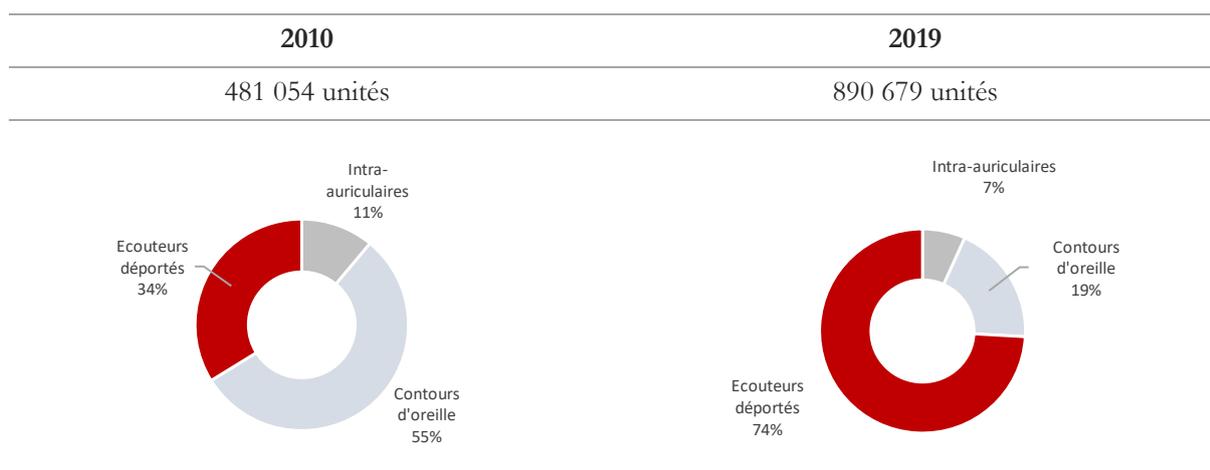
[206] Les types d'audioprothèses commercialisées ont évolué au fil des ans. Ainsi, les écouteurs déportés ont largement pris le dessus sur les deux autres types d'audioprothèses dans les années 2010, comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique 2 : Répartition des ventes d'aides auditives en volume (unités) par type d'appareils (hors CMU), 2010-2019



Source : SNITEM

Graphique 3 : Evolution de la répartition des ventes en volume, 2010-2019



Source : *Les Echos Etudes d'après les données communiquées par le SNITEM*

[207] Selon EuroTrak, moins de la moitié (43 %) des personnes appareillées connaissent la marque de leurs aides auditives.

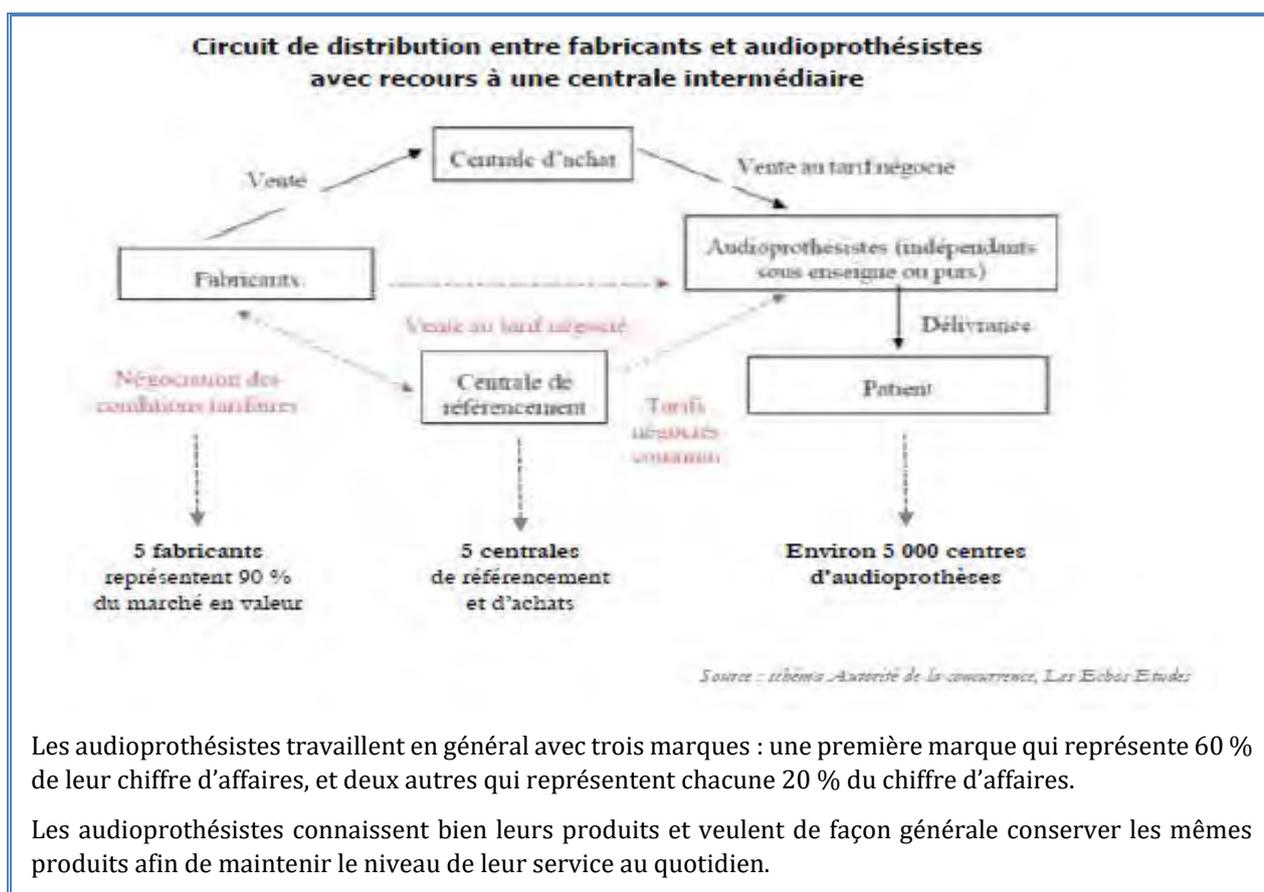
#### Les centrales d'achats, de référencement et/ou de paiement

Ces intermédiaires entre distributeurs (audioprothésistes) et fabricants jouent un rôle beaucoup moins important que dans l'optique.

Dans la plupart des cas, l'audioprothésiste passe commande auprès des fournisseurs aux tarifs négociés par la centrale de référencement qui assure la facturation et le paiement mais ne réalise pas le stockage. Les audioprothésistes négocient en effet encore souvent les prix de gré à gré avec les fournisseurs sans achats groupés par les centrales. De façon générale, les centrales négocient un premier rabais de 15 % du prix environ puis les audioprothésistes ajoutent 15 % supplémentaires à la négociation. 15 % des audioprothésistes achèteraient encore directement auprès des fabricants sans aucun intermédiaire.

Dans d'autres circuits, la centrale d'achats négocie des remises auprès des fournisseurs et commande elle-même les produits pour les distribuer à ses adhérents. Certaines centrales d'achats appartiennent aux enseignes de distribution.

Les services rendus par les centrales d'achats ou de référencement seraient facturés par un prélèvement de 1 % à 3 % du montant des flux financiers transitant par la structure.



Source : Les Echos/Autorité de la Concurrence/Mission

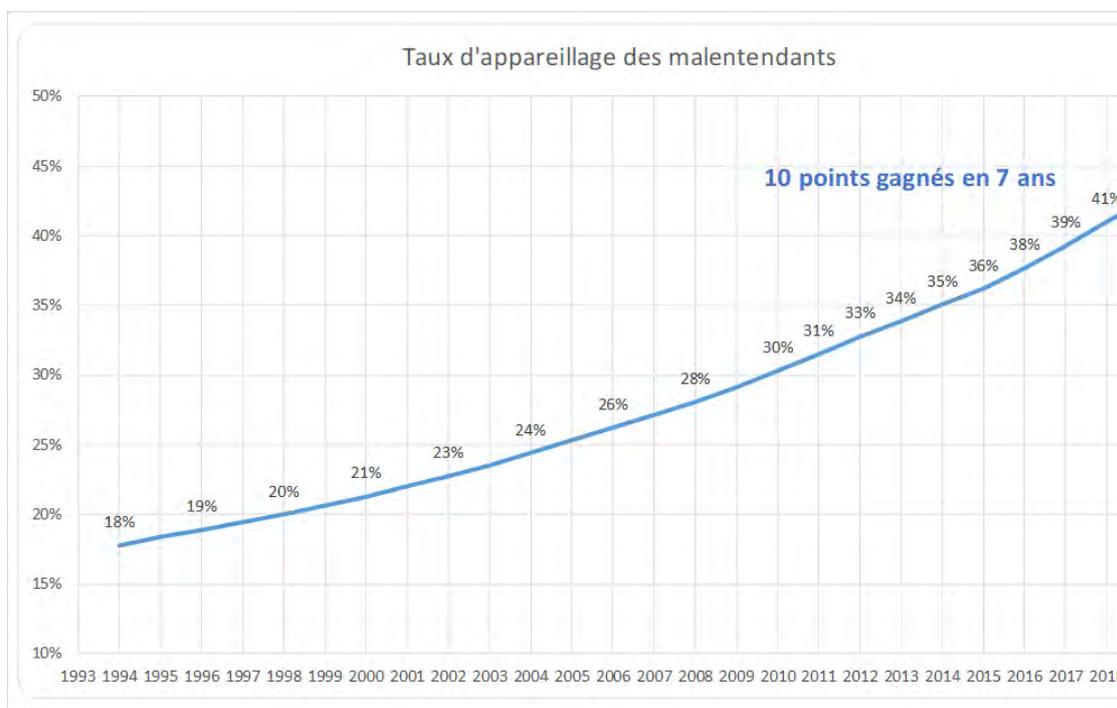
#### 4.1.2.3 Un taux d'appareillage qui croît rapidement et se rapproche des niveaux les plus élevés au plan international

[208] Selon des données du SYNEA et d'EuroTrak, environ 3 millions de personnes étaient équipées d'audioprothèses en 2020 en France, contre 1,2 million en 2000 et 1,9 million en 2010, soit une croissance d'environ 130 000 personnes par an en moyenne au cours de ces années. Selon d'autres données, récemment publiées dans le cadre du rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, annexé au PLFSS 2022, le nombre de porteurs d'appareils auditifs en France aurait fortement augmenté ces dernières années passant de 2 millions en 2016 à 2,6 millions en 2020. Cet écart important d'estimation de la population appareillée en France montre la difficulté pour disposer de données fiables sur le secteur des aides auditives.

[209] Selon les données d'EuroTrak, le taux d'appareillage aurait donc doublé en vingt ans, passant de 21 % en 2000 à 30 % en 2010 puis 41 % en 2018 et 44 % en 2020<sup>123</sup>.

<sup>123</sup> Source : estimation SYNEA.

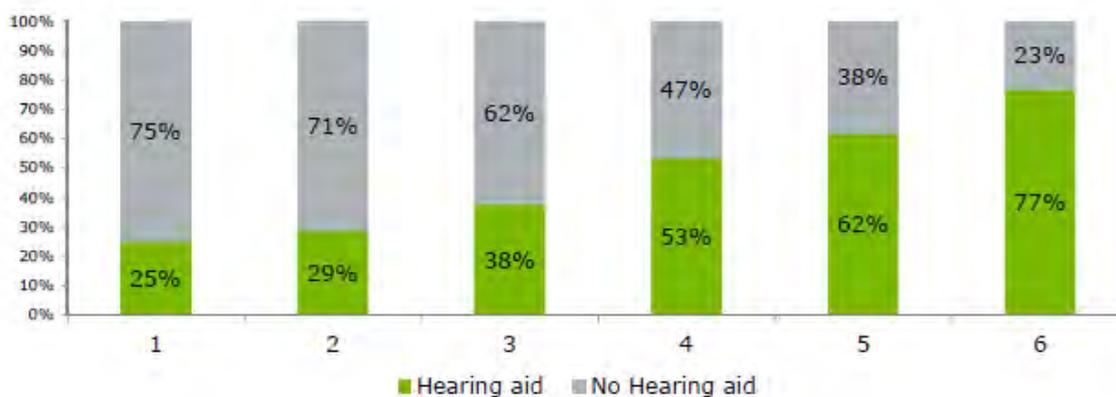
Graphique 4 : Evolution du taux d'appareillage des malentendants



Source : SYNEA

[210] Le taux d'équipage binaural était, pour sa part, estimé en 2018 par EuroTrak à 71 % (et 72 % chez les plus de 18 ans) contre 70 % en 2015. Il va de 25 % à 77 % en fonction de la sévérité des troubles de l'audition. Il a progressé très significativement au cours des dernières années, ce qui est un indice de sur-appareillage préoccupant.

Graphique 5 : Taux d'appareillage en fonction de la sévérité des troubles de l'audition



Hearing loss 6-groups

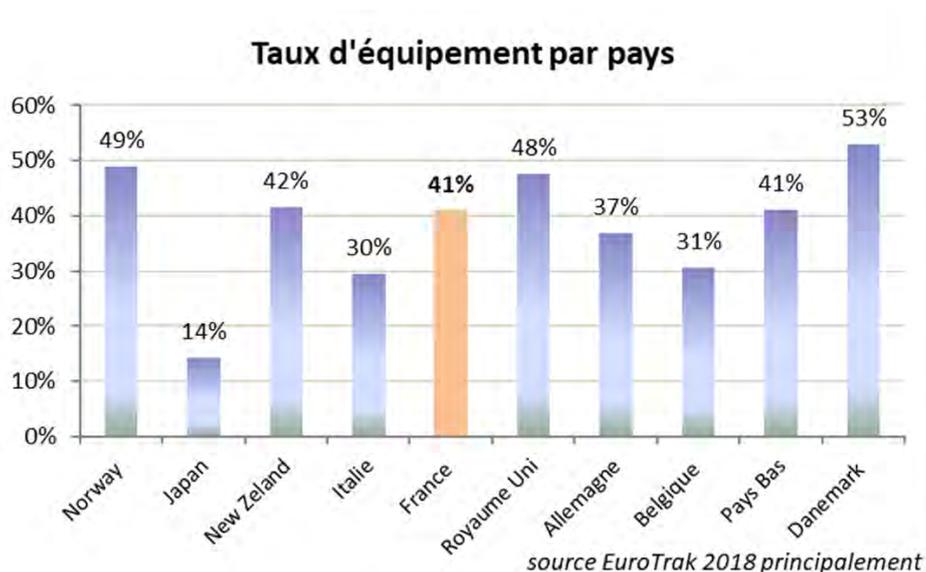
HA-non-owner, n=761  
HA-owner, n=550

Source : EuroTrak, 2018

[211] Son taux moyen d'appareillage positionnait la France, avant même le plein effet du 100 % Santé, à des niveaux élevés d'appareillage au plan international, au niveau des Pays-Bas, proche du

Royaume-Uni et à dix points environ derrière le Danemark, deux pays qui financent à 100 % les aides auditives des patients, mais très clairement devant le Japon, l'Italie, la Belgique et dans une moindre mesure l'Allemagne. Avec 44 % en 2020 puis 50 % environ en 2021, la France se rapprocherait désormais des taux d'appareillage les plus élevés dans le monde.

Graphique 6 : Taux d'appareillage par pays en 2018



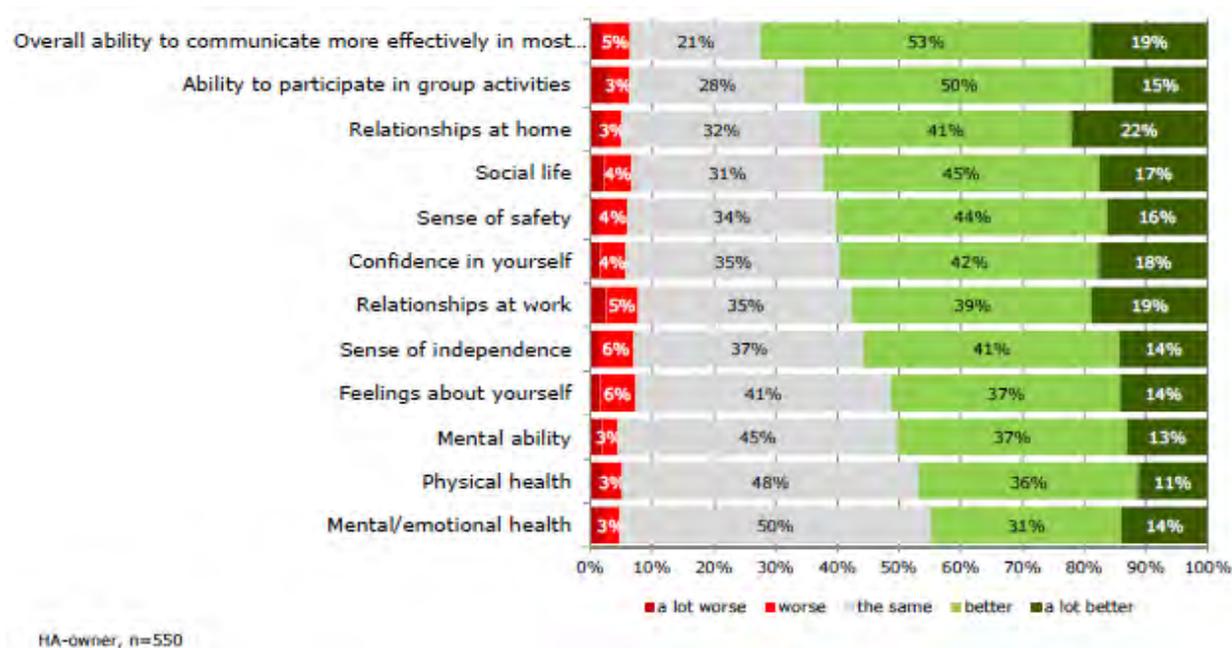
Source : SYNEA

#### 4.1.2.4 Des bénéfices reconnus des audioprothèses et des taux de satisfaction élevés

[212] Les bénéfices de l'appareillage en audioprothèses des personnes atteintes de presbyacousie sont démontrés en France comme dans les autres pays.

[213] Les personnes appareillées indiquent, selon l'enquête EuroTrak, que les bénéfices principaux leur paraissent être la capacité globale à communiquer plus efficacement, la capacité à participer à des activités de groupe, les relations à la maison, la vie sociale et un sentiment de sécurité et de confiance. Les personnes appareillées ont moins de stress, dorment mieux, souffrent moins de dépression.

Graphique 7 : Principaux bénéfices ressentis des personnes appareillées



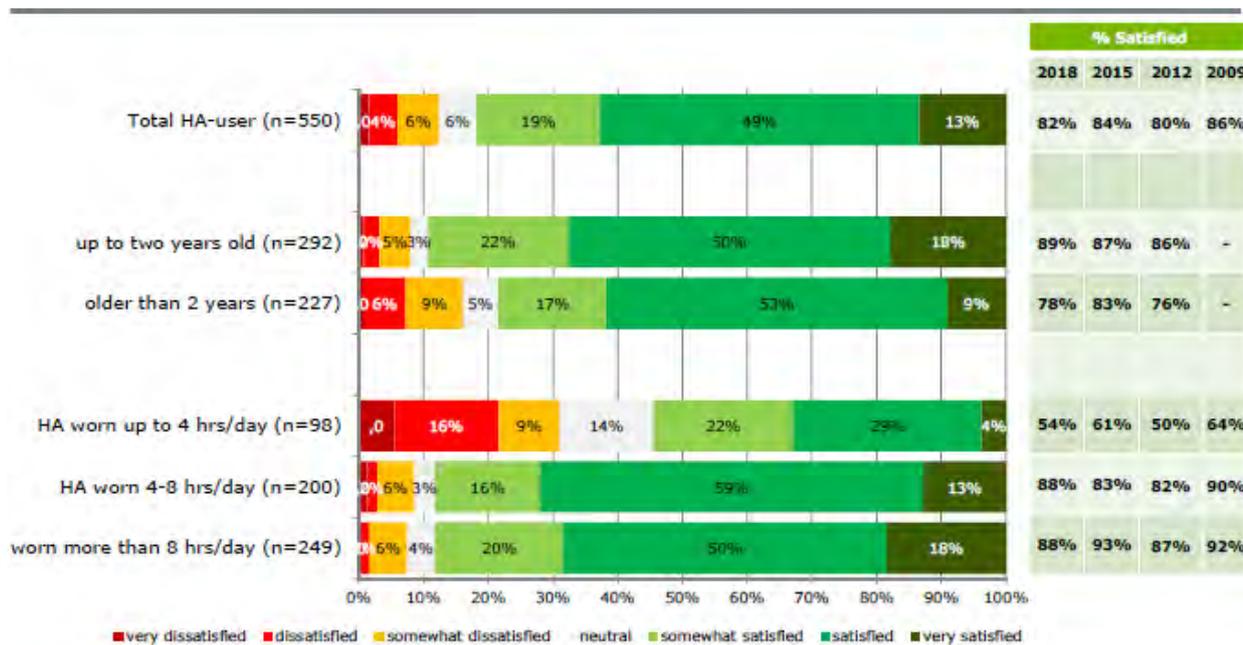
Source : EuroTrak, 2018

[214] Une étude française d'Hélène Amieva a montré en 2018 l'impact positif de l'appareillage sur le déclin cognitif<sup>124</sup>. Selon cette étude, ne pas porter des aides auditives accroît le risque de démence de 21 %, le risque de devenir dépendant de 28 % et le risque, particulièrement pour les hommes, de souffrir de dépression de 43 %.

[215] Les taux de satisfaction des personnes appareillées sont, par ailleurs, élevés. Selon EuroTrak, 82 % des utilisateurs d'aides auditives en France étaient satisfaits en 2018 (en baisse toutefois par rapport à 2009 et 2015). Ce constat est particulièrement vrai pour ceux qui les portent plus de 8 heures par jour.

<sup>124</sup> Hélène Amieva et al. (2018): Death, Depression, Disability, and Dementia Associated with self-reported problems: A 25-Years Study; in The Journals of Gerontology, Series A, January 2018.

Graphique 8 : Taux de satisfaction des personnes appareillées en France

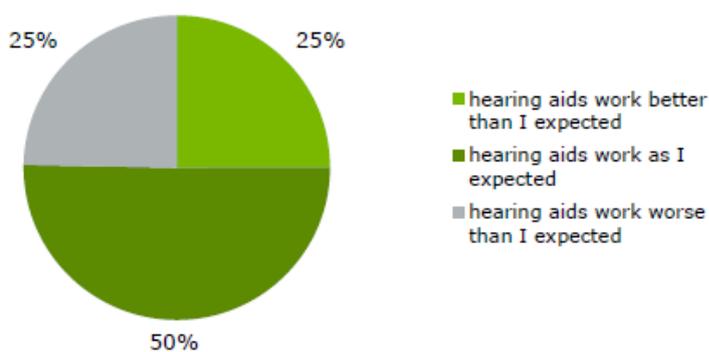


Source : EuroTrak, 2018

[216] Toujours selon EuroTrak, 75 % des personnes appareillées en France considèrent que leurs appareils fonctionnent aussi bien ou mieux qu'ils ne l'anticipaient.

Graphique 9 : Taux de satisfaction des personnes appareillées par rapport à leurs attentes

How have the expectations you had towards hearing aids before trying them on for the first time been met?



Source : EuroTrak, 2018

## 4.2 Des fabricants étrangers en situation oligopolistique

### 4.2.1 Un secteur dominé par cinq fabricants leaders au niveau mondial comme en France

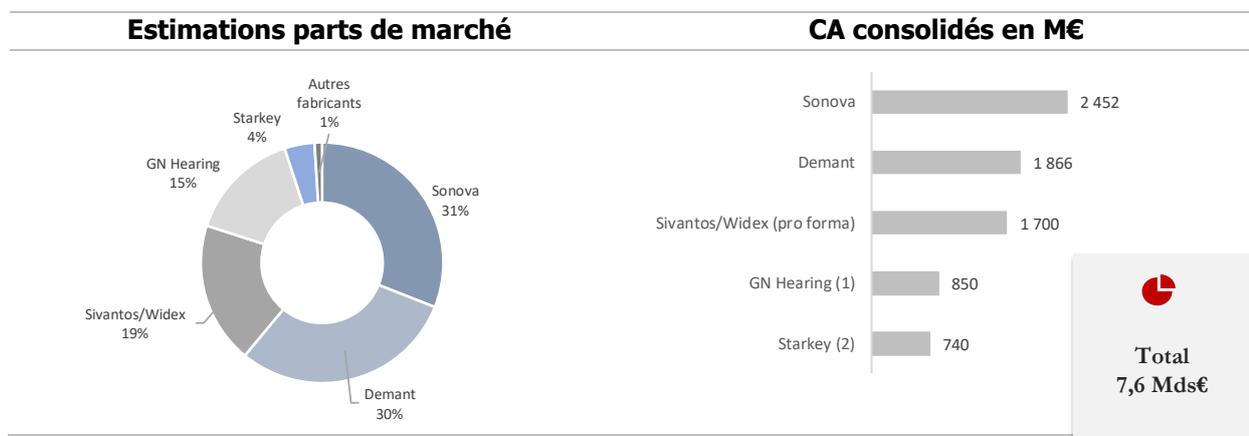
[217] Le secteur des aides auditives en France est dominé par les cinq fabricants leaders au niveau mondial : Demant (marques Oticon et Bernafon), GN Hearing (groupe GN), Sonova (marques Phonak, Unitron, Hansaton), Sivantos/Widex (WS Audiology – marques : Signa – ex-Siemens, AudioService, Biotone, Widex) et Starkey.

[218] Ce sont des entreprises internationales d'origine danoise, allemande, suisse et américaine. La plupart sont cotées en bourse et génèrent des chiffres d'affaires annuels compris entre 700 M€ et 2,5 Mds€ pour un marché mondial estimé à 7,6 Mds\$ en 2018.

[219] Les fabricants d'audioprothèses sont donc des entreprises multinationales de taille petite ou moyenne (à titre de comparaison, la 20<sup>ème</sup> entreprise pharmaceutique mondiale réalisait un chiffre d'affaires mondial de 7 Mds€ en 2019).

[220] Au niveau mondial, les activités de ces acteurs affichent des performances financières satisfaisantes, avec des niveaux de rentabilité nette élevés et des progressions de chiffres d'affaires proches de 10 % par an depuis 2014. Sonova et Demant dominent le marché mondial, suivis par WS Audiology (résultat de la fusion en 2019 entre Sivantos, ex-Siemens, et Widex) et GN Hearing comme le montre le graphique suivant pour l'année 2018.

Graphique 10 : Parts de marché des fabricants d'aides auditives au niveau mondial



(1) Pôle Aides auditives du groupe GN. (2) Estimation (le groupe ne publie pas ses comptes).

### (2) Les fabricants mondiaux d'aides auditives présents en France

Fabricants	Pays d'origine	Filiales en France
Sonova	Suisse	Phonak Audition Santé (réseau de distribution)
Demant	Danemark	Prodition Audika (réseau de distribution) Audilab (réseau de distribution)
GN Hearing	Danemark	GN Hearing
Sivantos (ex-Siemens) + Widex = WS Audiology	Allemagne Danemark	Sivantos Widex
Starkey	Etats-Unis	Starkey

Source : Les Echos

[221] En France, les parts de marché cumulées des cinq premiers fabricants, membres du SNITEM, représentent 90 % des unités vendues dans l'Hexagone. Il n'existe pas de fabricants français d'aides auditives : toutes les dépenses réalisées en la matière détériorent la balance commerciale. La fabrication et l'assemblage s'opèrent également en-dehors de notre pays, les capacités de production étant principalement situées en Suisse, aux Etats-Unis, en Europe de l'Est et en Asie.

[222] Certains fabricants produisent des aides auditives en marques blanches (MDD) pour différentes enseignes.

#### 4.2.2 Un secteur en phase de concentration et d'intégration

[223] La configuration du secteur était naguère très fragmentée, avec plusieurs dizaines de fabricants. Il s'est concentré fortement depuis une dizaine d'années autour de cinq grands groupes.

[224] Au niveau mondial, deux acteurs captent à eux seuls plus de 60 % des parts de marché en valeur, le suisse Sonova et le danois Demant. Cette concentration est encore plus forte en France, depuis la fusion Sivantos/Widex, intervenue en 2019. Cette nouvelle entité, WS Audiology, détient désormais, en volume, une part de marché de 37 %, devant le n° 2 du secteur, Sonova (28 %).

[225] L'intégration aval, ou verticale, est l'une des orientations stratégiques retenues par deux fabricants leaders : Sonova contrôle désormais en France l'enseigne Audition Santé (220 centres), et Demant, intègre Audika et Audilab (780 centres environ). Un autre axe stratégique consiste en une diversification des portefeuilles d'activités.

## 5 Des financements faiblement socialisés, où les assureurs complémentaires occupent une place prééminente

[226] Avant la réforme du 100 % Santé, le marché des aides auditives était un marché relativement peu solvabilisé et déjà dominé par la place des assureurs complémentaires, qui demeure majeure après la réforme.

### 5.1 Des restes à charge extrêmement élevés avant la mise en œuvre du 100 % Santé

[227] Avant la mise en œuvre du 100 % Santé, le montant des restes à charge sur les aides auditives était, sauf exception, très élevé pour les personnes appareillées.

[228] Comme il a été indiqué dans l'annexe 1 sur le 100 % Santé, avant la mise en œuvre du 100 % Santé, les frais assumés par l'assuré, après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires, étaient estimés en moyenne à 850 € par oreille, pour un coût moyen d'équipement de 1 500 € par oreille<sup>125</sup>, soit 1 700 € de reste à charge pour un appareillage des deux oreilles.

[229] Un tel niveau de reste à charge était tout à fait exorbitant dans le système de soins français. Ainsi, le taux global de reste à charge pour l'ensemble des dépenses de santé était de 9,6 % en 1995 et est descendu à 6,5 % en 2020.

---

<sup>125</sup> Coût correspondant à la moyenne de prix constatée sur la totalité de l'offre en audioprothèses ; le prix moyen de l'offre concernée par le 100% Santé était quant à lui de l'ordre de 1 400 €.

[230] Le reste à charge était aussi, au plan individuel, particulièrement élevé notamment pour un déficit sensoriel qui n'est pas aussi manifestement handicapant pour les personnes que la diminution de leur vision. Il était toutefois, par construction, très variable selon les personnes appareillées en fonction de la nature du déficit auditif, des aides auditives choisies sur le conseil de l'audioprothésiste auquel elles s'adressaient et du niveau de leur couverture complémentaire.

[231] La France se distinguait alors d'autres pays européens où le montant des restes à charge étaient bien moins élevés, comme le Royaume-Uni, le Danemark mais aussi l'Allemagne depuis une réforme dans les années 2010. La réforme du 100 % a modifié de façon significative la situation.

[232] Avec le 100 % Santé, le niveau de reste à charge moyen va significativement diminuer, mais on ne dispose pas encore de données suffisantes pour l'estimer précisément.

## 5.2 Un poids secondaire mais croissant de l'assurance maladie obligatoire

[233] Le marché des aides auditives constitue, avec le marché de l'optique, du dentaire et des médicaments à service médical rendu (SMR) faible ou modéré, l'un de ceux où l'assurance maladie obligatoire est un acteur subsidiaire par rapport aux organismes complémentaires.

### 5.2.1 Le rôle subsidiaire de l'assurance maladie obligatoire

[234] L'assurance maladie obligatoire couvre en moyenne près de 80 % des dépenses de santé (78 % en 2020). Tel n'est pas le cas du tout en matière d'audioprothèses.

[235] La prise en charge de l'assurance maladie porte sur l'achat de la prothèse et des accessoires nécessaires à son fonctionnement (piles, embouts auriculaires, écouteurs, microphones, etc.) mais également sur les prestations réalisées par l'audioprothésiste (examens, réglages, adaptation de la prothèse, éducation et suivi prothétique régulier, etc.).

[236] Avant la mise en œuvre du 100 % Santé, les prothèses étaient remboursées par l'assurance maladie sur la base de 199 €, ce qui correspondait *in fine* à un remboursement de 120 € de l'assuré social compte tenu du pourcentage de remboursement prévu par le code de la sécurité sociale (60 %).

[237] Les tarifs de remboursement n'avaient pas été révisés depuis 1986, alors même que les prix pratiqués avaient progressé, à la faveur de l'arrivée de nouvelles technologies, notamment numériques. La seule modification a été la définition de la prise en charge des adultes équipés en stéréo (pour les deux oreilles) qui est intervenue en 2002. Cela a conduit à une baisse du niveau effectif de prise en charge, déjà très faible à l'origine, par l'assurance maladie.

[238] Les dépenses d'assurance maladie ont progressé de 76 % entre 2008 et 2018, passant de 69 M€ à 117,5 M€ alors que le nombre d'audioprothèses présentées au remboursement ont plus que doublé. Le montant moyen remboursé par appareil par l'assurance maladie a donc diminué de 16,4 % pour les appareils de classe D au cours des mêmes années.

[239] Même après la mise en œuvre du 100 % Santé, qui a conduit à revaloriser la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de 120 € environ à 240 € par oreille, la part de l'AMO demeure bien moindre que celle des assurances complémentaires.

[240] De fait, comme les entretiens de la mission avec deux DCGDR de l'assurance maladie l'ont notamment montré, les audioprothèses demeurent, même après le 100 % Santé, un champ d'intervention des CPAM qui présente des enjeux financiers et de santé bien moindres que de

nombreux autres domaines qu'elles gèrent au quotidien, pour un montant total de remboursement de 220 Mds€ en 2020.

## 5.2.2 Le rôle prépondérant des assureurs complémentaires

[241] Les assureurs complémentaires ont joué dès avant le 100 % Santé un rôle prépondérant sur le marché des aides auditives, comme en optique ou en dentaire. Avant le 100 % Santé, leur contribution intervenait au minimum au niveau du ticket modérateur pour les contrats les moins couvrants. La plupart des contrats prévoyaient cependant, et prévoient toujours pour la classe II, un remboursement pour les aides auditives au-delà du ticket modérateur.

**Tableau 11 : Exemples de contrats d'assureurs complémentaires pour la prise en charge des aides auditives au début de l'année 2020**

Assureur	Nom du contrat	Prise en charge complémentaire
MGEN	Efficienc e Santé Evolution	Classes I et II : forfait de 630€/oreille RAC pour la classe I : 260€/oreille (prix moyen pratiqué : 1 100€) RAC pour la classe II : 636€/oreille (prix moyen pratiqué : 1 476€)
Axa	Ma Santé 125 % Né o	Classe I : 125 % BR avant 2021 ; à partir de 2021, frais réels dans la limite du prix limite de vente définis par la réglementation Classe II : 125 % BR avant 2021 ; 710€/oreille à partir de 2021
Groupama	-	Classe I : 100 % du prix limite de vente à partir de 2021 Classe II : 500€ yc part Sécurité sociale/oreille Piles et accessoires : 130 % BR
Adrea Mutuelle (Aesio)	Flexadré a F22	Classe I et II : 40 % BR + 200€ / oreille Piles et accessoires : 40 % BR
Apreva (Aesio)	Medium 343	Classe I et II : 40 % BR + 350€ / oreille Piles, accessoires, entretien et réparations : 40 % BR + 30€
Eovi MCD (Aesio)	Offre Vitalité Profil 4	Classe I et II : 280 % BR / oreille Piles, accessoires, entretien et réparations : 280 % BR
AG2R La Mondiale	Protecvia Formule Indice 60	Classe I : 100 % du prix limite de vente / oreille Classe II : 100 % BR + 200€ / oreille Forfait entretien et réparation remboursés par le RO : 100 % BR + 40€ / an
Mutuelle Mieux-Etre (Pro BTP)	Plénitude 150	Classe I : 100 % BR Classe II : 150 % BR Accessoires et piles remboursées par RO : 100 % BR
MAAF (Covea)	VivaZen Niveau 3	Classe I : frais réels (plafonné au prix limite de vente) Classe II : 100 % BR + 200 €/appareil (+ 70 €/appareil si l'assuré s'adresse à un audio conventionné par Santéclair) Accessoires et piles remboursées par RO : 150 % BR
MMA	Couverture Essentielle niveau 3	Classe I : MMA rembourse 315€ sur une aide facturée 1 100€ (RAC : 575€) ; frais réels (plafonné au prix limite de vente) à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2021 Classe II : 150 % BR (MMA rembourse 315€ sur une aide facturée 1 476€ (RAC : 951€)
Allianz	Niveau 1	Classe I : frais réels (plafonné au prix limite de vente)

Classe II : 400€ (avantage « partenaire Santéclair » sur les prothèses de classe II, à compter du 01/01/2021 : frais réels dans la limite du PLV de la classe I)

Piles remboursées par RO : 200 % BR

Source : *Les Echos*

### Les dépenses d'aides auditives des OCAM dans le périmètre FFA en 2019

En 2019, 393 200 assurés ont fait l'objet d'un règlement par les adhérents de la FFA au titre des appareils et accessoires d'audiologie, un nombre en hausse de 2,7 % en un an. Les prestations versées par les sociétés d'assurance s'élevaient à 155 M€ en 2019 (+15,6 % sur un an). Ces prestations représentent 1,5 % de l'ensemble des prestations versées par les assureurs de la FFA (10,1 Mds€ en 2019). A noter que ce taux est de 2 % pour la FNMF qui assure 70 % des personnes de plus de 65 ans.

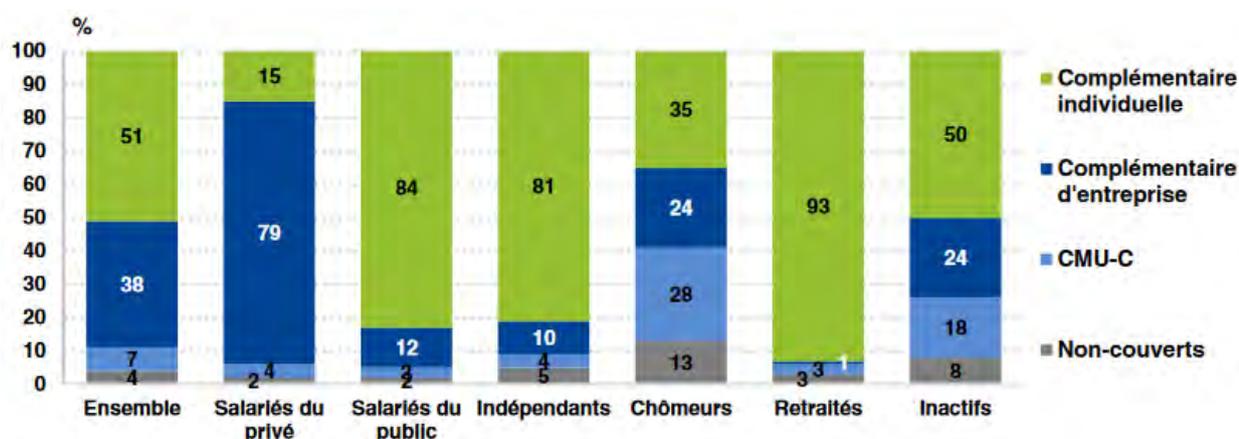
En 2019, les dépenses totales engagées pour l'appareillage auditif par des patients assurés par des adhérents de la FFA s'élevaient à 545 M€ : 19 % pris en charge par les régimes obligatoires, 29 % par les sociétés d'assurance et 52 % restant à la charge des ménages.

La dépense moyenne engagée par bénéficiaire FFA était de 1 387 € en 2019 : 263 € pris en charge par les régimes obligatoires, 395 € par les sociétés d'assurance et 728 € restant à la charge des ménages. En 2019, la prise en charge par les sociétés d'assurance avait augmenté de 44 € en moyenne par rapport à 2018, tandis que le reste à charge des ménages avait diminué de 29 €.

Source : FFA/FNMF

[242] Le niveau de couverture des assureurs complémentaires sur toutes les aides auditives avant le 100 % Santé, et sur celles de la classe II désormais, varie toutefois selon la nature des contrats (individuels très présents chez les personnes âgées et retraitées, ou collectifs très majoritaires chez les salariés en poste), la famille de complémentaires (mutuelles qui offrent surtout des contrats individuels, assureurs privés et institutions de prévoyance qui offrent surtout des contrats collectifs) et les niveaux de garanties prévus dans les différents contrats qui auraient été avant le 100 % Santé globalement peu couvrants pour les aides auditives.

Graphique 11 : Répartition de la population couverte par les assureurs santé complémentaire en 2017



Source : Enquête SRCV 2017, calculs DREES.

Source : DREES

[243] En 2018, selon des estimations d'une étude réalisée par Les Echos, la prise en charge moyenne par les OCAM s'élevait à 400 € par appareil et la dépense totale des OCAM aurait été comprise entre 226 M€ et 351 M€, soit un montant compris entre le double et le triple de celui de l'assurance maladie obligatoire.

### 5.2.3 Un rôle mineur mais mal connu d'autres financeurs

[244] La mission n'a pas investigué le rôle d'autres financeurs des aides auditives avant la réforme du 100 % Santé, comme la PCH ou l'AGEFIPH, qui lui ont été signalés notamment par des associations de patients. Ils doivent encore jouer parfois un rôle pour la prise en charge d'aides auditives de classe II pour certains patients.

## 5.3 Des réseaux de soins qui font l'objet de positions très divergentes

[245] Les réseaux de soins sont présents dans le domaine de l'audition depuis plus d'une dizaine d'années mais moins que dans le domaine visuel et dans le domaine dentaire. Ainsi, cinq réseaux principaux sont actifs dans le domaine de l'audition (Carte Blanche Partenaires, Itelis, Kalixia, Santéclair et Sévéane) et couvrent 50 millions d'assurés. 3 500 audioprothésistes, soit l'immense majorité de la profession, en sont membres : 2/3 sont des membres d'enseignes et 1/3 des indépendants. Beaucoup d'audioprothésistes sont multi-adhérents.

[246] Ils référencent les fabricants et, chez les fabricants, des audioprothèses (certains réseaux référencent peu de fabricants et peu d'audioprothèses ; d'autres de nombreux de fabricants et de nombreux audioprothésistes). Sur cette base, les réseaux de soins fixent notamment un tarif plafond et des règles de suivi et de tiers payant, dans le cadre d'un cahier des charges auxquels les audioprothésistes peuvent décider d'adhérer, après un appel d'offres. Certains réseaux sont ouverts et d'autres fermés.

[247] Selon les représentants des assureurs santé rencontrés par la mission (FFA et FNMF) et l'association des plateformes santé (APFS), les réseaux de soins ont joué un rôle important dans l'accès aux soins. Avant la mise en place du 100 % Santé, ils auraient été un outil de régulation des prix, en permettant une baisse du prix médian estimée à 20 % par la FFA et l'APFS et donc une réduction des restes à charge. Dans certains cas, ils permettraient aujourd'hui un accès à des équipements de classe II sans reste à charge.

[248] Selon les assureurs santé et l'APFS, ils constituent également un outil de pilotage du secteur en raison du professionnalisme et de la qualité des audioprothésistes qui entrent dans les réseaux (engagements divers...). Ils seraient en outre un outil de contrôle et de lutte contre la fraude.

[249] Les réseaux de soins fournissent aussi des services aux audioprothésistes et aux clients après l'achat, en particulier en termes de suivi. Ils revendiquent d'être un outil d'incitation à la pertinence des soins en fournissant du conseil personnalisé (identification d'audioprothésistes et d'ORL, analyse de devis, accompagnement, services) auprès des assurés.

[250] A l'inverse, les critiques des représentants des audioprothésistes (en particulier du SDA, mais pas seulement) à l'égard des réseaux de soins, et en particulier de Santéclair, sont nombreuses et vigoureuses. Les réseaux seraient, selon eux, une cause majeure du « passage d'une concurrence par la qualité à une concurrence par les prix » dans la filière ; ils auraient pour certains des pratiques anticoncurrentielles et seraient un facteur d'accroissement des inégalités et de déstabilisation des conditions de prise en charge des patients.

[251] L'entrée en vigueur du 100 % Santé a apporté du volume aux réseaux de soins et a limité leur rôle en matière de prix pour la classe I même si certains réseaux ont réussi à imposer un prix d'achat de leurs services aux audioprothésistes inférieur à 950€. Elle n'a rien changé pour la classe II.

#### 5.4 Des évolutions possibles du financement des aides auditives par les assureurs de base et complémentaires qui dépendent de scénarios plus globaux

[252] Des évolutions de la répartition des rôles en matière auditive entre l'assurance maladie et les OCAM et des règles applicables aux remboursements sont probables dans les années à venir. Ce point est traité dans l'annexe 1 relative au bilan du 100 % Santé.



## ANNEXE 4 : Promotion, règles professionnelles et contrôle

### 1 Un encadrement de la publicité qui pourrait être ajusté

[1] L'information et la publicité en matière de santé ont donné lieu, depuis plusieurs années déjà, à de nombreux débats et à des évolutions législatives. Comme le souligne le Conseil d'Etat dans son étude de mai 2018<sup>126</sup>, la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) qui a jugé toute interdiction générale et absolue de la publicité par un Etat membre contraire au principe de la libre prestation de service, le développement rapide du numérique en santé et les besoins d'information actuels du public ont mis en lumière un décalage de la réglementation française qui était, jusqu'à tout récemment, globalement plus restrictive qu'ailleurs en Europe.

[2] Des évolutions éventuelles de l'encadrement de l'information et de la publicité des audioprothésistes, qui sont très libres aujourd'hui, ainsi que de la publicité sur les audioprothèses sont envisageables mais non consensuelles et contraintes de différentes façons.

#### 1.1 Un encadrement de l'information et de la publicité des professionnels de santé qui s'est globalement assoupli et est déjà très libéral s'agissant des audioprothésistes

##### 1.1.1 Des règles d'information et de publicité des professionnels de santé en direction du grand public qui ont été assouplies au cours des dernières années

##### 1.1.1.1 Un principe général et ancien de prohibition de la publicité et d'encadrement strict de l'information des professionnels de santé

[3] Le droit français reposait jusqu'à une date récente sur un principe général de prohibition de la publicité et d'encadrement strict de l'information pour les professions de santé qui ne sont pas aussi des commerçants, c'est-à-dire la plupart d'entre eux.

[4] Le code de déontologie des médecins a interdit ainsi la publicité au nom d'une certaine idée de la dignité de la médecine et des professions de santé prises dans leur ensemble<sup>127</sup> puis au nom de l'impératif de maîtrise des dépenses de santé. Il s'est agi aussi de protéger le « patient/consommateur » de l'asymétrie d'information dont il pourrait être victime du fait de l'expertise du professionnel.

[5] L'interdiction générale de la publicité, découlant du caractère non mercantile et désintéressé de l'exercice de la profession médicale, s'est appliquée également aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes, aux infirmiers, aux masseurs-kinésithérapeutes et aux pédicures-podologues. Le Conseil d'Etat a précisé au fil des ans la définition de la publicité dans les professions de santé ainsi

<sup>126</sup> Conseil d'Etat, Etude sur les règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité, Juin 2018.

<sup>127</sup> Cf. la rédaction de l'article 18 du premier code de déontologie des médecins soulignée par le Conseil d'Etat dans son rapport : « il ne faut pas qu'un médecin puisse être accusé de cupidité ».

que les contours de la « bonne information » (caractère objectif de l'information, finalité scientifique, préventive ou pédagogique). Le Conseil constitutionnel a admis que les exigences de la santé publique puissent justifier l'interdiction de la publicité et l'Autorité de la concurrence n'a pas remis en cause son bien-fondé tout en plaidant en faveur d'une meilleure information du public.

#### 1.1.1.2 Une évolution récente de la jurisprudence de la CJUE et du droit français dans le sens d'un assouplissement

[6] La position de la CJUE s'est infléchi récemment et a fait évoluer, avec d'autres facteurs, le cadre du droit national sur la publicité des professions de santé, auparavant très restrictif. Après avoir admis la compatibilité avec le droit de l'Union européenne d'un encadrement étendu de la publicité dans le domaine de l'offre de soins, l'arrêt Vanderborght du 4 mai 2017<sup>128</sup> a ainsi jugé que le droit de l'Union s'opposait à une législation nationale interdisant de manière générale et absolue toute publicité relative à des prestations de soins, buccaux et dentaires en l'espèce. Si la CJUE n'a tranché que sur l'atteinte au principe de la libre prestation de service, elle a aussi rappelé que l'interdiction générale et absolue de toute publicité pour les dentistes se rapportait également à la liberté d'établissement.

[7] Le Conseil d'Etat a souligné également que l'encadrement strict des informations que les praticiens peuvent rendre publiques ne paraissait plus répondre aux attentes légitimes du public, le temps du paternalisme médical notamment étant révolu, à l'essor rapide de l'économie numérique qui permet notamment l'accès à des blogs de patients ou aux sites des Etats étrangers où la publicité et l'information sont libéralisés, et à la concurrence de ceux qui sont autorisés à faire de la publicité<sup>129</sup>.

[8] L'arrêt Vanderborght de 2017, suivi par une mise en demeure de la France par la Commission européenne, a conduit à modifier les dispositions correspondantes des codes de déontologie des six professions de santé concernées. Les nouvelles dispositions maintiennent l'interdiction de pratiquer une profession de santé comme un commerce, suppriment les dispositions interdisant la publicité et d'une manière générale le mot « publicité » et ses dérivés, affirment le principe de libre communication des informations et prohibent le référencement numérique payant<sup>130</sup>.

---

<sup>128</sup> Arrêt de la Cour de justice, Luc Vanderborght, du 4 mai 2017 (aff. C-339/15), confirmé par une ordonnance du 23 octobre 2018, rendue à l'occasion d'une question préjudicielle sur la compatibilité d'une disposition de l'article R. 4127-215 du code de la santé publique français interdisant aux dentistes « tous procédés directs ou indirects de publicité » avec l'article 8 § 1 de la directive sur le commerce électronique.

<sup>129</sup> Pour sa part, l'Autorité de la concurrence, dans deux décisions « Groupon » du 15 janvier 2019, constatant que les dispositions du Code de la santé publique applicables aux chirurgiens-dentistes et aux médecins n'étaient pas compatibles avec le droit européen « *en tant qu'elles] prévoi[ent] une interdiction générale et absolue de toute publicité* », s'est prononcée en faveur d'une « *refonte de la réglementation française* » dans le sens d'un encadrement de la communication et de la publicité des professionnels de santé, « *en conformité avec les autres principes et règles déontologiques qui s'appliquent à eux* ».

<sup>130</sup> Toutefois, comme l'a souligné récemment Lionel Collet, la CJUE, dans un arrêt du 1er octobre 2020, a considéré l'interdiction de référencement payant, non pour les professionnels de santé visés par les six codes de déontologie modifiés mais pour la vente en ligne par des pharmaciens de médicaments non soumis à prescription médicale, comme une « *restriction à la libre prestation des services de la société de l'information* ». Cette jurisprudence peut conduire à des recours futurs contre l'interdiction du référencement payant des professions de santé pratiquant la téléconsultation.

### 1.1.2 Un encadrement plus libéral pour les pharmaciens et davantage encore pour les opticiens-lunetiers et les audioprothésistes

[9] Les pharmaciens bénéficient d'un traitement différent : la publicité ne leur est pas interdite car ce sont également des commerçants, inscrits au registre du commerce, mais elle est encadrée. L'article L5125-31 du code de la santé publique dispose ainsi que « *la publicité en faveur des officines de pharmacie ne peut être faite que dans les conditions prévues par voie réglementaire* ».

[10] Dans un arrêt en date du 12 juin 1998, le Conseil d'Etat a consacré un principe fondamental en la matière : la publicité des officines n'est ni totalement interdite ni totalement libre mais encadrée, afin empêcher les dérives potentiellement préjudiciables pour la santé publique. Et c'est, selon les conclusions du commissaire du gouvernement du Conseil d'Etat de l'époque, « *l'objectif d'une répartition géographique équilibrée des officines [qui] paraît justifier l'interdiction pure et simple de toute publicité en faveur des groupements ou réseaux d'officines, ceci afin de protéger les petites officines d'une concurrence excessive de la part de grandes officines appartenant à un réseau* ». Le Conseil constitutionnel a repris, en janvier 2014 notamment, ce même raisonnement.

[11] Une fois ce principe posé, le législateur a renvoyé au pouvoir réglementaire le soin de fixer « *les conditions dans lesquelles peut être faite la publicité en faveur des officines de pharmacie* ». Ainsi, dans le cas des pharmaciens, sont prohibés notamment toute atteinte au libre choix par la clientèle, tout acte de concurrence déloyale et tout démarchage agressif ou toute publicité en faveur d'un groupement ou d'un réseau d'officines. Il est également interdit de faire de la prospection, de porter atteinte au libre choix du consommateur, de le solliciter et de le fidéliser. Depuis récemment, les pharmaciens peuvent payer un référencement sur Google pour apparaître dans les premiers résultats du moteur de recherche.

[12] En revanche, à l'intérieur de la pharmacie, la promotion des ventes est tolérée et avec elle : l'ajout de produits supplémentaires, la réduction des prix, la création de lots, les bons de réduction, les bons d'achat et les essais gratuits.

[13] Un régime plus libéral encore s'applique aux opticiens-lunetiers et aux audioprothésistes, qui ne disposent pas d'un code de déontologie et sont, pour leur part, des auxiliaires médicaux et des commerçants inscrits au registre du commerce mais ne sont pas concernés, à la différence des pharmaciens, par des règles d'installation sur le territoire.

[14] Le droit applicable aux audioprothésistes a été précisé notamment dans le cadre de la mise en œuvre du 100 % Santé. C'est le cas en matière d'information des assurés par l'audioprothésiste. Le projet de convention avec l'UNCAM et l'UNOCAM apporte également quelques formes d'encadrement.

#### **Article 15 du projet de convention nationale des audioprothésistes**

##### **Paragraphe 1 : Principes généraux de la communication**

Les parties conviennent que la publicité peut permettre d'éclairer le choix des assurés et l'adaptation des aides auditives à leurs besoins.

Toute forme de communication de l'entreprise en audioprothèse respecte les principes garantissant le secret professionnel. Elle ne saurait être trompeuse et enfreindre les conditions réglementées d'exercice de la profession et le cadre normatif des produits concernés. Elle demeure loyale et objective dans sa présentation comme dans son contenu.

L'entreprise en audioprothèse s'abstient de toute incitation à une consommation excessive de dispositifs médicaux, tant directement qu'indirectement, notamment en assortissant la prise en charge des malentendants de conditions susceptibles de conduire à une consommation abusive de dispositifs médicaux.

Dans ses relations avec le corps médical, l'audioprothésiste s'interdit toute sollicitation directe ou indirecte de prescriptions médicales. Ainsi, est notamment exclu tout procédé consistant à apporter aux prescripteurs potentiels des contreparties et avantages de quelque nature que ce soit (financement, prêt de matériels, mise à disposition gratuite de personnel, ...), des supports de prescription « pré-remplis », ainsi que toute autre forme d'encouragement destiné à favoriser et/ou à faciliter l'établissement de prescriptions vers une entreprise en audioprothèse en particulier.

### **Paragraphe 2 : communication des entreprises en audioprothèse**

La communication concernant les entreprises en audioprothèse et leurs services en tant que distributeurs des aides auditives et de leurs accessoires a pour destinataires les assurés et le grand-public et bénéficie directement aux entreprises en audioprothèse en mentionnant leur nom ou celui de leur enseigne, dans le strict respect du Code de la Santé Publique.

La communication s'entend par la diffusion directe ou indirecte, y compris sur un site internet (hébergé en France ou à l'étranger), des informations suivantes à destination des assurés, du corps médical et du grand public.

#### **1° Mentions légales ou obligatoires d'ordre général**

- l'identification de l'entreprise : raison sociale, adresse professionnelle, numéros de téléphone, de télécopie, adresse électronique professionnelle ;
- l'identification de l'audioprothésiste : nom, prénoms, numéro d'inscription ADELI ou tout autre élément d'identification, - les informations tarifaires prévues aux articles L.1111-3 et R.1111-21 du Code de la Santé Publique.

#### **2° Informations pratiques**

- les conditions matérielles d'accès à l'établissement, notamment pour les assurés handicapés,
- les types d'équipements disponibles au sein de l'établissement,
- la géolocalisation des établissements,
- les contacts possibles en cas d'urgence ou d'absence de l'audioprothésiste.

#### **3° Compétences et parcours professionnel**

Quand l'entreprise en audioprothèse fait état d'aptitudes professionnelles ou de capacités techniques de l'audioprothésiste exerçant en son sein, elle doit être en mesure de les justifier. Elle peut :

- publier le curriculum vitae incluant le parcours professionnel,
- informer sur les titres et diplômes, ainsi que sur le titre ou diplôme dans sa langue d'origine ayant permis d'obtenir une autorisation d'exercice en France,
- indiquer le recours à une formation permanente validée dans le cadre du développement professionnel continu (DPC),
- informer sur les titres, décorations et signes honorifiques reçus,
- mentionner les langues parlées ou comprises, en particulier la langue des signes.

Source : CNAM

[15] Pour tous ces professionnels, les règles du code de la consommation qui encadrent la publicité et les pratiques commerciales (une notion plus large) ainsi que le régime des sanctions visant les

contrevenants s'appliquent<sup>131</sup>. Ainsi, les pratiques commerciales sont interdites quand elles sont « déloyales » ; et une pratique commerciale est « déloyale » lorsqu'elle est « *contraire aux exigences de la diligence professionnelle et qu'elle altère ou est susceptible d'altérer de manière substantielle le comportement économique du consommateur normalement informé et raisonnablement attentif et avisé, à l'égard d'un bien ou d'un service* ». Parmi les pratiques commerciales déloyales, on compte notamment les pratiques commerciales trompeuses et les pratiques commerciales agressives. Les services compétents (DGCCRF) et les tribunaux peuvent être saisis en tant que de besoin pour faire respecter cette législation.

## 1.2 Un faible encadrement de la publicité sur les aides auditives en tant que dispositifs médicaux de classe IIa

[16] Le droit applicable à la publicité sur les dispositifs médicaux est allé dans le sens d'un alignement sur la législation pharmaceutique et d'un durcissement au fil des ans. Dans le contexte notamment du scandale des prothèses mammaires PIP, la réglementation a été modifiée par une loi du 29 décembre 2011 et par un décret d'application du 9 mai 2012, modifié à la marge en janvier 2017, et dont les dispositions sont très précises (cf. encadré infra).

[17] Le code de la santé publique prévoit notamment que pour les dispositifs médicaux remboursables, la publicité auprès du grand public est en principe interdite sauf si ces dispositifs médicaux sont inscrits sur une liste de dispositifs médicaux présentant un faible risque pour la santé humaine, qui sont ceux des classes I et IIa à laquelle appartiennent les aides auditives comme les verres correcteurs. Ces publicités font alors l'objet d'un contrôle *a posteriori* et ne nécessitent pas de dépôt à l'ANSM<sup>132</sup>.

[18] Le contrôle spécifique de la publicité des produits de santé est exercé par l'ANSM en application des dispositions du code de la santé publique. L'Agence s'assure que les messages promotionnels délivrés aux prescripteurs et au grand public ne sont pas trompeurs et ne présentent pas de danger pour la santé publique. Il s'agit aussi de veiller à ce que les messages présentent les produits de manière objective, dans le respect des référentiels en vigueur (avis de la commission de la transparence de la HAS<sup>133</sup>, recommandations de bonnes pratiques) et en prenant en compte l'état de la connaissance scientifique et médicale sur le produit et ses effets.

[19] En cas de méconnaissance des dispositions précitées, l'ANSM peut, selon le cas :

- refuser la diffusion de la publicité (contrôle *a priori*) ;
- exiger qu'elle soit modifiée, voire l'interdire (contrôle *a posteriori*).

<sup>131</sup> Cf. notamment l'article L121-1 du code de la consommation.

<sup>132</sup> Pour les DM non remboursables inscrits sur la liste des DM présentant un risque important pour la santé humaine fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, la publicité auprès du grand public est soumise à autorisation préalable de l'ANSM (contrôle *a priori*). Les publicités pour les autres DM non remboursables (et non-inscrits sur la liste des dispositifs présentant un risque important pour la santé humaine) font l'objet d'un contrôle *a posteriori* et ne nécessitent pas de dépôt à l'ANSM.

<sup>133</sup> La commission de la transparence est une instance scientifique composée de médecins, pharmaciens, spécialistes en méthodologie et épidémiologie. Elle évalue les médicaments ayant obtenu leur autorisation de mise sur le marché (AMM), lorsque le laboratoire qui les commercialise souhaite obtenir leur inscription sur la liste des médicaments remboursables (articles L.162-17 du code de la sécurité sociale et L.5123-2 du code de la santé publique).

### Les dispositions de l'article R5213-1

Elles procèdent d'un décret du 9 mai 2012 modifié à la marge par un décret du 9 janvier 2017.

- La publicité auprès du public pour un dispositif médical :

1° Est conçue de telle sorte que le caractère publicitaire du message soit évident et que le produit soit clairement identifié comme dispositif médical ;

2° Précise la date à laquelle elle a été établie ou la date de la dernière modification et comporte au moins les informations suivantes :

- La dénomination ou la référence commerciale du dispositif médical ;
- La destination attribuée au dispositif médical par son fabricant et pour laquelle la publicité est diffusée ;
- Le nom du fabricant du dispositif médical ou de son mandataire ;
- Les informations indispensables pour un bon usage du dispositif médical ;
- Une invitation expresse à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne le dispositif médical ou sur l'étiquetage remis à l'utilisateur final ;
- Selon le degré de risque du dispositif médical pour la santé humaine, un message de prudence et un renvoi au conseil d'un médecin, d'un pharmacien ou de tout autre professionnel compétent au regard de la nature du dispositif médical ;
- La mention : « Ce dispositif médical est un produit de santé réglementé qui porte, au titre de cette réglementation, le marquage CE » ;
- Le cas échéant, le numéro interne de référencement ;

3° Ne comporte pas de mention selon laquelle le dispositif médical est pris en charge, en tout ou partie, par les régimes obligatoires d'assurance maladie ou par un régime complémentaire, ce qui est d'ailleurs un peu paradoxal s'agissant de produits pris en charge par le 100 % Santé.

4° Ne comporte aucun élément qui :

- Ferait apparaître la consultation médicale ou l'intervention chirurgicale comme superflue, en particulier en offrant un diagnostic par correspondance ;
- Suggérerait que l'effet du dispositif médical est assuré, qu'il est sans effet indésirable, ou qu'il est supérieur ou égal à celui d'un autre traitement ou dispositif médical ;
- Suggérerait qu'un état de santé normal peut être amélioré par l'utilisation du dispositif médical ;
- Suggérerait qu'un état de santé normal peut être affecté en cas de non-utilisation du dispositif médical ;
- S'adresserait exclusivement ou principalement aux enfants ;
- Se référerait à une recommandation émanant de scientifiques ou de professionnels de santé ;
- Se référerait à une recommandation de personnes qui, bien que n'étant ni des scientifiques ni des professionnels de santé, peuvent, par leur notoriété, inciter à l'utilisation de dispositifs médicaux, sauf si la publicité concerne un dispositif médical de classe I ou II a ;
- Assimilerait le dispositif médical à une denrée alimentaire, à un produit cosmétique ou à un autre produit de consommation ;
- Suggérerait que la sécurité ou l'efficacité du dispositif médical est due au fait qu'il s'agit d'une substance naturelle ;
- Pourrait conduire, par une description détaillée de symptômes, à un faux autodiagnostic ;
- Utiliserait de manière abusive, effrayante ou trompeuse des représentations visuelles d'altérations du corps humain dues à des maladies, des blessures ou des handicaps ;
- Présenterait de manière excessive ou trompeuse l'action du dispositif médical sur le corps humain ;

- Se référerait à des attestations de guérison ;
- Insisterait sur le fait que le dispositif médical a fait l'objet d'une certification ;
- Comporterait des offres de primes, objets ou produits quelconques ou d'avantages matériels directs ou indirects de quelque nature que ce soit, sauf si la publicité concerne un dispositif médical de classe I ou II a (ce que sont précisément les aides auditives).

### 1.3 Un renforcement envisageable, mais dans certaines limites, de l'encadrement de la publicité et de l'information par les audioprothésistes

[20] Les campagnes promotionnelles en faveur des audioprothésistes et des aides auditives ne sont pas un phénomène nouveau. Toutefois, l'on assiste depuis le 100 % Santé à une floraison de telles campagnes par les distributeurs et par quelques fabricants. Ces publicités peuvent paraître parfois excessives et ne pas servir suffisamment les objectifs de santé publique<sup>134</sup>.

[21] Certaines pratiques actuelles peuvent également constituer, le cas échéant, des entorses à la législation commerciale. Les pratiques commerciales déloyales et trompeuses, si elles sont avérées, doivent effectivement être poursuivies et sanctionnées. Il revient à cet égard aux professionnels eux-mêmes de saisir les services de l'Etat (DGCCRF) et les tribunaux quand ils estiment que leurs concurrents recourent à de telles pratiques – lesquelles requièrent également la vigilance des services de l'Etat. Il serait opportun par ailleurs que la DGCCRF et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) allouent, au moins au cours de la période de montée en charge du 100 % Santé et du financement socialisé des aides auditives, plus de moyens, chacune dans son domaine de compétence, au contrôle des audioprothésistes et de leurs pratiques commerciales et de publicité.

[22] La pertinence d'une interdiction générale de la publicité des audioprothésistes et sur les aides auditives est loin d'être évidente :

- les campagnes de promotion commerciale présentent des avantages en matière économique comme en matière de santé publique. Au plan économique, comme le soulignent la DGCCRF et les services de l'Autorité de la concurrence, la publicité est un élément clé de concurrence, particulièrement dans un secteur où le couplage appareil/prestations interdit toute concurrence pendant la durée de vie de l'aide auditive. Par ailleurs, ces campagnes ont certainement permis, mieux que des campagnes officielles, qui au demeurant n'ont pas été conduites, de faire prendre conscience à la population, notamment celle des seniors, des problèmes de presbycusie et de « déstigmatiser » la surdité. Elles ont pu contribuer, par ailleurs, à lever certains freins psychologiques à l'appareillage en banalisant, d'une certaine façon, le port d'aides auditives – les campagnes de promotion ont accompagné le succès au plan quantitatif du 100 % Santé et il pourrait à ce titre apparaître contradictoire de revenir en arrière ;

---

<sup>134</sup> En termes de santé publique, le succès de l'appareillage auditif ne repose pas que sur l'appareil mais aussi, et surtout, sur son adaptation à la surdité du patient et au suivi, à l'adaptation des réglages, qui sont des conditions de l'observance. Les publicités centrées sur le produit pourraient ainsi, selon certains interlocuteurs de la mission, laisser croire que le seul appareil suffit à atteindre une amélioration durable de l'audition et pourraient, dans le pire des cas, contribuer à la diminution de l'observance.

- une seule organisation de la profession (le SDA) y est, pour l'instant, favorable alors que tous les autres, ainsi que les fabricants, y sont opposés. Il n'y a pas non plus de consensus entre les administrations sanitaires et économiques ;
- la CJUE pourrait être difficile à convaincre faute de justification suffisante, sérieuse et prouvée, de santé publique. Ainsi, dans le cas du référencement payant des sites de vente en ligne (CJUE, 1er oct. 2020, A., aff. C 649/18), la CJUE s'est-elle, par exemple, appuyée sur deux principes pour que l'interdiction soit compatible avec le droit européen : qu'il soit dûment établi devant la juridiction nationale qu'une telle restriction est apte à garantir la réalisation de l'objectif de protection de la santé publique, et qu'elle n'aille pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif ;
- on créerait, si une interdiction générale de communiquer était édictée pour les audioprothésistes et les fabricants – une forte distorsion de concurrence en faveur des distributeurs d'aides auditives qui sont aussi des chaînes d'optique, et qui, seuls, pourraient désormais communiquer en direction de leurs clients.

#### **La position du SDA contre la publicité**

L'une des trois organisations représentant les audioprothésistes, le SDA, critique avec virulence depuis de nombreuses années les excès de la publicité dans le secteur de l'audioprothèse. Il considère notamment « *qu'elle occulte trop souvent le rôle thérapeutique de l'audioprothésiste qui est déterminant pour l'efficacité des aides auditives et que la partialité des messages publicitaires ne peut que nuire à l'intérêt des personnes malentendantes* » ou encore que « *la publicité n'a pas fait baisser le prix* », qu'elle a été « *la pratique commerciale trompeuse privilégiée par les chaînes commerciales d'optique pour s'implanter dans le secteur de l'audioprothèse* ».

Cette organisation considère que les campagnes publicitaires mettent en péril le 100 % Santé en poussant des patients souvent fragiles à « consommer » et qu'en insistant sur la souffrance des personnes, en essayant de les inquiéter, ces campagnes tentent souvent de profiter de la vulnérabilité des patients, dont la majorité est âgée et souvent fragile, et ne dispose pas de compétence technique sur les dispositifs médicaux en question.

Elle soutient également que les campagnes de publicité, en assimilant les aides auditives à un bien de consommation comme un autre, et en minorant le rôle de professionnel de santé et de spécialiste du « care » de l'audioprothésiste, au profit de son aspect de « vendeur », nuit à l'observance thérapeutique par les personnes appareillées.

La même organisation considère également qu'il faudrait interdire les publicités sur les appareils.

[23] S'agissant de la publicité sur les aides auditives, le moyen proposé par le SDA pour interdire la publicité et consistant à modifier leur classification au sein des dispositifs médicaux apparaît inopérant. L'ANSM, interrogée par la mission, rappelle en effet :

- que les règles de classification sont fixées par le règlement européen qui vient d'être révisé. Un groupe de travail s'occupe des questions opérationnelles et publie un guide qui est adopté par le groupe d'expert auprès de la Commission (GCDM) ;
- qu'un changement de classification doit faire l'objet d'un acte législatif européen et non d'un simple arrêté, ce qui a été le cas avec les implants mammaires et les implants orthopédiques mais a échoué à propos des dispositifs de radiothérapie par exemple.

[24] L'ANSM souligne à juste titre, au demeurant, que la classification est proportionnelle au risque lié à l'utilisation des dispositifs et n'est pas un outil pour régler un problème de publicité. Elle ne

serait, semble-t-il, pas favorable à une éventuelle demande de changement de classification des aides auditives portée auprès des autorités communautaires.

[25] Si les pouvoirs publics voulaient malgré tout agir, ils ont toutefois plusieurs voies à leur disposition :

- renforcer les moyens de l'ANSM afin qu'elles puissent surveiller plus étroitement (*a posteriori*) les publicités sur les aides auditives ;
- instaurer un mécanisme d'autorégulation de la profession, dans l'esprit du dispositif de l'Autorité de régulation professionnelle de la publicité (ARPP), afin de contrôler *a priori, y compris en urgence, et a posteriori* les publicités des professionnels et sur les aides auditives. Il existe toutefois des risques non nuls d'ententes dans ce type de dispositif qui pourrait être financé par une contribution sur les ventes d'audioprothèses ;
- en s'inspirant, tout en demeurant plus souples car les contraintes sur l'installation ne sont pas les mêmes, des règles applicables aux pharmaciens, prendre un décret précisant les règles applicables à l'information et la publicité des audioprothésistes, reprenant certaines mesures figurant dans le projet de convention avec l'UNCAM et prévoyant, le cas échéant, l'interdiction de la mention du nom commercial des aides auditives dans les publicités, ou l'obligation, dès lors que le prix d'un appareil est mentionné sur une publicité (aussi bien d'un audioprothésiste que pour une aide auditive spécifique), de mentionner les modalités du suivi par l'audioprothésiste.

## 2 Des règles professionnelles applicables aux audioprothésistes éparses et qui pourraient faire l'objet d'une mise à jour réglementaire

[26] De nombreuses règles applicables à la profession des audioprothésistes existent d'ores et déjà dans plusieurs textes. Elles ont été modifiées et précisées sur plusieurs points importants dans le cadre de l'accord de juin 2018 et dans celui du projet de convention entre l'UNCAM et les trois organisations représentatives des audioprothésistes. Leur mise à jour et leur adaptation aux nouvelles modalités d'exercice des audioprothésistes sont possibles dans le cadre d'un décret en Conseil d'Etat déjà prévu par le Code de la santé publique.

### 2.1 Une profession d'audioprothésistes sans ordre professionnel ni décret de compétences mais dont l'exercice est déjà réglementé par de nombreuses dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles

#### 2.1.1 Une profession d'audioprothésistes sans ordre professionnel ni décret de compétences

[27] Sept professions de santé sont, à ce jour, organisées au sein d'un ordre professionnel : les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes, depuis la loi du 9 août 2004, les pédicures-podologues et les masseurs-kinésithérapeutes et depuis la loi du 21 décembre 2006 les infirmiers. Ces ordres sont des organismes à caractère corporatif institués par la loi. Ils remplissent une fonction de représentation de la profession mais également une mission de service public en participant à la réglementation de l'activité et en jouant le rôle de juridiction disciplinaire pour leurs membres. L'appartenance à l'ordre de sa profession est obligatoire pour pouvoir exercer.

[28] Tel n'est pas le cas des audioprothésistes ni des autres auxiliaires médicaux. La création d'un ordre professionnel pour les audioprothésistes n'est demandée par aucune partie prenante et n'est pas souhaitée par les autorités de santé.

[29] Comme indiqué en annexe 3, la profession d'audioprothésiste ne dispose pas non plus, à ce stade, d'un décret de compétences, ou d'actes, qui précise la nature des actes que les professionnels concernés sont autorisés à exercer. On doit néanmoins mentionner l'existence de l'arrêté du 9 janvier 1962 modifié par l'arrêté du 13 avril 2007. Il confère le monopole de l'audiométrie tonale et vocale aux docteurs en médecine « à l'exclusion des mesures pratiquées pour l'appareillage des déficients de l'ouïe ».

[30] La mission propose de faire évoluer ce point et de prendre un décret de compétences qui inclurait aussi les assistants audioprothésistes.

### 2.1.2 Une réglementation professionnelle figurant dans plusieurs textes de nature législative et réglementaire

[31] Pour autant, le métier d'audioprothésiste est d'ores et déjà réglementé par d'assez nombreux textes qui encadrent strictement les modalités d'exercice de cette profession paramédicale de l'appareillage. Les dispositions de droit commun du code de commerce et du code de la consommation s'appliquent en outre, bien entendu, à cette profession commerciale.

#### 2.1.2.1 Les dispositions du code de la santé publique

[32] Les principales dispositions figurant dans le code de la santé publique sont issues d'une proposition de loi « tendant à la réglementation de la profession d'audioprothésiste » votée en première lecture le 24 juin 1966 par l'Assemblée nationale, qui est devenue la loi 67-4 du 3 janvier 1967 modifiée par plusieurs textes législatifs depuis lors et codifiée.

#### **La réglementation applicable à l'audioprothèse avant la loi de janvier 1967**

La situation prévalant avant 1967 a bien changé. Toutefois la lecture des documents d'époque rappelle beaucoup des débats actuels.

Avant le vote et la publication de la loi de 1967, les « applicateurs détaillants d'appareils de prothèse auditive » n'avaient pas de statut propre. Ils exerçaient leur profession de façon exclusive ou simultanément avec une autre, souvent celle de pharmacien, d'opticien, d'orthopédiste, parfois encore de radioélectricien.

Il existait néanmoins déjà des éléments de réglementation. Ainsi, l'arrêté du 6 janvier 1962 avait déjà précisé que l'audiométrie prothétique ne pouvait être pratiquée en dehors de toute prescription médicale et faisait partie des actes qui pouvaient être accomplis par un auxiliaire médical qualifié sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais hors de sa présence.

Le code de la sécurité sociale prévoyait également qu'un assuré social pouvait obtenir le remboursement forfaitaire d'un appareil de correction auditive pourvu qu'il obtienne une ordonnance d'un spécialiste ou d'un généraliste établissant la nécessité du port d'un appareil, qu'il demande à sa caisse une entente préalable pour l'acquisition de l'appareil, qu'il recueille l'accord du contrôle médical, qu'il s'adresse à un revendeur agréé et que l'appareil soit d'un type homologué. La sécurité sociale remboursait alors 80 % d'un montant forfaitaire de 41 000 anciens francs, laissant un important reste à charge, déploré par les parlementaires lors des débats de 1966-1967.

Un arrêté du 20 mars 1953, modifié en 1958, 1959 et 1961 avait institué une « commission nationale consultative d'agrément » ayant pour mission d'expertiser les modèles d'appareils prothétiques, dont les appareils acoustiques, présentés par les fournisseurs sollicitant leur agrément et de faire connaître aux ministres compétents leurs conclusions.

En résonance déjà avec les débats actuels au sein de la profession, les débats au Parlement en 1966-1967 soulignaient qu'il existait alors une coexistence entre des audioprothésistes qualifiés « exerçant leur activité avec toutes les garanties de compétence et de sérieux indispensables » et « un certain nombre de personnes moins qualifiées sur l'un ou l'autre de ces points ».

L'enseignement d'audioprothésiste était dispensé avant le vote de la loi de 1967 dans certaines facultés de médecine (Paris, Bordeaux, Lyon, Lille, Montpellier) et de pharmacie, et au CNAM à Paris. La très grande majorité des audioprothésistes agréés (plus de 90 %) étaient titulaires du certificat d'études techniques d'acoustique appliqué à l'appareillage de correction auditive délivré par le CNAM.

Le premier centre d'audiologie et d'audiométrie universitaire aurait été créé en 1949 dans le service du professeur Georges Portmann, qui était député au moment de l'adoption du texte de 1967.

La publicité n'était manifestement pas interdite. Lors des débats parlementaires, le député Bossus soulignait ainsi l'existence de réclames dans les journaux, chez les pharmaciens et chez les lunetiers « venez, achetez tel appareil, vous entendrez encore mieux ! » ou « Vous entendrez parfaitement grâce à ce minuscule appareil ».

[33] Le code de la santé publique précise plusieurs points importants au regard des règles professionnelles. Il donne ainsi la définition d'un audioprothésiste (« toute personne qui procède à l'appareillage des déficients de l'ouïe ») et les contours de ce qu'est l'appareillage (« 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 »). Il fixe également les règles d'enregistrement par les autorités de l'Etat des audioprothésistes sur une liste portée à la connaissance du public. Les audioprothésistes sont obligés d'être inscrits dans un seul département.

[34] Le code de la santé publique prévoit en outre :

- l'obligation de l'exercice de l'activité professionnelle d'audioprothèse dans un local aménagé à cet effet avec des règles précises<sup>135</sup>, et avec une longue liste de matériels de mesure et d'entretien exigés<sup>136</sup> ;

<sup>135</sup> 1° Soit un cabinet et une cabine insonorisée, soit une salle de mesures audioprothétiques d'un volume utile minimum de quinze mètres cubes. Dans les deux cas, le niveau de bruit dans les conditions normales d'utilisation n'excède pas quarante décibels A exprimé en niveau constant équivalent sur une durée de mesure d'une heure ; ce temps de réverbération ne doit pas, pendant les mesures audioprothétiques, y être supérieur à 0,5 seconde à la fréquence de 500 hertz ; 2° Une salle d'attente distincte de la salle de mesures audioprothétiques ; 3° Un laboratoire isolé de la salle de mesures audioprothétiques lorsqu'il y a fabrication d'embouts ou de coques.

<sup>136</sup> 1° Matériel de mesures audioprothétiques : a) Un audiomètre tonal et vocal classe A normalisé ou un ensemble audiométrique équivalent comportant des sorties sur écouteurs, vibreur, haut-parleur. Un système de localisation sonore est composé d'au moins trois haut-parleurs distants d'un mètre au moins par rapport au sujet testé ; b) Un dispositif permettant l'équilibrage des prothèses stéréophoniques ; c) Une boucle magnétique ; d) Un dispositif permettant d'effectuer des tests d'audition dans le bruit ; e) Un dispositif de conditionnement audiométrique adaptable aux aptitudes psychomotrices du sujet testé, comprenant notamment en cas d'appareillage du jeune enfant un matériel d'audiologie infantile ; f) Un dispositif permettant de tester l'efficacité des prothèses auditives vis-à-vis de différents moyens de communication ; g) Une chaîne de mesure électro-acoustique permettant de contrôler les caractéristiques des amplificateurs correcteurs de l'audition : courbe de réponse, gain ou formule acoustique, distorsions, niveau de sortie ; h) Un sonomètre de précision normalisé. 2° Matériel et produits nécessaires aux prises d'empreintes du conduit auditif : a) Oscope éclairant ; b) Miroir de Clar pour l'examen du conduit auditif externe ; c) Seringues à empreintes ; d) Spéculum d'oreille. 3° Matériel d'entretien nécessaire à la maintenance des amplificateurs correcteurs de l'audition et des embouts.

- l'interdiction de la location, du colportage, des ventes itinérantes, des ventes dites de démonstration, des ventes par démarchage (ou porte à porte) et par correspondance des appareils de prothèse auditive<sup>137</sup>.

[35] Une partie de ces règles, notamment l'obligation d'exercice dans un local aménagé et l'interdiction de la vente itinérante, n'est manifestement pas strictement respectée, ou est interprétée de façon « constructive » par plusieurs acteurs du marché (cf. annexe relative au parcours de soins). Il faut reconnaître qu'elles sont contradictoires avec une démarche « d'aller vers » qui est indispensable pour les patients dépendants vivant en institutions ou à domicile (cf. recommandation d'expérimentation d'exercice dans les EHPAD).

[36] Ces limitations générales d'exercice sont également décalées avec l'évolution du droit européen. Elles pourraient utilement être révisées en concertation avec la profession afin d'être mieux ciblées.

[37] Le code de la santé publique prévoit, enfin, les modalités de reconnaissance mutuelle et d'autorisation d'exercice d'audioprothésistes diplômés dans d'autres Etats de l'Union européenne (cf. annexe 6).

#### 2.1.2.2 Les dispositions du code de la sécurité sociale

[38] Le code de la sécurité sociale fixe de nombreuses dispositions qui concernent les audioprothésistes.

[39] Il détermine ainsi les modalités d'inscription des aides auditives sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR<sup>138</sup>) par l'assurance maladie, ainsi que les conditions de leur remboursement comme tous les autres dispositifs médicaux.

[40] Le code de la sécurité sociale prévoit que l'audioprothésiste doit remettre un devis détaillé, avant tout achat d'une audioprothèse (article L. 165-9 du code de la sécurité sociale). Ce devis doit être conforme au modèle de devis prévu par un arrêté interministériel du 29 août 2019. Cela signifie que rien ne peut être rajouté ou retiré à ce modèle. Le devis doit présenter deux sortes d'appareils : celui de l'offre 100 % Santé et un appareil dont le prix est libre. Le devis doit détailler le prix de l'appareil, y compris celui des options et des accessoires : piles, consommables..., ainsi que les montants de prise en charge par la sécurité sociale et par les assurances complémentaires. Le cas échéant, la somme restant éventuellement à la charge du patient doit être mentionnée. L'ensemble des prestations comprises dans le prix de l'appareil est rappelé dans le devis. Une fiche technique présentant les spécificités des appareils est obligatoirement remise en même temps que le devis. Le devis doit être rédigé en double exemplaire et conservé pendant un an (au minimum) par le professionnel.

[41] L'arrêté du 14 novembre 2018, qui transcrit réglementairement l'accord de juin 2018 entre l'Etat et la profession, précise le contenu de la prestation initiale et de la prestation de suivi avec un grand luxe de détails.

---

<sup>137</sup> Seules les piles peuvent être délivrées en dehors de l'établissement d'une entreprise en audioprothèse, y compris par internet. Le prix est moins élevé au travers de ce dernier canal.

<sup>138</sup> Elle fait 1 683 pages dans sa version au 21 septembre 2021 !

## **La prestation initiale et la prestation de suivi des audioprothésistes selon l'arrêté de novembre 2018**

### La prestation initiale comprend :

- Les séances d'évaluation chez l'audioprothésiste, nécessaires à l'appareillage et comprenant notamment : l'écoute des demandes de la personne, l'évaluation de sa gêne, de son seuil d'inconfort, de sa motivation, de ses besoins spécifiques, de son contexte médico-social au cours d'une anamnèse détaillée, l'examen des conduits auditifs, l'otoscopie, et si nécessaire la mesure de la différence entre le gain in vivo et le gain au coupleur 2cc, ainsi qu'un bilan d'orientation prothétique comportant, en fonction des capacités de la personne, les tests nécessaires à une proposition d'appareillage et la prise d'empreinte du/des conduit(s) auditif(s) externe(s) si l'audioprothésiste s'oriente vers un appareillage par conduction aérienne muni d'embout ou de coque sur mesure.

- L'information de la personne sur les différentes aides auditives disponibles et leurs accessoires (avantages, inconvénients et limites) envisageables pour la personne, leur utilisation, leur entretien, leur coût, les conditions de remboursement par l'assurance maladie, ainsi que toute information utile, à la demande de la personne, sur les matériaux utilisés ;

- L'établissement d'un devis détaillé répondant à la législation en vigueur. L'audioprothésiste aide la personne à choisir la solution la mieux adaptée à ses besoins et ses attentes.

- L'adaptation, la délivrance et le contrôle immédiat de l'aide auditive, ainsi que les séances d'adaptation de l'aide auditive aux besoins de la personne et réciproquement, comprenant notamment : l'adaptation dans le cadre d'un ou plusieurs essais avec à chaque fois, les pré réglages et les réglages en champ libre et/ou sur une chaîne de mesure et/ou à l'aide de mesures in vivo sur la personne et/ou à l'aide de tests en simulation de vie normale, les ajustements anatomiques, et explications d'utilisation ; le contrôle immédiat de l'efficacité de l'aide auditive en utilisant les tests audiométriques nécessaires en fonction des capacités de la personne ; l'information de la personne sur l'utilisation et l'entretien de l'aide auditive ; le choix définitif de l'aide auditive ; la fourniture à la personne, après respect de toutes les étapes précédentes, de l'indication du coût de l'aide auditive et du coût total de l'appareillage, y compris du coût individualisé des différents consommables (piles notamment) ; les contrôles d'efficacité et les modifications de réglages ; tous les tests nécessaires à la validation des corrections apportées.

- L'accompagnement à l'utilisation des aides auditives, qui consiste essentiellement à faire comprendre et accepter les étapes et la progressivité de la détection et de la discrimination de l'environnement sonore modifié (parole ou bruits). Il comprend les conseils d'adaptation, de manipulation de l'appareil, l'information sur le changement des piles le cas échéant, sur les conditions d'utilisation de l'aide auditive en fonction des situations sonores, et des extensions possibles dans divers lieux (dispositifs communicants avec l'appareil auditif : bobine d'induction magnétique, Bluetooth le cas échéant) ainsi que l'information du patient sur l'entretien de l'aide auditive.

Pendant les douze premiers mois de l'appareillage, doivent être proposés au minimum : des séances de contrôle de l'efficacité de l'appareillage au 3e, 6e mois, et 12e mois après la délivrance de l'aide auditive ; une évaluation de l'évolution de la perte auditive et de la satisfaction à 6 mois ; le bilan audiométrique suivant sera réalisé lors des séances de contrôle au 3e, 6e et au 12e mois.

-La gestion administrative du dossier du patient, et notamment l'envoi du (ou des) compte (s) rendu (s) d'appareillage au médecin prescripteur et au médecin traitant.

Lors de la dernière séance réalisée dans le cadre de la période d'adaptation probatoire de 30 jours, l'audioprothésiste déclenche l'envoi du questionnaire « Evaluation R - partie 2 » (par voie électronique ou postale selon le choix du patient).

L'aide auditive pré choisie par le patient avec l'aide de l'audioprothésiste doit faire l'objet d'un essai systématique. Sa durée minimale est de 30 jours. Cette période peut être prolongée à la demande écrite du prescripteur dans les situations où l'aide auditive s'inscrit dans différentes solutions thérapeutiques, isolées ou en association, dans la limite de 45 jours. Au moins deux séances sont effectuées pour chaque essai. A l'issue de la période d'adaptation probatoire, le patient est libre s'il le souhaite de demander une nouvelle période d'adaptation probatoire avec une autre aide auditive en cas d'échec de la première. L'audioprothésiste a alors l'obligation de répondre à la demande du patient.

Un compte rendu de l'adaptation probatoire est adressé au prescripteur dans les 7 jours suivant la facturation.

#### Les prestations de suivi

Elles ont pour objectifs l'amélioration continue des réglages de l'aide auditive et l'optimisation de l'observance. L'audioprothésiste doit pour cela prévoir des séances régulières au cours desquelles il assure l'adaptation technique de l'aide auditive. La fréquence minimale recommandée du suivi est bi-annuelle, après la première année. Les prestations de suivies sont enregistrées via télétransmission.

Les contrôles effectués lors de ce suivi comportent les tests nécessaires à la vérification de l'efficacité de l'appareillage (contrôle de l'audition et courbes de l'appareillage), la modification des réglages de l'aide auditive si les besoins du patient le nécessitent, ainsi que l'entretien nécessaire afin d'obtenir chaque année l'ensemble des éléments suivants :

- La prestation de suivi comprend également la fourniture des pièces détachées, et les réparations qui entrent dans le cadre de la garantie fabricant, main d'œuvre comprise.
- L'audioprothésiste effectue régulièrement un retour d'information vers le médecin prescripteur. Il informe le médecin prescripteur de toute évolution de l'audition qui le nécessite.
- Les prestations de suivi sont réalisées par l'audioprothésiste ayant réalisé la délivrance de l'aide auditive et la prestation initiale. Toutefois en cas de déménagement de la personne, de l'audioprothésiste, ou lorsque la personne souhaite changer d'audioprothésiste, ce dernier s'engage à faciliter le changement d'audioprothésiste : l'audioprothésiste ayant réalisé l'appareillage transmettra à l'un de ses pairs (choisi par la personne) l'ensemble des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge de la personne. Dans tous les cas, l'audioprothésiste ayant réalisé la délivrance de l'aide auditive et la prestation initiale s'engage à répondre au besoin de suivi de la personne notamment en réalisant les prestations de suivi mentionnées ci-dessus et le cas échéant, au-delà de la 3<sup>e</sup> année de suivi. Il doit également expliquer à la personne l'intérêt de réaliser les séances de suivi, et l'inviter à revenir selon la fréquence précisée ci-dessus (tous les six mois).

A l'issue de la seconde année d'appareillage, l'audioprothésiste déclenche l'envoi du questionnaire « Evaluation R - partie 3 » (par voie électronique ou postale selon le choix du patient).

### 2.1.2.3 Des dispositions conventionnelles importantes

[42] Le code de la sécurité sociale prévoit aussi l'établissement de convention entre l'assurance maladie et les représentants des audioprothésistes.

[43] Un arrêté du 13 août 1992 a fixé le mode de convention type conclu, au niveau régional, entre les organismes d'assurance maladie et les syndicats d'audioprothésistes, sur la base des articles R165-1 à R165-29 du code de la sécurité sociale (de l'époque). Ces conventions, d'une durée de quatre ans renouvelable tacitement, et en vigueur jusqu'à aujourd'hui, déterminaient les conditions de prise en charge des audioprothèses aux assurés affiliés. Elles abordaient les conditions de l'adhésion des audioprothésistes, le libre choix du fournisseur par les assurés, les conditions de prise en charge par l'assurance maladie, de tarification par les fournisseurs, de réception des appareillages,

de règlement de la prestation. Elles évoquaient aussi le non-respect des règles conventionnelles et prévoyaient la création de commissions paritaires régionales et d'une commission paritaire nationale.

[44] Un nouveau projet de convention a été longuement négocié puis conclu le 23 mars 2021 entre l'UNCAM, l'UNOCAM et les représentants des audioprothésistes (SDA, SYNAM et SYNEA). Fondé sur l'article L165-1<sup>139</sup> du code de la sécurité sociale complété par l'article L162-17-6 du même code, prévu pour une durée de cinq ans, il comporte 60 articles et est en cours d'agrément par le ministère chargé de la santé.

#### **L'exemple de la nouvelle convention avec les opticiens-lunetiers**

L'UNCAM et l'UNOCAM ont conclu au premier trimestre de cette année une nouvelle convention avec les syndicats représentatifs de la profession (ROF, FNOF et Synom), qui fait suite à la convention de 2003.

La nouvelle convention instaure notamment trois mesures :

- l'opticien pourra désormais, dans le cadre d'une primo-délivrance, lorsqu'il détecte une différence de compensation lors de la réalisation d'un examen de vue, adapter la prescription avec l'accord du prescripteur ;

- concernant la prestation d'adaptation, la CNAM s'est engagée à obtenir des pouvoirs publics le remboursement à l'identique, qu'il y ait délivrance d'un équipement ou non, et quelle que soit la classe de l'équipement, A ou B ;

- une aide financière sera accordée aux opticiens équipés pour pratiquer la télétransmission avec l'assurance maladie obligatoire si 70 % des feuilles de soins sont télétransmises avec des ordonnances numérisées sur la période de fonctionnement du magasin, et sous réserve de transmettre à la Sécurité sociale l'intégralité des demandes de remboursement pour l'ensemble des équipements remboursables délivrés. Cette aide sera de 390 € par magasin.

En ce qui concerne les règles d'exercice, la convention précise également des points importants :

- les interventions en entreprises ou dans un lieu public, notamment via l'utilisation de véhicules, est interdite ;

- l'examen de la réfraction ne peut pas être réalisé en dehors du magasin de l'opticien, hormis dans le cadre d'expérimentations menées sous l'égide des pouvoirs publics, ce qui rend impossible les renouvellements après adaptation sur internet ou à domicile.

[45] L'objet de la nouvelle convention nationale est plus large que les conventions régionales précédentes :

- elle organise les rapports entre l'assurance maladie obligatoire et les entreprises en audioprothèses (et pas les audioprothésistes individuellement) de manière à satisfaire aux exigences d'efficacité des soins, de transparence des conditions de dispensation des prestations et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie ;
- elle détermine les modalités pratiques de mise en place de la réforme 100 % Santé ;
- elle définit les conditions de mise en œuvre de la procédure de dispense d'avance des frais par l'assurance maladie obligatoire pour les aides auditives, en dehors des cas de tiers payant

<sup>139</sup> « Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37... »

instaurés par le législateur (affections de longue durée, maternité, complémentaire santé solidaire, aide médicale d'Etat, accidents du travail et détention) ;

- elle arrête les principes et modalités permettant la dématérialisation des circuits de facturation entre les entreprises en audioprothèses et l'assurance maladie obligatoire par la mise en œuvre des dispositifs SESAM-Vitale et Acquisition des droits en ligne (ADRI) ainsi que le développement de la scannérisation des ordonnances (SCOR) ;
- elle détermine les modalités d'échange d'information à caractère économique entre les partenaires conventionnels en favorisant notamment la communication et l'examen en commun des résultats des traitements autorisés des données du codage des produits et prestations inscrits à la LPP.

[46] La convention nationale avec l'assurance maladie n'est pas une convention de tarification, comme celle des infirmiers, des médecins ou des sages-femmes, car les audioprothésistes sont des professions de l'appareillage rémunérés dans le cadre de la LPPR. L'UNOCAM est signataire mais les dispositions de la convention ne s'imposent pas aux organismes complémentaires d'assurance maladie.

[47] La convention CNAM est distincte de la convention des opticiens-lunetiers et de celle des cinq (autres) professions de l'appareillage (des chapitres 1, 5, 6 et 7 du titre II de la LPPR), conclue en avril 2019 et approuvée en octobre 2020.

[48] Outre des règles relatives au tiers payant et à la télétransmission, la convention signée par les parties prenantes (représentants des audioprothésistes, UNCAM et UNOCAM) qui sont tombées d'accord sur ces dispositions, après parfois d'âpres négociations qui ont permis de rapprocher les points de vue et trouver un point d'équilibre entre approches parfois différentes, vise à fixer des règles sur la pratique des audioprothésistes.

[49] Le projet de convention reprend un ensemble de dispositions figurant dans les textes législatifs et réglementaires. Mais il fixe aussi de nombreuses dispositions nouvelles et intéressantes (cf. encadré infra) et précise les conditions de facturation et de télétransmission, ainsi que les modalités d'attribution des aides à la télétransmission sécurisée (300€ + 90€ d'aide à la télétransmission des ordonnances numérisées). Il détermine également la composition, le fonctionnement et le rôle de la commission paritaire nationale et des commissions paritaires régionales. Le projet expose les conséquences d'un non-respect des engagements conventionnels par l'entreprise en audioprothèse et les sanctions conventionnelles (déconventionnement avec sursis et déconventionnement ferme pour une durée ne pouvant pas excéder cinq ans).

### Nouvelles dispositions figurant dans le projet de convention en cours d'agrément

- la définition des consultations de suivi à distance et en présentiel et le principe que les consultations de suivi à distance ne peuvent pas se substituer aux consultations de suivi en présentiel ;
- le principe de concourir à l'optimisation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans le parcours de soins en audiologie et le soutien de toute expérimentation initiée par les pouvoirs publics afin de favoriser l'appareillage auditif des personnes âgées dépendantes, notamment la mise en place d'un parcours spécifique pouvant comporter un exercice professionnel en partie extérieur à l'entreprise en audioprothèse, à condition que la qualité de la prise en charge soit préservée ;
- l'attachement des parties signataires au respect d'une parfaite éthique dans les pratiques de communication des entreprises en audioprothèse et notamment à la plus rigoureuse loyauté des procédés commerciaux au sens de l'article L121-1 du code de la consommation ;
- l'engagement des entreprises en audioprothèse de s'abstenir de toute incitation à une consommation excessive de dispositifs médicaux tant directement qu'indirectement, notamment en assortissant la prise en charge des malentendants de conditions susceptibles de conduire à une consommation abusive de dispositifs médicaux ;
- l'exclusion de tout procédé consistant à apporter aux prescripteurs potentiels des contreparties et avantages de quelque nature que ce soit (financement, prêt de matériels, mise à disposition gratuite de personnel...), des supports de prescription pré-remplis, ainsi que toute autre forme d'encouragement destiné à favoriser et/ou faciliter l'établissement de prescriptions vers une entreprise en audioprothèse en particulier ;
- la nature de l'information délivrée sur les dispositifs médicaux et produits délivrés, et notamment le refus d'utiliser des méthodes comparatives ou dénigrantes ou de faire référence à des activités sans lien avec l'exercice de la profession d'audioprothésiste en vue d'inciter à une consommation abusive de dispositifs médicaux ;
- la possibilité d'ouverture d'un établissement d'une entreprise en l'absence d'audioprothésiste pour la réalisation de tâches administratives ou de services annexes, mais sans possibilité d'appareillage ;
- l'impossibilité pour un audioprothésiste d'exercer le même mois dans plus de trois établissements sauf pour assurer un service de proximité dans des territoires à faible densité démographique, pour maintenir le service aux patients en remplaçant un audioprothésiste se trouvant en maladie ou en maternité, en congés, ou ayant quitté l'entreprise sans être encore remplacé dans la limite de 45 jours ;
- la nécessité d'une formation professionnelle continue adaptée ;
- les modalités particulières de délivrance : délivrance des piles en-dehors de l'entreprise d'audioprothèse, notamment sur internet, possibilité de consultations de suivi à distance en plus de consultations de suivi en présentiel ;
- le soutien à des expérimentations pour favoriser l'appareillage auditif des personnes âgées dépendantes ;
- l'abstention de toute incitation à une consommation excessive de dispositifs médicaux, toute sollicitation directe ou indirecte de prescriptions médicales.

Source : CNAM.

## 2.2 La publication d'un décret en conseil d'Etat sur les règles professionnelles

[50] L'article L4361-11 du code de la santé publique prévoit que des règles professionnelles peuvent être fixées par un décret en Conseil d'Etat pour les audioprothésistes.

[51] Un tel décret, en préparation pour les orthophonistes, pourrait se fonder sur les dispositions existantes, notamment les dispositions conventionnelles. Il devrait également fixer des règles, notamment de transparence, permettant de limiter au maximum les risques de conflit d'intérêts dans

une profession commerciale soumise à une forte concurrence et de fortes pressions sur les marges et vendant des biens médicaux coûteux et désormais largement ou entièrement solvabilisés, et de liens opaques entre les différents acteurs de la chaîne (médecins, audioprothésistes et fabricants), pointés par l'UFC Que Choisir il y a quelques années.

[52] Un consensus entre les trois organisations représentatives de la profession devrait être recherché en priorité. L'une des organisations privilégie, à ce stade, plutôt le recours à un avenant à la convention avec l'UNCAM pour préciser davantage les règles professionnelles, en raison du caractère négocié de la convention et de l'existence de conventions paritaires.

[53] Conformément à l'alerte de l'Autorité de la concurrence à la mission, il conviendrait aussi de veiller attentivement à ce que les nouvelles règles professionnelles ne soient pas à l'origine d'entraves à la concurrence ou de distorsions de concurrence. Il faudra également veiller à une stricte économie de moyens, en évitant l'inflation des règles dont la mise en œuvre et le contrôle seraient, ensuite, impossibles en pratique.

### 3 Des contrôles très insuffisants qu'il convient de renforcer

[54] Le respect de la réglementation dans le domaine de l'optique et des aides auditives est un sujet de préoccupation des pouvoirs publics depuis de nombreuses années. L'attention de la mission a également été appelée à plusieurs reprises par une organisation représentative de la profession (le SDA) qui considère que certains acteurs<sup>140</sup> commettent des infractions : exercice illégal de la profession d'audioprothésiste par des assistants ou des techniciens, faible présence des audioprothésistes dans les centres, pratique déloyale ou mensongère en matière de promotion...

[55] Plusieurs autorités publiques sont chargées du contrôle du secteur de l'audioprothèse : les ARS, les CPAM et l'ANSM pour le ministère chargé de la santé, la DGCCRF pour le ministère chargé de l'économie, outre l'Autorité de la concurrence, autorité de régulation indépendante qui dispose de pouvoirs d'enquêtes et de contrôle.

[56] Les ARS rencontrées ne semblent pas réaliser, sauf exception et faute de moyens adaptés et de directives à ce sujet, de contrôles sur les audioprothésistes, pas plus au demeurant que sur les opticiens-lunetiers (cf. le récent rapport IGAS sur la filière visuelle).

[57] Les contrôles réalisés par l'assurance maladie (CPAM) semblent, pour leur part, focalisés prioritairement sur la mise en œuvre des dispositions du 100 % Santé, et notamment le respect des prix limites de vente par les audioprothésistes. L'assurance maladie a également poursuivi, à l'issue de ses contrôles, une série d'audioprothésistes qui avaient enfreint la réglementation. C'est notamment le cas d'une entreprise qui a vendu plusieurs dizaines d'audioprothèses aux mêmes résidents d'un EHPAD dans les Hauts-de-France.

[58] Pour l'avenir, compte tenu de l'enjeu financier et de santé publique que représente le 100 % Santé, il serait opportun de prioriser le contrôle des audioprothésistes par les CPAM et les ARS dans le cadre d'une task-force conjointe dans chaque département. Il pourrait être envisagé de cibler prioritairement les centres d'audioprothèses dont des indicateurs de suivi indiqueraient de possibles mauvaises pratiques (par exemple : nombre de suivis réalisés au cours du mois, nombre de centres gérés par audioprothésiste).

---

<sup>140</sup> Il vise plus particulièrement certains concurrents de ses membres : les chaînes d'optique et les discounters en particulier.

[59] L'ANSM est, compte tenu du fait que les aides auditives sont des dispositifs médicaux comportant un risque potentiel mesuré/modéré (classe IIa), et des nombreux enjeux auxquels elle est confrontée sur des produits à risque potentiel élevé ou important (classe IIb) ou à risque élevé (classe III), dans une posture moins active que pour d'autres dispositifs médicaux et médicaments.

[60] La DGCCRF est, pour sa part, en charge du contrôle des audioprothésistes comme des autres professionnels de santé au regard de leur respect de la législation de la concurrence et de la consommation. Elle est en train de mener, à la demande des pouvoirs publics, une vaste vague de contrôles à visée corrective sur les opticiens et les audioprothésistes (pour un quart de l'échantillon) dont les résultats seront définitifs seront disponibles au début de l'année 2022. Les premières données communiquées à la mission font ressortir un taux d'anomalie ou de non-conformité, tous types d'infractions confondus, de 69 % pour les deux professions, avec une situation plus détériorée chez les opticiens que chez les audioprothésistes, même si des comportements similaires sont observés (cf. annexe 1 pour des détails sur les contrôles en cours). Ce type de résultats, qui fait apparaître des problèmes répandus de non-respect de la réglementation, conduit à recommander qu'une telle campagne de contrôle soit renouvelée au moins en 2023 afin de voir si les pratiques se sont améliorées.

[61] L'organisation représentative des réseaux de soins a indiqué à la mission que ceux-ci avaient externalisé de façon efficace le contrôle du respect des critères d'adhésion fixés aux audioprothésistes. Si l'assurance maladie et les ARS ne parvenaient pas à constituer les task-forces préconisées par la mission, on pourrait alors envisager que l'assurance maladie et les ARS contractent, de façon innovante, avec les réseaux de soins pour partager la réalisation de tout ou partie des contrôles sur les audioprothésistes ou s'inspirent de leurs méthodes.



## ANNEXE 5 : Parcours de soins

### 1 Des parcours de soins des patients qui pourraient être clarifiés

#### 1.1 Des parcours de soins hétérogènes

[1] Les travaux de la mission ont fait apparaître que les patients atteints de presbycousie pouvaient suivre différents parcours, sans qu'il soit possible de quantifier la part respective de ces derniers.

[2] Pour le moment, les patients souffrant de presbycousie peuvent s'inscrire dans le parcours de soins coordonnés « classique » (cf. encadré suivant : consultation du médecin traitant, puis d'un ORL<sup>141</sup> – qui délivre une ordonnance pour la réalisation d'aides auditives –, et enfin d'un audioprothésiste qui propose un appareillage au patient) ou bien s'en tenir à la consultation d'un médecin généraliste<sup>142</sup>.

[3] Comme il a été souligné en annexe 3, ce parcours de soins n'intègre que rarement les orthophonistes, dont le rôle, notamment en matière de rééducation auditive, est pourtant souvent prépondérant.

#### Rappels sur le parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés, institué par la loi du 13 août 2004, a pour objectifs de faire bénéficier chaque usager d'un suivi médical coordonné, d'une gestion rigoureuse du dossier médical et d'une prévention personnalisée. Cela suppose de désigner un médecin traitant qui doit être consulté préférentiellement, notamment avant toute consultation d'un autre professionnel (dit « correspondant »), pour des soins complémentaires ou des examens.

En cas de non-respect de ce parcours, le montant des remboursements est diminué :

- de 40 % si le montant de l'acte est inférieur ou égal à 25 euros (exemple : une consultation chez un médecin généraliste de secteur 1) ;
- de 10 euros pour tout acte supérieur à 25 euros (exemple : une consultation chez un médecin spécialiste de secteur 1).

Certains professionnels de santé peuvent néanmoins être consultés sans passer par le médecin traitant. C'est le cas des gynécologues, ophtalmologues, psychiatres et stomatologues, mais sous certaines conditions. Dans certains cas (éloignement, urgence), il est possible de consulter un autre médecin sans pénalisation financière.

Il est également possible de consulter un spécialiste sans passer par le médecin traitant dans le cadre d'un protocole de soins établi pour une affection de longue durée ou si ce spécialiste assure le suivi dans le cadre d'une maladie chronique.

<sup>141</sup> La spécialité ORL n'est pas directement accessible, à la différence notamment des ophtalmologistes. Il demeure que certains patients accèdent directement à l'ORL et que les médecins généralistes prescrivent un quart environ des aides auditives.

<sup>142</sup> Le médecin généraliste peut lui-même prescrire une aide auditive, jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2022 et l'entrée en vigueur de l'obligation d'une formation préalable en otologie médicale. L'otologie est une des trois spécialités de l'ORL qui concerne les pathologies liées à l'oreille.

Enfin, les soins dentaires et les consultations des enfants de moins de seize ans ne sont pas concernés par le dispositif du médecin traitant.

[4] Sans qu'il soit possible de chiffrer le nombre de patients ayant suivi tel ou tel type de parcours, les travaux de la mission ont cependant fait apparaître que les patients atteints de presbyacousie pouvaient suivre différents parcours.

[5] Le premier cas de figure concerne le primo-appareillage :

- le repérage des troubles auditifs, parfois qualifié de dépistage, peut être effectué par l'audioprothésiste, qui propose des tests de l'audition gratuits (selon certains professionnels auditionnés par la mission, cela peut représenter jusqu'à la moitié des rendez-vous d'un audioprothésiste) ; à la suite de ce repérage, en cas de déficience auditive, le patient serait la plupart du temps adressé vers un ORL, après passage le cas échéant par un médecin généraliste pour respecter le parcours de soins, ou un médecin généraliste prescripteur ; à la suite de la prescription par le médecin prescripteur, le patient se rapproche d'un audioprothésiste, en général celui chez qui il a réalisé bilan auditif ;
- parfois, le patient atteint de troubles de l'audition consulte dans un premier temps son médecin traitant, qui décèle une déficience, à la suite ou non de la réalisation de tests audiométriques<sup>143</sup>. Peu de médecins généralistes réalisent cependant ces tests. Dans la majorité des cas, le patient est alors orienté vers un ORL. Pour rappel, dans environ un quart des cas, le patient se voit prescrire des aides auditives directement par le médecin généraliste ;
- les patients ne sont pas censés consulter directement un ORL, dans la mesure où cette spécialité ne fait pas partie de celles directement accessibles sans passer par le médecin traitant. Une partie des patients peut néanmoins consulter un ORL hors parcours de soins, et donc sans passer par son médecin traitant, avant de se voir prescrire des aides auditives puis de consulter un audioprothésiste.

[6] Selon les données présentées par l'étude EuroTrak<sup>144</sup> 2018 sur la France, parmi les personnes ayant fait tester leur audition au cours des cinq années précédant l'étude, la majorité l'avait fait chez un ORL (cf. graphique suivant).

<sup>143</sup> Pour rappel, jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2022, les médecins généralistes non formés en otologie médicale peuvent continuer à « primo-prescrire » des aides auditives. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022, seuls les médecins généralistes ayant suivi une formation DPC en otologie médicale seront autorisés à primo-prescrire des aides auditives. Ils pourront en revanche toujours prescrire des aides auditives dans le cadre d'un renouvellement.

<sup>144</sup> EuroTrak est l'étude de référence au niveau européen, qui compare pays à pays l'épidémiologie et les usages des personnes atteintes de déficience auditive. EuroTrak est une étude pilotée par l'EHIMA (European Hearing Instrument Manufacturers Association), l'association européenne des fabricants d'aides auditives.

Graphique 12 : Localisation des tests relatifs à l'audition en France (base = 4520 répondants)



Source : EuroTrak France 2018

[7] Depuis la mise en place du 100 % Santé, le renouvellement ne peut intervenir avant une période de quatre ans après le dernier appareillage<sup>145</sup>. Là encore, il existe plusieurs parcours possibles :

- dans le cadre d'un rendez-vous de suivi chez l'audioprothésiste (deux rendez-vous de suivi sont recommandés chaque année à partir de la deuxième année d'appareillage par l'arrêté du 14 novembre 2018<sup>146</sup>), à l'approche de la fin de la période de quatre ans suivant le dernier appareillage ou au terme de celle-ci, l'audioprothésiste peut inviter le patient à consulter son médecin traitant pour obtenir une prescription de renouvellement de ses aides auditives, ou un ORL si l'audioprothésiste décèle une évolution majeure de l'audition / un problème nécessitant l'intervention de ce dernier ;
- en l'absence d'invitation à consulter son ORL par l'audioprothésiste, le patient peut néanmoins prendre l'initiative de consulter ce dernier, soit dans le cadre du parcours de soins coordonnés (après avoir vu son médecin traitant), soit en dehors ;
- dans le cadre d'un rendez-vous avec le médecin traitant, une prescription de renouvellement des aides auditives peut également être établie par ce dernier, après avoir réalisé ou non des tests audiométriques<sup>147</sup>.

<sup>145</sup> Extrait de l'arrêté du 14 novembre 2018 : « Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. »

<sup>146</sup> Extrait de l'arrêté du 14 novembre 2018 : « La fréquence minimale recommandée du suivi est biannuelle, »

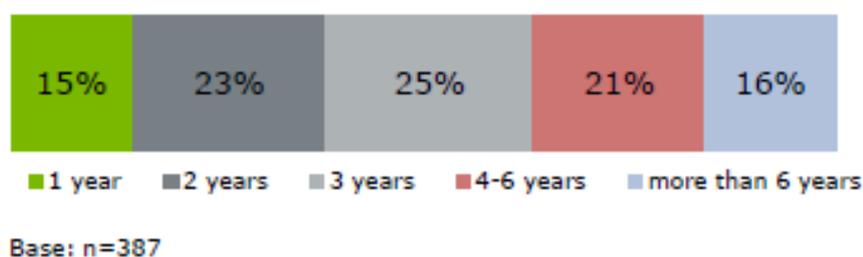
<sup>147</sup> Extrait de l'arrêté du 14 novembre 2018 : « Selon la qualité de l'appareillage précédent et des résultats obtenus quant à la compensation du handicap, lors du renouvellement, le médecin :

- prescrit un appareillage ; ou
- recommande une consultation chez un ORL si le médecin le juge médicalement nécessaire. »

[8] Malgré cette diversité des parcours observée par la mission, la grande majorité des acteurs de la filière considèrent que le parcours de soins des patients atteints de presbyacousie est assez lisible et ne soulève pas de difficulté particulière.

[9] En outre, les représentants des ORL ne revendiquent pas, à ce jour, la mise en place d'un accès direct à leur spécialité<sup>148</sup>. Ils considèrent, en outre, que la prise en charge des patients atteints de presbyacousie ne présente pas un caractère d'urgence particulier, s'agissant de déficiences auditives à évolution lente et progressive. Selon les données de l'étude EuroTrak France 2018, les personnes appareillées attendaient en moyenne trois ans entre le moment où elles avaient pris conscience de leur déficience auditive et le moment où elles avaient fait l'acquisition d'aides auditives (cf. graphique suivant).

Graphique 13 : Répartition du temps d'attente entre la prise de conscience de sa déficience auditive et l'appareillage (2018)



Source : EuroTrak France 2018

[10] Un objectif important de santé publique en matière de presbyacousie est d'assurer sa prise en charge plus précoce, ce que la réforme 100 % Santé ne semble pas avoir totalement permis jusqu'à présent (cf. annexe 1 relative au 100 % Santé).

## 1.2 Une proportion importante de patients qui ne suivent pas tout le parcours de soins

[11] Quelle que soit la porte d'entrée dans le parcours de soins des patients malentendants, plusieurs facteurs de rupture du parcours de soins peuvent expliquer que ces derniers finissent par ne pas être appareillés. Si des raisons médicales peuvent l'expliquer pour partie, lorsque l'appareillage auditif n'est pas la solution privilégiée par l'ORL, la principale raison était, jusqu'à la mise en place du 100 % Santé, l'important reste à charge auquel faisaient face les patients devant être appareillés.

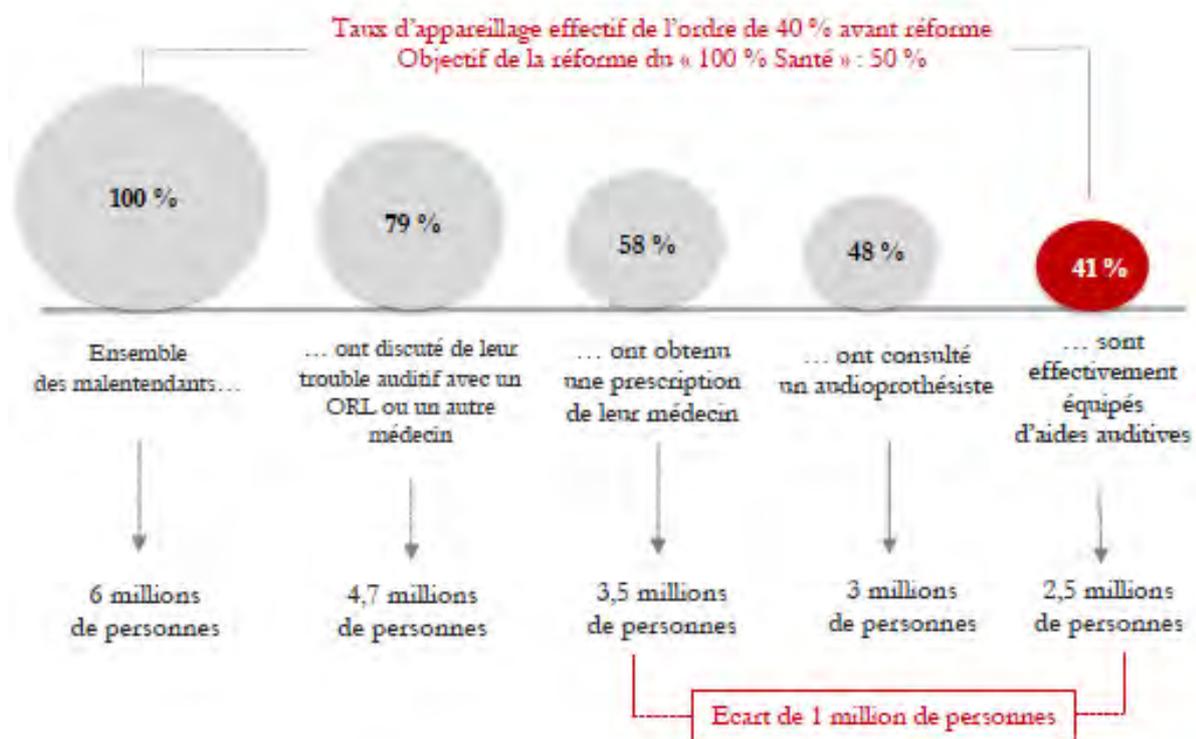
[12] D'autres facteurs sont, par ailleurs, régulièrement évoqués pour expliquer l'absence d'appareillage :

- barrières psychologiques liées notamment à la stigmatisation sociale associée au port d'aides auditives ;
- déficience auditive perçue comme peu gênante ;
- difficulté d'accès à un ORL dans certains territoires.

<sup>148</sup> La position du SNORL sur la question a évolué.

[13] Le dernier rapport de l'institut EuroTrak quantifiait les différentes ruptures qui pouvaient intervenir dans le parcours de soins des malentendants en France en 2018 : sur les quelque six millions de personnes malentendantes, 58 % obtenaient une prescription d'aides auditives, 48 % consultaient ensuite un audioprothésiste et 41 % finissaient par être effectivement équipées (cf. schéma suivant). En dépit de ces freins à l'appareillage, les études EuroTrak avaient montré une évolution positive du taux d'équipement au cours des dix dernières années : ce taux était ainsi passé de moins de 30 % en 2009 à 41 % en 2018.

Schéma 7 : Présentation des ruptures dans le parcours de soins des personnes malentendantes

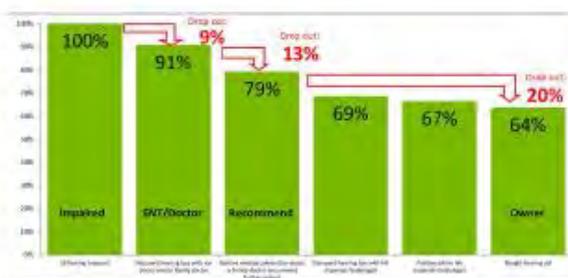


Source : Les Echos Etudes d'après l'enquête EuroTrak France 2018

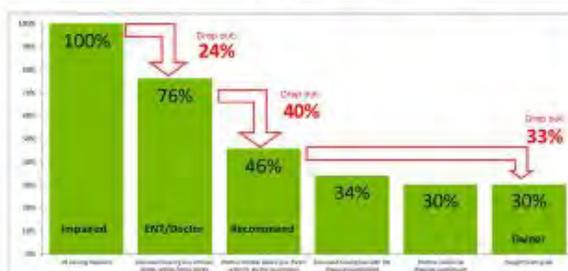
[14] L'enquête EuroTrak France 2018 a montré, en outre, que les ruptures tout au long du parcours de soins sont d'autant plus importantes que la perte auditive est faible (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 14 : Pertes en ligne au long du parcours de soins selon l'importance de la perte d'audition (Base = 1 311 répondants, dont 550 porteurs d'aides auditives et 761 déficients auditifs non appareillés)

### Top 50% hearing loss\*



### Low 50% hearing loss\*



Source : EuroTrak France 2018

## 1.3 Des adaptations envisageables au parcours de soins des usagers à l'heure du 100 % Santé

### 1.3.1 Une précision souhaitable du parcours de soins des patients atteints de presbycusie

[15] L'arrêté du 14 novembre 2018 définit de façon très précise l'ensemble des actes devant être réalisés par les différents professionnels de la filière auditive. Il définit ainsi les actes devant être réalisés à différentes étapes du parcours de soins des patients : primo-prescription, prescription de renouvellement, délivrance d'une aide auditive et séances initiales chez l'audioprothésiste, prestations de suivi. Cependant, l'arrêté n'appréhende pas la question du parcours de soins de façon globale et n'indique donc pas celui qui devrait être suivi de préférence par le patient.

[16] Dans le détail, l'arrêté du 14 novembre 2018 définit :

- les caractéristiques produits de la classe I et de la classe II ;
- leurs modalités de référencement ;
- mais aussi, de façon très précise, les indications de prise en charge adressées aux médecins prescripteurs ;
- les modalités de suivi de la qualité de prescription, de délivrance des aides auditives, ainsi que les prestations de suivi qui sont associées ;
- les conditions de prescription, aussi bien la primo-prescription que le renouvellement ;
- et, enfin, le contenu des prestations délivrées par l'audioprothésiste.

[17] Il pourrait être utile de définir un parcours de soins type<sup>149</sup> du patient malentendant afin d'améliorer la lisibilité du parcours de soins pour les patients, notamment pour ceux atteints de presbycusie, et de définir des modalités de prise en charge coordonnée entre les différentes parties prenantes de la filière auditive. Cet exercice pourrait être mené, par exemple, à la faveur de discussions relatives à l'élaboration d'un protocole de coopération national.

### 1.3.1.1 Une normalisation souhaitable du compte-rendu d'appareillage des audioprothésistes vers le médecin prescripteur

[18] Dans son avis de 2008, le groupe de travail de la HAS ayant travaillé sur la révision des descriptions génériques de la LPPR pour les « appareils électroniques correcteurs de surdité » avait déjà préconisé la mise en place d'un compte-rendu de l'appareillage auditif<sup>150</sup>.

[19] L'arrêté du 14 novembre 2018 prévoit que la prestation initiale de délivrance d'une aide auditive et les séances initiales correspondantes se concluent par « l'envoi du (ou des) compte (s) rendu (s) d'appareillage au médecin prescripteur et au médecin traitant ». Il précise également le contenu de ce « compte-rendu de l'adaptation probatoire » : « Un compte rendu de l'adaptation probatoire est adressé au prescripteur dans les 7 jours suivant la facturation. Le compte rendu doit contenir les informations suivantes :

- caractéristiques de l'audiométrie de la personne : un résumé succinct doit rappeler l'importance de la surdité, et son type (transmission, perception, mixte) ;
- descriptif de sa motivation : le profil de motivation du patient doit être défini de façon à mieux prédire d'éventuelles difficultés ultérieures (la motivation peut notamment être décrite à l'aide des termes suivants: opposition, peu motivé participation passive, participation active, etc.) ;
- types d'aides auditives préconisées : la classe de l'aide auditive renseignée en indiquant le modèle et le type général (intra-auriculaire, contour d'oreille ou à écouteur déporté) et le gain acoustique de l'appareil ;
- les audiométries de gain : différence en champ libre avec appareils en tonal et en vocal adaptés à la personne (milieu silencieux et/ou milieu bruyant, type de matériel vocal) ;
- le nombre d'heures moyen quotidien d'utilisation de l'aide auditive lors de cet essai doit être systématiquement indiqué ;
- des situations et tests particuliers réalisés, de type tests dans le bruit, la localisation sonore spatiale, les questionnaires autres, les courbes de réponse des appareils en oreille artificielle ou en in vivo seront jointes systématiquement. »

[20] Néanmoins, les ORL constatent que l'envoi de ce compte-rendu n'est pas systématique et que son format mériterait d'être harmonisé. Les représentants des ORL souhaitent en effet qu'un format

<sup>149</sup> Selon la mission, ce parcours de soins type ne devrait pas devenir un parcours obligé mais simplement une indication pour l'ensemble des professionnels de la filière.

<sup>150</sup> « Le groupe de travail propose qu'un compte-rendu de l'appareillage soit obligatoirement envoyé au prescripteur et en a défini le contenu standardisé :

- caractéristiques de l'audiologie prothétique du patient ;
- descriptif de sa gêne ;
- descriptif de sa motivation ;
- type(s) et caractéristiques principales d'appareil(s) préconisé(s) ;
- gain avec et sans prothèse ;
- résultats subjectifs (utilisation et information) ;
- difficultés de mémorisation ou de manipulation qui pourraient expliquer une discordance entre résultat subjectif ressenti par le patient et son entourage, et résultat objectif déterminé par le gain prothétique tonal et vocal. »

standardisé puisse être imposé aux audioprothésistes, considérant que la formation des médecins prescripteurs à l'analyse du bénéfice prothétique serait très difficile si la forme du compte-rendu varie d'un audioprothésiste à l'autre.

[21] En outre, la transmission systématique d'un compte-rendu d'appareillage indiquant les gains associés aux aides auditives serait, selon plusieurs interlocuteurs de la mission, une façon d'éviter le sur-appareillage, qui constitue un risque déjà mis en exergue.

[22] Dans le cadre des discussions à venir sur la révision de la nomenclature et, plus généralement, de l'ensemble du parcours de soins relatif au 100 % Santé, il pourrait être envisagé de définir par arrêté un format-type de compte-rendu de l'appareillage audioprothétique.

### 1.3.1.2 Une simplification nécessaire des règles concernant l'essai en cas de renouvellement

[23] Comme il a été indiqué dans l'annexe relative au 100 % Santé, il pourrait être envisagé de réduire la période d'essai en cas de renouvellement à 15 jours.

## 2 Une prise en charge des patients complexes, notamment acouphéniques, souvent insatisfaisante

### 2.1 Plusieurs types de patients dits « complexes »

[24] Dans le cadre de son avis du 9 octobre 2018 faisant suite notamment à l'avis de projet de modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'aides auditives au chapitre 3 du titre II de la liste prévue à la LPP, la CNEDIMTS a identifié différentes « situations complexes » pour lesquelles il aurait été nécessaire de prévoir, dans le cadre de la nomenclature, une individualisation des prises en charge, « soit du fait d'une technicité supérieure de l'appareillage, soit du suivi particulier par l'audioprothésiste ».

[25] La CNEDIMTS a identifié les situations complexes suivantes :

- surdité au moins sévère (> 70 dB selon les recommandations du bureau international d'audiophonologie) unilatérale ou bilatérale ;
- multihandicap ;
- surdité permanente congénitale ;
- acouphène invalidant (objectivé par THI<sup>151</sup>>50 et EVA<sup>152</sup> gêne ≥ 6 ou questionnaire validé mesurant une gêne sévère liée à l'acouphène), nécessitant une prise en charge multidisciplinaire dans laquelle l'audioprothésiste est impliqué ;

<sup>151</sup> THI (Tinnitus Handicap Inventory) ou inventaire du handicap acouphénique est un questionnaire permettant de déterminer l'impact fonctionnel, physique et psychologique des acouphènes ainsi que les résultats d'un traitement.

<sup>152</sup> Echelle visuelle analogique de gêne de 0 (absence de gêne) à 10 (gêne maximale).

- troubles neurocognitifs suspectés via le test Codex<sup>153</sup> avec un score <4 au moment de la prescription et après retour de l'essai prothétique et confirmé secondairement par un bilan neurocognitif ;
- neuropathies auditives ;
- troubles centraux de l'audition ou troubles du traitement auditif.

[26] La CNEDIMTS a évalué à 940 000 le nombre de patients qui seraient concernés par ces pathologies, dont 5 à 10 % nécessiteraient une prise en charge considérée comme complexe, soit 47 000 à 94 000 patients<sup>154</sup>.

## 2.2 Une prise en charge plus difficile pour ces patients, malgré des initiatives intéressantes pour les patients souffrant d'acouphènes

[27] Au-delà des questions relatives au type d'appareillage et au suivi des audioprothésistes, la mission considère que c'est l'ensemble du parcours de soins de ces patients dits « complexes » et les modalités de prise en charge par l'ensemble des professionnels de la filière auditive qui devraient faire l'objet d'une réflexion commune des parties prenantes de la filière. Dans son avis du 9 octobre 2018, la CNEDIMTS soulignait également que « *dans certaines de ces pathologies, d'autres moyens de réhabilitation (entraînement auditif, prise en charge orthophonique ou prise en charge neurocognitive) pourront, le cas échéant, être proposés seuls ou en association pour optimiser les résultats.* »

[28] Pour certaines pathologies, les professionnels de la filière ont su développer une prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire. Ces approches mériteraient d'être plus largement diffusées et déployées de façon plus systématique à destination des différents types de patients dits « complexes », avec la mise en place de différents parcours de soins types.

[29] Sans que la mission ait pu expertiser en détail le parcours des soins des patients souffrant d'acouphènes, leur prise en charge par les professionnels faisant partie du réseau de l'AFRÉPA<sup>155</sup> (Association Francophone des Équipes Pluridisciplinaires en Acouphénologie) a régulièrement été qualifiée par les membres de la filière auditive comme une bonne pratique, qui mériterait cependant d'être plus largement diffusée sur le territoire et déployée pour d'autres types de patients complexes.

[30] Enfin, le besoin d'une formation plus complète d'une partie des audioprothésistes pour pouvoir prendre en charge de façon satisfaisante ces patients complexes a également été régulièrement évoqué à la mission (cf. annexe 6, relative à la formation).

<sup>153</sup> Test Codex (cognitive disorders examination) est un test rapide (<3 min) conçu pour détecter les démences chez les sujets âgés (évaluation de la mémoire et des fonctions cognitives)

<sup>154</sup> Extrait de l'avis de la HAS : « *D'après les données de prévalence de chacune des pathologies issues de la littérature et appliquées à la population française, 940 000 patients seraient concernés par ces pathologies. Selon les experts du groupe de travail, 5 à 10 % de ces patients nécessiteraient une prise en charge considérée comme complexe, soit 47 000 à 94 000 patients.* »

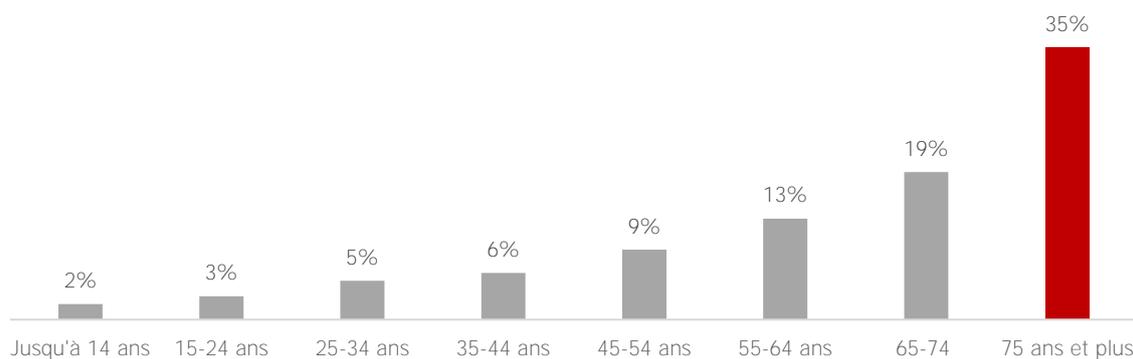
<sup>155</sup> L'AFRÉPA (Association Francophone des Équipes Pluridisciplinaires en Acouphénologie) a été créée par des professionnels médicaux et paramédicaux (médecins ORL, généralistes, psychiatres, comportementalistes, audioprothésistes, psychologues, sophrologues, chercheurs...) désireux de mettre en commun leurs compétences au sein d'une même équipe pour une prise en charge plus efficace des patients acouphéniques et hyperacousiques. Elle a également pour but de favoriser les échanges entre les différentes spécialités et de participer à la réalisation de travaux de recherches cliniques.

### 3 Le cas difficile des patients âgés dépendants en EHPAD ou à domicile

#### 3.1 Une population souvent malentendante qui gagnerait à être appareillée dans de bonnes conditions

[31] Les niveaux de prévalence des troubles de l'audition parmi les personnes âgées de plus de 75 ans sont particulièrement importants. Pour leur grande majorité, ces personnes souffrent de presbycousies « simples », qui pourraient être compensées grâce à un appareillage auditif adapté.

Graphique 15 : Niveaux de prévalence des troubles de l'audition par tranche d'âge



Source : Les Echos Etudes d'après EuroTrak France 2018

[32] Il n'existe pas, à la connaissance de la mission, de statistiques concernant le taux d'équipement des personnes par âge, *a fortiori* selon leur lieu d'hébergement (à domicile ou en établissements d'hébergement pour personnes âgées, dépendantes ou non). Il n'en reste pas moins que de nombreuses personnes âgées, qu'elles soient déjà équipées d'aides auditives ou non, rencontrent des difficultés pour s'appareiller (en primo-appareillage ou en renouvellement) et pour bénéficier d'un suivi de leur appareillage à partir du moment où leur mobilité s'érode.

[33] Pour la majorité des acteurs rencontrés par la mission, une meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes, en particulier dans les EHPAD, constitue ainsi une priorité. Certains experts considèrent néanmoins que le primo-appareillage des personnes âgées dépendantes devrait être un objectif à envisager avec précaution, le risque d'une absence totale d'observance étant particulièrement important pour des patients dont le déclin cognitif est avancé. Selon les gériatres et les spécialistes du vieillissement et de la dépendance interrogés par la mission, il convient ainsi de se rappeler que 30 à 40 % des personnes âgées en EHPAD seraient atteintes de maladies neurodégénératives, pour lesquelles le port d'aides auditives ne serait pas nécessairement adapté, du fait de la grande difficulté de manipulation associée à ce type d'appareils. Il existerait donc un risque important d'appareiller des personnes trop tard, quand la probabilité de voir des aides auditives « rester dans le tiroir » approche de 100 %. Pour ces personnes âgées dépendantes, comme du reste pour l'ensemble de la population, l'enjeu principal est donc d'accéder à un appareillage plus précoce, afin notamment de freiner le développement des troubles cognitifs.

[34] En outre, ces personnes seraient particulièrement vulnérables à des ventes non désirées du fait de leur situation de dépendance. Ce risque apparaît d'autant plus élevé dans le contexte de la réforme 100 % Santé qui a solvabilisé près de 100 % de la population (cf. *infra* sur les pratiques illicites déjà constatées).

[35] Certains interlocuteurs de la mission, notamment des spécialistes de la gériatrie et du milieu des EHPAD, considèrent par ailleurs que ces derniers devraient développer une stratégie plus générale de fourniture de moyens adaptés permettant d'améliorer l'audition de leurs résidents, au-delà du seul appareillage auditif. Ainsi, un meilleur équipement en amplificateurs de son et d'autres moyens technologiques plus « *low cost* » que les aides auditives, mais adaptés aux besoins des résidents d'EHPAD, a été décrit à la mission comme une piste à poursuivre.

[36] Pour plusieurs experts, l'enjeu en matière de de santé publique consisterait donc à cibler prioritairement les personnes âgées encore à domicile et/ou non dépendantes en développant une forme d'accompagnement vers le dépistage. Selon ces mêmes experts, s'agissant des personnes âgées dépendantes hébergées en EHPAD, la priorité devrait être de cibler les personnes âgées déjà appareillées, en trouvant les moyens de leur garantir un suivi de qualité, dans un contexte où les rendez-vous de suivi doivent légalement avoir lieu dans un local réservé à l'activité professionnelle d'audioprothésiste (cf. *infra*, article L. 4636-1 CSP) et où les soignants sont peu familiers des règles d'usage et d'entretien des aides auditives (cf. *infra*).

[37] Pour autant, la mission considère que les personnes âgées dépendantes non-appareillées à leur entrée en EHPAD doivent également pouvoir bénéficier d'un appareillage s'il est prouvé qu'elles peuvent en retirer un bénéfice. Cet appareillage doit faire l'objet d'un encadrement particulièrement fort, afin d'éviter la surconsommation de soins et des pratiques commerciales déloyales (cf. *infra*).

## 3.2 Des pratiques illicites observées en dépit d'un cadre légal restrictif

### 3.2.1 Un cadre légal actuel qui rend particulièrement complexe la prise en charge des patients en EHPAD par les audioprothésistes

[38] A l'heure actuelle, l'interdiction stricte de toute pratique itinérante de la profession d'audioprothésiste et les exigences d'équipement du local réservé à cette activité rendent particulièrement difficiles la mise en place d'une prise en charge adaptée à la faible mobilité de ce type de patients :

- l'article L. 4361-7 du code de la santé publique interdit l'exercice itinérant de la vente d'aides auditives : « *La location, le colportage, les ventes itinérantes, les ventes dites de démonstration, les ventes par démarchage et par correspondance des appareils de prothèse auditive sont interdits* » ;
- l'article L. 4636-1 du code de la santé publique définit en outre le principe selon lequel l'activité d'audioprothésiste doit être réalisée dans un local réservé à cet effet et aménagé selon des conditions précisées par décret : « *L'activité professionnelle d'audioprothésiste ne peut être exercée que dans un local réservé à cet effet et aménagé, selon des conditions fixées par décret, afin de permettre la pratique de l'audioprothèse définie au deuxième alinéa de l'article L. 4361-1* ».

#### 3.2.1.1 Des pratiques de terrain qui suscitent des interrogations

[39] En dépit de cette interdiction très stricte de tout exercice itinérant de la profession d'audioprothésiste, diverses pratiques illicites ont été rapportées à la mission, dont certaines font l'objet de procédures judiciaires. La DGCCRF a ainsi fait état à la mission de plusieurs signalements adressés à des Directions départementales de la protection des populations (DDPP) pour des faits de ventes auditives dans des EHPAD. Pour un certain nombre d'entre eux, l'entreprise distributrice

d'audioprothèses se serait même présentée comme représentante de la CPAM locale pour pouvoir réaliser des dépistages de l'ensemble des résidents.

[40] Au-delà de ces pratiques probablement illégales, qui peuvent ou pourront faire l'objet de poursuites au niveau pénal, l'ensemble des règles précitées pourraient ne pas être scrupuleusement respectées par des audioprothésistes n'ayant pas développé une stratégie aussi systématiquement frauduleuse. Un certain nombre d'acteurs de la filière reconnaissent évoluer parfois aux marges de la légalité afin d'apporter un service à des patients qui ne sont plus en mesure de se déplacer dans leurs centres d'audioprothèses. Il a ainsi été rapporté à la mission que certains audioprothésistes, conscients de l'interdiction absolue de la réalisation d'actes relevant de l'activité d'audioprothésiste au domicile des patients se protégeraient d'actions contentieuses en sollicitant une prescription préalable de l'ORL et/ou du médecin généraliste. Une telle prescription justifierait l'incapacité du patient à se déplacer et donc le caractère indispensable de l'intervention de l'audioprothésiste sur le lieu d'hébergement du patient (domicile ou EHPA). Présentée comme un service indispensable pour certains patients qui, sans cela, ne seraient plus ou mal appareillés, cette pratique est néanmoins questionnable dans l'état actuel du droit et, si elle était plus largement diffusée, source de potentielles dérives.

[41] Un certain nombre d'acteurs de la filière revendiquent, par ailleurs, ouvertement le caractère itinérant de leur activité, qui permettrait d'offrir un service à des personnes peu mobiles. Ainsi, l'un des acteurs importants de la filière a développé une offre d'« *opticiens et audioprothésistes mobiles* ». Le site internet du groupe présente ainsi cette offre : « *Muni de son matériel de dernière technologie et d'une large gamme d'équipements d'optique, les spécialistes de la vue et de l'audition sont en mesure de réaliser sur place toutes les prestations nécessaires [...] Le réseau [...] possède l'agrément de la Sécurité Sociale, ce qui facilite l'accès aux soins au plus grand nombre. [...] Si le patient réside dans un Ehpad ou dans une maison de retraite, l'opticien/audioprothésiste mobile peut également s'y déplacer pour un rendez-vous* ».

[42] Cette offre est régulièrement critiquée par les acteurs de la profession rencontrés par la mission. Elle est néanmoins présentée par certains comme licite dans la mesure où le patient aurait accès, dans le camion, à un local et à des équipements répondant aux exigences légales (cf. article L. 4636-1 du code de la santé publique : « *un local réservé à cet effet et aménagé, selon des conditions fixées par décret, afin de permettre la pratique de l'audioprothèse définie au deuxième alinéa de l'article L. 4361-1* » et l'article D.4361-19 du code de la santé publique qui précise ces conditions<sup>156</sup>). Pour la majorité des audioprothésistes cependant, une cabine située dans un camion ne saurait répondre aux conditions fixées par l'article D.4361-19 du code de la santé publique, en particulier la disposition qui prévoit que « *le niveau de bruit dans les conditions normales d'utilisation n'excède pas quarante décibels* ».

[43] D'autres offres sont par ailleurs visibles sur internet. Une enseigne d'audioprothésistes récemment créée reconnaît ainsi sur son site réaliser des appareillages à domicile. Le site internet met ainsi en avant un témoignage de patient : « *Ils m'ont indiqué la marche à suivre. Pour les rencontrer, il me fallait une ordonnance médicale justifiant de mes difficultés à me déplacer. Ensuite, ils sont venus à mon domicile pour réaliser un dépistage des troubles de l'audition. Ils m'ont expliqué les*

<sup>156</sup> Article D. 4361-19 CSP : « Le local réservé à l'activité professionnelle d'audioprothésiste comprend :

1° Soit un cabinet et une cabine insonorisée, soit une salle de mesures audioprothétiques d'un volume utile minimum de quinze mètres cubes. Dans les deux cas, le niveau de bruit dans les conditions normales d'utilisation n'excède pas quarante décibels A exprimé en niveau constant équivalent sur une durée de mesure d'une heure ; ce temps de réverbération ne doit pas, pendant les mesures audioprothétiques, y être supérieur à 0,5 seconde à la fréquence de 500 hertz ;

2° Une salle d'attente distincte de la salle de mesures audioprothétiques ;

3° Un laboratoire isolé de la salle de mesures audioprothétiques lorsqu'il y a fabrication d'embouts ou de coques. »

*résultats et les étapes restantes afin de m'appareiller* ». Cette entreprise indique en outre n'intervenir à domicile qu'à la demande des patients ou à l'appui d'une prescription médicale : « *Que ce soit à domicile ou en institution, nous appareillons les patients dépendants à domicile. Les audioprothésistes intervenants sont diplômés d'Etat et toujours rattachés à un centre d'audition de proximité cohérente agréé par la sécurité sociale. Les déplacements sont réalisés à la demande du patient ou d'un tiers sur justificatif médical* ».

[44] Indépendamment de la qualification juridique de ces pratiques, plusieurs risques importants sont à souligner, relatifs :

- à la qualité de l'appareillage – les équipements disponibles pour un appareillage à domicile ou dans un camion ne permettant pas de réaliser les audiométries dans le respect des règles de l'art ;
- à la capacité à réaliser le suivi une fois les aides auditives vendues : les entreprises seront-elles en capacité de répondre aux exigences fixées par l'arrêté du 14 septembre 2018 en matière de rendez-vous de suivi, notamment de réaliser les rendez-vous à 3, 6 et 12 mois au cours de la première année d'appareillage, puis deux rendez-vous de suivi annuels à partir de la deuxième année ;
- au risque, en conséquence, d'une moindre observance par les patients.

### 3.2.2 Une faible connaissance des problématiques liées à l'audition et des règles d'usage des aides auditives chez les professionnels sociaux et médico-sociaux qui constitue un obstacle à l'observance

[45] La sensibilisation des professionnels travaillant auprès de personnes âgées aux questions liées à la déficience auditive et aux conditions de port des aides auditives apparaît largement insuffisante aux personnes rencontrées par la mission.

[46] La mission n'a pas pu accéder à des données d'études indépendantes sur cette question. Seuls les résultats d'une étude menée par un groupe de centres d'audioprothèses indépendants situé dans la région Hauts-de-France, dont le PDG a été rencontré par la mission, permettent donc d'objectiver les constats présentés dans la présente partie du rapport.

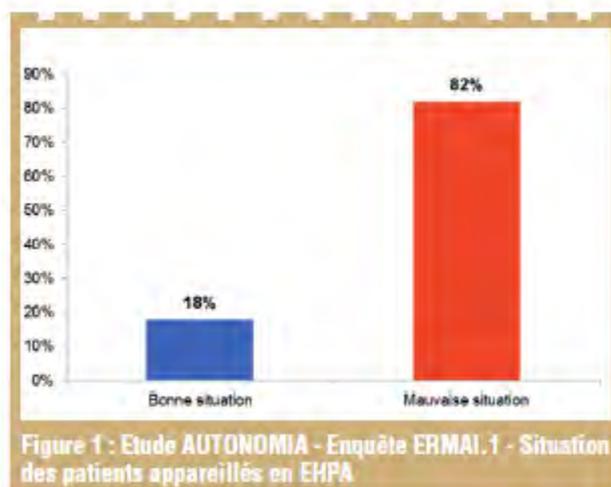
#### L'étude Autonomia

Une étude menée dans l'ex-région Nord-Pas de Calais de septembre 2009 à février 2015 par le Service d'Aide aux Malentendants Institutionnalisés ou Dépendants (SAMID) – regroupant des audioprothésistes et des assistants techniques des laboratoires d'audiologie Renard, dont le PDG a été rencontré par la mission – qui visait à « *évaluer l'autonomie des patients appareillés et les effets d'une action de formation auprès du personnel soignant exerçant en EHPA (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées)*<sup>157</sup> » a démontré que 82 % des patients résidant en EHPA ne portaient pas leurs aides auditives dans des conditions satisfaisantes<sup>158</sup>.

<sup>157</sup> <https://www.laborenard.fr/pdf/etude-autonomia.pdf>

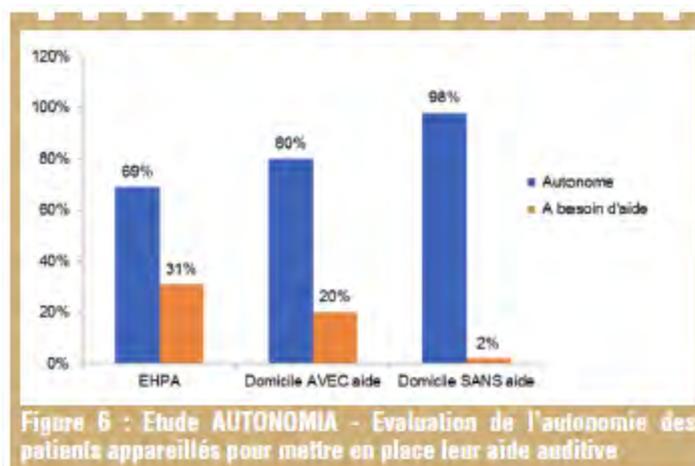
<sup>158</sup> Les conditions satisfaisantes étant décrites comme suit : appareil allumé et fonctionnel, correctement mis en place sur les oreilles du patient... Les mauvaises conditions étaient pour leur part décrites comme suit : appareil porté éteint, bouché, en panne...

Présentation des conditions de port des aides auditives – 186 patients résidants en EHPA de la région Nord Pas de Calais (septembre 2009)



L'étude analysait cette situation de la façon suivante : « la principale raison évoquée par le personnel soignant pour expliquer cette « mauvaise situation » était, le plus souvent, que les patients n'étaient plus en capacité d'assurer eux-mêmes une gestion quotidienne suffisante ou adaptée de leurs aides auditives. Cette situation les conduisait alors au port de leur appareillage dans de mauvaises conditions ou à l'abandon pur et simple de celui-ci. De plus, si les équipes des établissements gériatriques étaient bien conscientes des difficultés rencontrées par le patient, elles étaient confrontées à une autre problématique : elles-mêmes ne savaient pas comment les aider et avaient peur de « mal faire ». Les prothèses auditives finissaient donc souvent « dans le tiroir ».

Une étude a été menée en parallèle auprès de 1 253 patients malentendants, hébergés de trois façons différentes : patients vivant à domicile sans aide (1 053 personnes) ; patients vivant à domicile avec aide (service d'aide à domicile, infirmière... : 92 personnes) ; patients vivant en établissement gériatrique en EHPA (EHPAD, foyer-logement... : 108 personnes). Il ressortait de cette analyse comparative que les personnes en EHPA étaient beaucoup moins autonomes que celles des autres groupes pour le port de leurs aides auditives. Leurs principales difficultés venaient de la manipulation des piles. L'étude soulignait ainsi que « 40% des patients vivant à domicile avec aide ou en EHPA ont besoin d'aide pour réaliser cet acte essentiel, chaque soir dans le cas d'une aide auditive rechargeable, ou tous les 8 à 15 jours dans le cas d'un appareillage non rechargeable (délai variable selon l'utilisation et les types d'appareils). La gestion des piles peut devenir une problématique importante pour plusieurs raisons : manipulation minutieuse en raison de leur petite taille ; sens de la pile à respecter ; nécessité de réapprovisionnement régulier ; capacité à percevoir la nécessité de recharge de la batterie ou du changement de piles. Le patient dépendant rencontre alors un risque majeur de porter ses aides auditives avec des piles usées, voire mises à l'envers, accentuant là encore son problème auditif ». L'étude concluait même que « les problèmes de piles sont sans aucun doute l'une des principales raisons d'abandon de port d'un appareillage auditif ».

Evaluation de l'autonomie des patients appareillés pour mettre en place leur aide auditive

[47] S'il existe un certain nombre de recommandations et/ou fiches de bonnes pratiques portant sur la bonne appréhension des déficiences sensorielles, dont auditives, destinées aux structures et personnels travaillant auprès des personnes âgées dépendantes<sup>159</sup>, la formation à l'accompagnement à l'usage et à l'entretien des aides auditives apparaît clairement insuffisante.

[48] A titre indicatif, un document ancien, publié en octobre 2007, par le ministère chargé de la santé en lien avec la Société française de gériatrie et gérontologie<sup>160</sup> abordait certes de façon sommaire les enjeux liés au nettoyage et au port des aides auditives mais, dans l'ensemble, la formation des soignants est insuffisante.

[49] Le retour d'expérience de l'étude précitée Autonomia du SAMID aurait démontré qu'une formation adaptée des soignants intervenant auprès de personnes âgées dépendantes et malentendantes permet d'obtenir une meilleure observance en matière de port des aides auditives. A l'appui des constats dressés précédemment, les professionnels du SAMID ont ainsi mis en place une action de sensibilisation et de formation, à partir de janvier 2010 auprès de 41 EHPAD de l'ex région Nord-Pas de Calais. Cette action de sensibilisation et de formation s'est traduite par une formation théorique (repérage des troubles auditifs, modalités de communication avec un patient malentendant, conduites à tenir en cas de problème avec un appareillage auditif, mesure de l'autonomie dans la gestion quotidienne d'un appareillage auditif, et une formation pratique (manipulation d'aides auditives, utilisation de produits d'entretien, gestion quotidienne des prothèses auditives)<sup>161</sup>. A l'issue de cette formation, dans les 41 EHPAD concernés, 86 % des patients observés auraient porté leurs aides auditives dans de bonnes conditions, plusieurs années après les premières formations, contre seulement 18 % des patients en 2010.

[50] La formation systématique des soignants travaillant auprès de personnes âgées dépendantes sur les enjeux liés à la déficience auditive et au bon usage des aides auditives serait à l'évidence une

<sup>159</sup> En particulier les fiches-repères « Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées » de l'ANESM de décembre 2016 ou les fiches conseils de Handiconnect : <https://handiconnect.fr/fiches-conseils/definition-prevalence-semantique-des-troubles-de-laudition>

<sup>160</sup> Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

<sup>161</sup> Cette formation reposait sur deux démarches importantes :

- Proposer ce kit de formation aux équipes des établissements gériatriques : formation du personnel soignant, choix d'un référent et remise d'outils de formation pour pérenniser l'action au sein de l'EHPAD.
- Après formation, mettre en place un suivi individualisé pour chaque patient en fonction de sa situation prothétique : mise en place des conditions d'échanges entre les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire et l'audioprothésiste.

piste d'amélioration de l'observance des patients. A défaut, il serait intéressant d'envisager, de façon sans doute plus réaliste, l'identification et la formation d'un « référent audition » dans chaque EHPAD ou pour un groupe d'EHPAD au niveau d'un territoire donné, où le référent audition serait susceptible d'intervenir.

### 3.2.3 Un parcours dédié aux personnes âgées dépendantes hébergées à domicile ou en EHPAD qui pourrait être expérimenté

[51] La future convention CNAM prévoit déjà à son article 14 les conditions dans lesquelles une expérimentation dédiée aux personnes âgées dépendantes pourrait être envisagée. Cet article rappelle tout d'abord le caractère illégal de l'activité itinérante de l'appareillage ainsi que les obligations d'aménagement et d'équipement du local réservé à la pratique de l'audioprothésiste. Il envisage ensuite la possibilité d'expérimenter des conditions particulières pour l'appareillage des malentendants en situation de dépendance à domicile ou en établissement<sup>162</sup>. Aux termes de l'article 14, cette expérimentation devrait ainsi être « *initiée par les pouvoirs publics* » et assurer que « *la qualité de la prise en charge soit préservée* ».

[52] La rédaction de cet article, comme l'ensemble des dispositions contractuelles prévues par la convention, a fait l'objet de longues négociations entre les différents partenaires. Elle reflète ainsi un point d'équilibre entre les différentes positions syndicales au sein de la filière. Aux yeux de la mission, l'article 14 pourrait ainsi constituer un cadre de réflexion pour le lancement d'une expérimentation.

[53] La mission relève néanmoins que certains syndicats auraient préféré un encadrement *a priori* plus strict. Les représentants du SYNAM ont ainsi indiqué à la mission qu'ils auraient souhaité inscrire, entre autres, dans la convention que le choix de l'audioprothésiste devait rester celui du patient et/ou de ses proches et non qu'un audioprothésiste lié à l'EHPAD puisse leur être imposé et qu'un primo-appareillage ne saurait intervenir qu'à l'issue d'un déplacement en centre d'audioprothèse afin de maintenir un lien de proximité avec le centre d'audioprothèse.

[54] L'expérimentation prévue par l'article 14 de la future convention CNAM pourrait intervenir dans le cadre des conditions prévues par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018<sup>163</sup>, dont le décret du 21 février 2018<sup>164</sup> précise les modalités de mise en œuvre. Pour rappel, les expérimentations de l'article 51 peuvent être initiées par les acteurs du terrain et être mises en œuvre au niveau national ou territorial.

---

<sup>162</sup> « *Les partenaires entendent concourir à l'optimisation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans le parcours de soins en audiologie. Elles soutiennent toute expérimentation initiée par les pouvoirs publics afin de favoriser l'appareillage auditif des personnes âgées dépendantes ; notamment la mise en place d'un parcours spécifique pouvant comporter un exercice professionnel en partie extérieur à l'établissement de l'entreprise en audioprothèse, à condition que la qualité de la prise en charge soit préservée. Ils se concertent au sein de la Commission Paritaire Nationale sur les évolutions susceptibles d'être promues en ce sens et les propositions pouvant être adressées aux pouvoirs publics* »

<sup>163</sup> La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. Et ce, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.

<sup>164</sup> Décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036635859>

[55] Cette expérimentation pourrait, en outre, s'inspirer des conditions d'encadrement prévues par le décret n°2020-110 du 11 février 2020<sup>165</sup> relatif à l'expérimentation prévue par la loi n°2019-72 du 5 février 2019 visant à améliorer la santé visuelle des personnes âgées en perte d'autonomie<sup>166</sup>.

[56] Elle pourrait enfin permettre de définir un parcours de soins spécifique pour les personnes âgées dans l'incapacité de se déplacer, dont les conditions pourraient le cas échéant différer entre les personnes déjà appareillées et non-appareillées. Une tarification *ad hoc* pourrait également être envisagée.

## 4 La télé-audiologie, un outil à mobiliser pour faciliter les parcours de soins, notamment au sein des EHPAD

### 4.1 La télé-audiologie, un levier intéressant pour renforcer l'accessibilité et fluidifier les parcours de soins

[57] Les ressources de la télé-audiologie apparaissent comme un outil intéressant à mobiliser pour améliorer l'accès des patients atteints de presbycusie à l'appareillage auditif. Comme le soulignait le SNITEM dans un document récent consacré à l'innovation<sup>167</sup> « *le défi de l'accessibilité est aussi géographique. En France, l'évolution démographique annoncée devrait s'accompagner d'une hausse du nombre de porteurs de solutions auditives, sur un territoire où il existe des disparités dans la répartition des professionnels de santé et où l'avancée en âge s'accompagne parfois d'une perte d'autonomie. Un contexte dans lequel se développe la télé-audiologie* ». Il existe cependant différentes modalités de développement de la télé-audiologie, comme le montre l'encadré suivant.

[58] Parmi les populations qui devraient être les plus directement concernées par la télé-audiologie, on peut mentionner les résidents des EHPAD dont la mobilité est restreinte (cf. *infra*, partie suivante) ainsi que les personnes résidant dans des zones en forte tension.

#### Les différentes modalités de la télé-audiologie

L'essor des technologies numériques a fait naître le concept de télé-audiologie. Elle permet aux professionnels de santé de prendre en charge à distance des patients atteints de déficiences auditives. Apparue d'abord aux Etats-Unis au milieu des années 1990, puis développée avec la mise en œuvre de programmes nationaux aux Etats-Unis et en Australie à partir de la fin de la décennie 2000, elle reste expérimentale en France.

La télé-audiologie représente un changement de paradigme et d'organisation majeur qui ne vise pas seulement à remplacer les pratiques courants mais à fournir aussi une nouvelle offre de services dans des situations choisies. Cela va exiger de définir le cadre légal de son application et de préciser le statut et la formation des facilitateurs pour maintenir les règles de bonnes pratiques et le respect de la confidentialité.

De nombreuses modalités de prise en charge par les ORL, les médecins généralistes, les audioprothésistes et les orthophonistes sont déjà ouvertes par la télé-audiologie, et en particulier

- la réalisation d'une audiométrie et d'autres explorations (PEA, otoémissions...);

<sup>165</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041559018/>

<sup>166</sup> L'article unique de la loi du 5 février 2019 dispose que le DG de l'ARS peut autoriser, au sein des EHPAD, à titre expérimental, les opticiens-lunetiers à réaliser une réfraction et à adapter, dans le cadre d'un renouvellement de délivrance les prescriptions initiales de verres correcteurs et de lentilles de contact en cours de validité, sauf opposition du médecin.

<sup>167</sup> Source : SNITEM, Livret audiologie – édition 2020 : <https://www.snitem.fr/publications/livrets-innovation/le-livret-audiologie-edition-2020/>

- la télé-otoscopie : la SFA et la SFORL, qui ont adopté des recommandations de bonne pratique en matière de télé-médecine en audiologie, plaident pour son développement ;
- la téléassistance ou le télé-réglage. L'audioprothésiste peut, pour certains appareils, directement intervenir auprès de son patient afin de régler ses audioprothèses, notamment dans le cadre d'un suivi d'appareillage. Il est possible également de vérifier la fonctionnalité de l'adaptation prothétique. Dans un document relatif à l'innovation en audiologie, le SNITEM présente ainsi cette nouvelle fonctionnalité : « Via une application installée sur un smartphone, l'utilisateur explique les difficultés rencontrées avec son réglage avant de les envoyer à l'audioprothésiste qui les reçoit sur un logiciel dédié. Averti par notification, le professionnel de santé ajuste le réglage via la plateforme, et le renvoie de la même manière au patient qui téléchargera son nouveau module de réglage et pourra le comparer avec l'ancien. S'il est satisfait, il lui restera à enregistrer cette nouvelle version dans son aide auditive grâce à son smartphone » ;
- la télé-séance avec un audioprothésiste, notamment dans le cadre des prestations de suivi. Le projet de convention entre l'UNCAM et les audioprothésistes prévoit que c'est possible mais que cela ne peut pas se substituer aux deux séances annuelles en présentiel ;
- la téléconsultation médicale qui permet de mettre en relation un ORL avec un patient. Ces consultations se sont développées lors de la crise épidémique ;
- la réalisation d'un bilan orthophonique et la rééducation orthophonique.

[59] Les freins au développement de la télé-audiologie sont néanmoins encore assez nombreux. Il convient notamment de citer :

- l'âge des patients, qui est élevé (pour rappel, le premier appareillage a lieu autour de 74 ans) ;
- le taux d'usage d'internet, qui chute de 20 points environ à compter de 70 ans ;
- les difficultés d'accès à l'internet haut débit (zones blanches) ;
- les questions de rémunération et de formation des professionnels de santé ;
- les problèmes de confidentialité des données ;
- et, enfin, l'ensemble des autres limites juridiques, réglementaires, organisationnelles et techniques<sup>168</sup>.

[60] D'après une étude récente de la société française d'audiologie portant sur 96 répondants, les audioprothésistes semblent plus enclins à vouloir utiliser la télé-audiologie que les médecins et les orthophonistes. La difficulté perçue à réaliser un acte de télé-audiologie augmente logiquement avec la technicité de ce dernier, à l'exception étonnante du réglage d'implant cochléaire. Dans la vision des personnes interrogées, le suivi chronique, le conseil et la guidance sont les activités les plus à même d'être proposées à distance. L'étude souligne qu'une formation dédiée des professionnels de l'audition sera nécessaire pour lever les différents verrous, qu'ils soient réels ou simplement perçus.

[61] Enfin, il convient de souligner que, dans le cadre de la préparation de sa fiche relative à la « qualité et sécurité du télésoin : bonnes pratiques pour la mise en œuvre » publiée en mars 2021<sup>169</sup>,

<sup>168</sup> Extrait de la publication du SNITEM précitée : « L'une des populations qui pourrait être concernée par la téléaudiologie est celle des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) dont la mobilité est restreinte, souligne Philippe Metzger. Encore faut-il que la personne soit à l'aise avec l'outil informatique et qu'il y ait le matériel adéquat, un personnel formé et disponible pour accompagner le malentendant et assurer la liaison avec le professionnel de santé auditive ».

<sup>169</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3240878/fr/qualite-et-securite-du-telesoin-criteres-d-eligibilite-et-bonnes-pratiques-pour-la-mise-en-oeuvre#toc\\_1\\_2](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3240878/fr/qualite-et-securite-du-telesoin-criteres-d-eligibilite-et-bonnes-pratiques-pour-la-mise-en-oeuvre#toc_1_2). Cette fiche a été réalisée par la HAS à la demande de la ministre des Solidarités et de la Santé pour (i) définir, pour chaque catégorie de professionnels, les situations cliniques, le périmètre et les publics

la HAS a entendu les principaux acteurs de la filière audioprothèse (SDA, SYNAM, SYNEA, CNA) sur cet enjeu de développement du télésoin. La HAS concluait ainsi que « *les parties auditionnées considèrent que le recours au télésoin devrait pouvoir considérer la situation du patient (impossibilité de se déplacer), le nombre de déplacements et la nature des réglages à réaliser, et l'évolution des technologies et des usages des outils digitaux* ».

#### 4.2 Au sein des EHPAD, la télé-audiologie comme moyen de faciliter l'accès

[62] Le recours à la télé-audiologie, dans ses différentes dimensions, pourrait constituer un outil intéressant pour fluidifier les parcours de soins des personnes âgées peu mobiles, notamment en EHPAD.

[63] Pour le CNP d'ORL, selon les termes d'une contribution écrite adressée à la mission, il convient ainsi « *pour les maisons de retraite qui abritent la population la plus fragile sur le plan cognitif et la moins mobile de développer une offre de télésanté et de télé-audiométrie réalisée par l'ORL, accompagnée d'une valorisation adaptée à la longueur de l'examen et de sa difficulté dans ce contexte particulier* ».

[64] Selon le SYNEA, les personnes dépendantes sont, avec « les personnes en attente d'un nouveau service digital de télésoin pour éviter les déplacements dans le cadre de leur suivi d'appareillage », celles pour lesquelles le développement du télésoin est le plus indispensable pour permettre l'appareillage et ensuite un suivi régulier.

[65] Il conviendrait ainsi d'intégrer la téléconsultation et le télésoin audioprothétique dans le cadre de l'expérimentation précédemment recommandée

---

pour lesquels les actes de télésoin sont à exclure et (ii) élaborer des recommandations sur le bon usage et la qualité des pratiques relatives au télésoin.



## ANNEXE 6 : Formation

### 1 L'ORL-CCF, une spécialité médico-chirurgicale qui pourrait évoluer afin d'améliorer la prise en charge médicale des troubles de l'audition

#### 1.1 Une spécialité qui attire une majorité d'étudiants se destinant prioritairement à l'exercice de la chirurgie

##### 1.1.1 Une formation principalement tournée vers la pratique chirurgicale

##### 1.1.1.1 La formation des ORL

[1] La réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études de santé a été mise en place par l'arrêté du 27 novembre 2017, qui détaille les connaissances et compétences à acquérir dans le cadre de la formation initiale du médecin spécialiste<sup>170</sup>. La formation à la prise en charge de la santé auditive figure de manière explicite dans la maquette des Diplômes d'études spécialisées (DES) d'ORL-Chirurgie Cervico-Faciale (ORL-CCF) et de Gériatrie et de la Formation spécifique transversale (FST) de Médecine scolaire et de manière implicite dans les DES de Médecine et santé au travail et de Pédiatrie. La formation initiale des médecins généralistes ne prévoit pas, en revanche, l'acquisition de connaissances ni de compétence spécifiques dans le domaine de la surdité.

[2] La formation des ORL dure douze ans et comprend plusieurs étapes. Dès le 1<sup>er</sup> cycle des études médicales, d'une durée de trois ans, la préparation du diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM) aborde l'organisation morphologique et fonctionnelle du système nerveux central (SNC), périphérique (SNP) et végétatif (SNV) et développe dans le cadre de l'unité d'enseignement (UE) « *Système neurosensoriel et psychiatrie* » les notions de base utiles à la compréhension des signes cliniques et paracliniques en ORL (organisation anatomique et fonctionnelle de l'audition, de l'équilibre, de l'olfaction et sémiologie clinique et paraclinique en ORL). Au cours du 2<sup>ème</sup> cycle, le diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM) permet d'acquérir les connaissances fondamentales en ORL. Sur les 20 items figurant au programme, quatre sont plus particulièrement dédiés aux troubles de l'audition ou aux pathologies pouvant y conduire : « Altération de la fonction auditive – dépistage des troubles auditifs chez l'enfant », « Evaluation clinique d'un handicap sensoriel : la surdité », « Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé : surdité et vertige » et « Otites infectieuses de l'adulte et de l'enfant ».

[3] Le troisième cycle des études médicales, d'une durée de six ans (douze semestres, dont au moins neuf dans la spécialité), est consacré à la préparation du DES d'ORL-Chirurgie Cervico-Faciale, qui permet d'acquérir les connaissances et compétences spécifiques à l'exercice de la spécialité. En 2020, 8 820 étudiants de sixième année ont passé avec succès les Epreuves classantes nationales (ECN), à l'issue desquelles étaient proposés 81 postes dans la spécialité ORL-CCF, qui se situe ainsi au sixième rang en 2020 des spécialités les plus choisies. La maquette de la formation, modifiée en 2017, définit une phase socle (deux stages de six mois), une phase d'approfondissement (six stages

---

<sup>170</sup> Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine, modifié par l'arrêté du 19 mars 2019.

de six mois) et une phase de consolidation (deux stages de douze mois)<sup>171</sup>. L'étudiant en troisième cycle peut, au cours de son parcours de formation professionnelle, demander à suivre l'option « Audiophonologie » (audiologie et phoniatrie). Il n'existe pas en revanche de formation spécialisée transversale (FST) dans ce domaine.

[4] Au cours de la phase socle, d'une durée de deux semestres, l'étudiant acquiert :

- des connaissances de base dans la spécialité (en anatomie, embryologie, développement et physiologie de l'oreille, des cavités rhino-sinusiennes, de la face et du cou, et des voies aéro-digestives supérieures, génétique, immunologie et oncologie appliqués à l'oto-rhino-laryngologie, pharmacologie des médicaments usuels en oto-rhino-laryngologie et prise en charge des urgences ORL) ;
- des compétences génériques et transversales : principes de chirurgie et d'anesthésie, soins péri-opératoires, méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique, organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale, hygiène et sécurité, gestion des risques en unité de soins et au bloc opératoire, relation médecin-malade, approche multidisciplinaire des problèmes de santé en ORL, maladies chroniques et ORL, relations interprofessionnelles en ORL (avec les pédiatres, gériatres, médecins généralistes, autres disciplines chirurgicales, audioprothésistes, orthophonistes, kinésithérapeutes), douleurs, soins palliatifs, stérilisation, hygiène, infectiologie, principes de cancérologie, prise en charge des urgences vitales ;
- des compétences propres à la spécialité, à la fois cliniques (rassembler de façon cohérente les informations recueillies lors de l'examen clinique, organiser de façon autonome la prise en charge des urgences simples, prendre en charge les complications simples d'un patient hospitalisé, reconnaître les situations à risque ou d'aggravation en urgence concernant les pathologies infectieuses de la tête et du cou ainsi que celles à l'origine d'une détresse respiratoire ; identifier les variables qui permettent d'identifier les bénéfices et les risques d'un acte diagnostique ou thérapeutique), techniques (connaître les gestes de base dans le domaine chirurgical), transversales (connaître les ressources permettant d'améliorer et de coordonner la prise en charge des patients, en particulier les orthophonistes, les kinésithérapeutes, et les outils développés pour améliorer la performance des soins, comme les réunions de concertation pluridisciplinaire, etc.) et comportementales (autoformation, déontologie, maîtrise du stress lié à l'activité chirurgicale).

[5] Les étudiants réalisent, par ailleurs, deux stages, l'un dans un centre hospitalier agréé à titre principal en ORL et chirurgie cervico-faciale dans un secteur hors explorations fonctionnelles, l'autre dans un centre hospitalier agréé à titre principal dans une autre spécialité chirurgicale. La possibilité de mettre en application l'apprentissage théorique et pratique acquis au cours de leur formation hors stage, en particulier des gestes techniques d'explorations fonctionnelles, compte toutefois parmi les critères d'agrément de ces stages.

[6] La phase d'approfondissement, d'une durée de six semestres, permet aux étudiants d'acquérir des connaissances théoriques et pratiques spécifiques dans quinze domaines principaux, dont trois concernent plus directement les questions d'audition (explorations fonctionnelles en oto-rhino-laryngologie, pathologie de l'oreille, audiophonologie et phoniatrie). Les compétences spécifiques, au-delà du diagnostic des pathologies courantes de la spécialité de leur prise en charge diagnostique

---

<sup>171</sup> Arrêté du 19 mars 2019 modifiant l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.

et thérapeutique et des compétences dites comportementales, sont de nature essentiellement chirurgicale<sup>172</sup>. Parmi les compétences techniques à acquérir figurent néanmoins les actes d'audiométrie, d'otologie et d'explorations vestibulaires. Quatre stages sont prévus en milieu hospitalier, dont un au moins dans le secteur d'explorations fonctionnelles, auxquels s'ajoutent un stage dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en neurochirurgie, en chirurgie maxillo-faciale, en chirurgie thoracique et cardiovasculaire, en chirurgie vasculaire, en chirurgie plastique, reconstructrice et réparatrice et à titre complémentaire en ORL et CCF et un stage libre.

[7] Enfin, la phase de consolidation, d'une durée de deux ans, permet à l'étudiant d'acquérir une autonomie dans toutes les composantes du métier (prise en charge médico-chirurgicale des patients, maîtrise des actes techniques, travail en équipe uni et pluridisciplinaire, réalisation des tâches administratives, auto-évaluation) et de contribuer à l'amélioration de la prise en charge territoriale des pathologies couvertes par la spécialité (notions de seuils d'activité, activité de recours). Elle comprend deux stages d'un an en milieu hospitalier, dont l'un peut être remplacé à titre exceptionnel par un stage libre d'une durée d'un an répondant au projet professionnel de l'étudiant.

#### 1.1.1.2 L'option audiophonologie

[8] Les inscrits au DES d'ORL peuvent, par ailleurs, suivre l'option « Audiophonologie » (audiologie et phoniatrie) d'une durée de deux semestres, qui permet aux étudiants se destinant plus particulièrement à l'exercice de l'ORL médicale de maîtriser :

- l'approche clinique et les explorations fonctionnelles audio-vestibulaires chez l'adulte et l'enfant : savoir détecter une pathologie de l'oreille externe, de l'oreille moyenne et de l'oreille interne en pratiquant un examen systématique du pavillon, de la région rétro-auriculaire, du conduit auditif externe et du tympan, une anamnèse du patient malentendant incluant des questionnaires d'évaluation et les différents examens d'exploration de l'appareil auditif : audiométrie tonale en voie aérienne et osseuse, audiométrie vocale dans le silence et dans le bruit, audiométrie supraliminaire, tests auditifs d'électrophysiologie (potentiels évoqués auditifs précoces et tardifs, potentiels stationnaires, électro-cochléographie) et acoustiques (otoémissions acoustiques, produits de distorsion acoustique) ; figure également au programme l'analyse des résultats des différents examens d'exploration de l'appareil auditif avant et après appareillage audio-prothétique ;
- l'organisation de la prise en charge thérapeutique du patient malentendant, en distinguant les pathologies auditives qui ne relèvent pas directement d'une réhabilitation prothétique ou chirurgicale de l'audition, en inventoriant les indications et les contre-indications médico-chirurgicales des différents types de réhabilitations auditives (chirurgie de l'oreille moyenne, prothèses auditives conventionnelles, prothèses auditives implantables), en identifiant les freins potentiels à la réhabilitation audio-prothétique (difficultés à la prise d'empreinte, handicaps associés pouvant gêner la manipulation de la prothèse auditive, freins psychosociaux) et en coordonnant les différents professionnels de santé intervenant dans le parcours de soin ;

---

<sup>172</sup> Prendre en charge des complications postopératoires y compris complexes, évaluer le bénéfice et le risque d'un examen complémentaire et d'un traitement, organiser la sortie d'un patient admis aux urgences ou hospitalisé, rédiger un compte rendu d'hospitalisation, connaître le fonctionnement des instruments utilisés au bloc opératoire et les différents temps opératoires des interventions courantes de la spécialité ainsi que leurs complications et le traitement de ces complications, rédiger un compte rendu opératoire, effectuer dans leur totalité et sous supervision, les interventions les plus courantes et une partie d'interventions plus complexes.

- la connaissance et la mise en œuvre des moyens de dépistage et de prévention des troubles auditifs en fonction de l'âge du sujet.

[9] La formation repose sur la connaissance de l'anatomie du labyrinthe, des voies auditives centrales et périphériques, de la biophysique de la cochlée et du vestibule, des différentes unités de mesure du son et leur maniement, de la physiologie de l'audition (cochlée, nerf cochléaire et voies centrales de l'audition) et de la physiologie du vestibule et ses afférences. Elle inclut des enseignements relatifs au vieillissement auditif et vestibulaire et aux maladies cérébrales dégénératives interagissant avec les troubles sensoriels de l'audition et de l'équilibre (maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer) et prévoit deux stages d'un semestre dans un lieu agréé à titre principal en ORL-chirurgie-cervico-faciale et bénéficiant d'un agrément fonctionnel pour l'option « Audiophonologie », dont l'un peut être accompli sous la forme d'un stage mixte dans un lieu et auprès d'un praticien maître de stage agréé à titre principal en ORL-chirurgie-cervico-faciale. Elle donne lieu à la rédaction d'un mémoire de recherche clinique sur les troubles labyrinthiques (surdités ou vertiges) ou sur les troubles de la voix et/ou de la déglutition.

### 1.1.2 Une augmentation souhaitable du nombre d'ORL se destinant à l'exercice médical de la spécialité

[10] L'ORL-CCF fait partie, depuis la réforme dans les années 1980 du troisième cycle des études de santé, des spécialités médico-chirurgicales. La profession considère cette double valence comme un acquis auquel elle est majoritairement attachée et ne semble pas disposée à revenir à la situation antérieure à la réforme, où les activités médicale et chirurgicale relevaient de deux formations et de deux exercices distincts. Pour autant, de nombreux interlocuteurs de la mission estiment que la place occupée tant dans les enseignements théoriques que dans les stages par l'apprentissage de la chirurgie tend à détourner de la spécialité les étudiants qui se destineraient de préférence à la pratique médicale, alors même que :

- celle-ci représente une part importante de l'activité des ORL, en particulier libéraux, et qu'elle tend à s'accroître du fait du développement d'alternatives à la chirurgie et de l'augmentation des besoins en matière de prise en charge des troubles de l'audition liés à la presbycusie – lesquels n'appellent pas de réponse chirurgicale ;
- le nombre de praticiens spécialisés en audiologie et en explorations fonctionnelles ne cesse à l'inverse de diminuer du fait du départ à la retraite des titulaires du Certificat d'études spécialisées (CES), dont la suppression en 1984 a réduit le vivier d'ORL médicaux en faisant de l'internat la seule voie de spécialisation ;

[11] Le nombre d'étudiants formés en ORL-CCF est stable depuis plusieurs années. La mise en place du 100 % Santé ne s'est pas accompagnée d'une augmentation du nombre de places ouvertes dans le DES, qui bien qu'attractif (il se situait au cinquième rang des spécialités les plus demandées en 2019, au sixième en 2020 et au septième en 2021), ne compte en 2021 que 83 inscrits – soit deux de plus qu'en 2018.

Tableau 12 : Evolution de la spécialité ORL-CCF aux Epreuves classantes nationales

	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Nb de postes ouverts</b>	77	81	79	81	83
<b>Nb d'inscrits</b>	77	81	79	81	83
<b>Rangs limites</b>	174-5 158	56-3 254	88-3 447	65-3 289	94-3 518

Source : Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

[12] Seule une partie des internes en ORL-CCF se spécialisent, par ailleurs, dans les troubles de l'audition et, parmi ces derniers, dans la prise en charge médicale des patients. Les places ouvertes dans l'option « Audiophonologie », qui représentent en moyenne environ un tiers du nombre de places proposées en ORL (21 pour 79 internes en 2019-2020, 28 pour 81 en 2020-2021, 29 pour 83 en 2021-2022) attirent peu d'étudiants et ne sont pas toutes pourvues. Seuls 10 % à 15 % des inscrits au DES choisissent finalement cette voie, qui prépare à un exercice essentiellement médical de la spécialité (11 des 74 internes en ORL issus des ECN en 2017, 6 des 73 issus des ECN en 2018)<sup>173</sup>.

[13] Le nombre relativement faible d'ORL formés ces dernières années – dont seule une partie se spécialise dans le domaine de l'audition – et leur orientation principalement chirurgicale conduisent ainsi à s'interroger sur la couverture des besoins en matière de prise en charge des troubles de l'audition. Ils risquent en effet de poser à court terme un problème d'accès aux soins, en particulier pour les patients atteints de surdité moyenne (40 à 70 dB) ou légères (moins de 40 dB), qui ne relèvent pas d'une prise en charge chirurgicale. Si certains représentants de la profession considèrent que celle-ci est en mesure de faire face à l'augmentation de la demande, la plupart soulignent la nécessité de renforcer l'attractivité de l'ORL médicale en agissant à la fois sur le contenu de la formation et sur ses débouchés.

[14] Concernant la formation elle-même, il convient tout d'abord de renforcer l'attractivité de l'option « Audiophonologie ». Les représentants de la discipline appellent ainsi de leurs vœux une évolution de la maquette du DES qui ouvre la possibilité d'un enseignement davantage centré sur la dimension médicale et audio-phonologique, afin de revaloriser ce volet de l'activité, d'attirer les talents non intéressés par la pratique chirurgicale et d'augmenter par là-même le nombre d'inscrits dans l'option « Audiophonologie ». Le président du Collège d'ORL et chirurgie cervico-faciale a ainsi adressé en mars 2021 au comité de suivi de la réforme du troisième cycle des études de santé une demande de révision visant notamment à ouvrir aux internes la possibilité de remplacer le stage dans une discipline chirurgicale autre que l'ORL-CCF par un stage d'explorations fonctionnelles ORL, pendant la phase socle, et le stage chirurgical hors ORL-CCF, prévu au cours de la phase d'approfondissement, par un stage libre en rapport avec son inscription à une FST ou à l'option du DES, après accord du coordonnateur local. Il s'agirait ainsi de créer un parcours « Audiophonologie » au sein du DES, sans remettre en question la double valence médicale et chirurgicale de la formation et du diplôme.

[15] L'augmentation du nombre de praticiens susceptibles d'assurer sur le terrain la prise en charge de la surdité pourrait également passer par la création – que la CNP-ORL appelle de ses vœux – d'une formation spécifique transversale (FST) en audio-vestibulométrie ouverte aux étudiants inscrits dans des DES préparant à l'exercice de spécialités fréquemment confrontées aux problèmes d'audition (pédiatres, gériatres, etc.). Cette formation de deux semestres, accessible à l'issue du quatrième ou du sixième semestre du troisième cycle, renforcerait la visibilité de l'audiophonologie

<sup>173</sup> Le choix de l'option intervenant au cours de la phase d'approfondissement, le nombre d'inscrits n'est pas connu pour les internes en ORL issus des ECN en 2019 et en 2020.

et permettrait d'offrir une formation commune aux différents praticiens concernés par la surdité et par les pathologies qui lui sont liées. Des médecins issus d'autres spécialités, en particulier des généralistes, pourraient se former à la pratique de l'audiométrie et des explorations fonctionnelles, élargissant ainsi au-delà des seuls ORL le nombre de praticiens susceptibles de prendre en charge des patients atteints de presbycusie et de prescrire le cas échéant des aides auditives. Cette mesure, si intéressante soit-elle, ne permettrait cependant pas de former plus de cinq à dix praticiens chaque année et ne remédierait ainsi que très partiellement aux difficultés d'accès à un spécialiste de troubles de l'audition. Elle nécessiterait en outre de modifier l'arrêté du 14 novembre 2018, qui réserve la primo-prescription aux ORL et aux médecins généralistes dont le parcours de développement professionnel continu (DPC) en otologie médicale est attesté par le Collège de médecine générale (CMG) et validé par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), selon l'article R. 4021-4.-I. du code de la santé publique, sur la base des recommandations du Collège de médecine générale (CMG) et du CNP ORL.

## 1.2 Des perspectives de carrière limitées pour les internes en ORL spécialisés en audiologie

[16] L'attractivité de la pratique médicale en ORL dépend également des perspectives offertes aux internes qui font le choix de l'option « Audiophonologie », tant à l'hôpital qu'à l'université. Or, les postes proposés à l'issue de l'internat sont aujourd'hui principalement dédiés à l'exercice de la chirurgie. Tous les interlocuteurs de la mission – représentants des instances nationales de la profession, chefs de service, enseignants-chercheurs – considèrent que l'ouverture, si possible dans chaque CHU, d'au moins un poste de chef de clinique des universités – assistant des hôpitaux (CCU-AH) à des internes en ORL qui ne se destineraient pas principalement à la chirurgie serait de nature à revaloriser le volet médical de la spécialité. Cette mesure devrait s'accompagner de la création de postes de maîtres de conférences – praticiens hospitaliers (MCU-PH) et de professeurs des universités – praticiens hospitaliers (PUPH), de façon à ouvrir la carrière universitaire aux ORL spécialisés en audiologie et en explorations fonctionnelles, à conforter les capacités de formation et à dynamiser la recherche française dans le domaine de l'audition et de l'audioprothèse en créant un vivier de compétences pour faire le lien entre l'acoustique, la psycho-acoustique et leurs applications médicales.

[17] Le CNP ORL propose ainsi de « *promouvoir avec le CNU des audiologistes non chirurgicaux développant un haut niveau d'expertise en audio-vestibulométrie pour former au mieux les futurs ORL intéressés par l'approfondissement de la partie médicale de la spécialité et prévoir des post-internats fléchés dans cette thématique* ». Il s'agirait ainsi de développer une véritable filière médicale dédiée aux problèmes de l'audition, à la fois hospitalière et universitaire, afin d'augmenter le nombre de vocations médicales dans le domaine des acouphènes, de la surdité de l'adulte et de la surdité de l'enfant, en attirant des étudiants aujourd'hui rebutés par le caractère essentiellement chirurgical de la spécialité et de rééquilibrer celle-ci au profit de l'approche et de l'exercice médicaux de la profession.

## 1.3 L'organisation de formations courtes pour des assistants ORL

[18] Ces différentes mesures destinées à renforcer l'attractivité de la pratique médicale de l'ORL n'apparaissent toutefois pas suffisantes, en l'absence de relèvement significatif du *numerus clausus* et dans la perspective d'une diminution du nombre de prescriptions d'aides auditives effectuées par les médecins généralistes. Les représentants de la spécialité réclament en conséquence la création d'assistants ORL, chargés notamment de la réalisation des audiométries, qui leur permettrait de

dégager du temps pour les examens cliniques et de prendre ainsi en charge un plus grand nombre de patients.

[19] Les Professeurs Hung Thai-Van, chef du service d'audiologie et explorations otoneurologiques de l'hôpital Edouard Herriot et de l'hôpital Femme Mère Enfant (CHU de Lyon) et le Professeur Frédéric Venail, chef de l'unité Otologie & Otoneurologie au sein du service ORL de l'Hôpital Gui de Chauliac (CHU de Montpellier) ont élaboré à cet effet un programme de formation visant à permettre à des personnels de santé de réaliser une audiométrie tonale liminaire, une audiométrie vocale dans le silence et dans le bruit et une impédancemétrie tympanique, et d'assister un médecin habilité à pratiquer ces actes (cf. annexe 3 – « Acteurs de la filière auditive et audioprothèses »). Ils pourraient également participer au déploiement de la télé-audiologie sous supervision médicale et contribuer à la gestion informatique des fichiers et des examens patients. La formation comprendrait :

- 40 heures d'enseignement théorique et de travaux pratiques validées par une épreuve écrite. Elle permettrait d'acquérir des notions de base en matière d'acoustique, de physiologie et de classification des surdités et d'être en mesure de réaliser une acoumétrie au diapason, une audiométrie tonale (maîtrise de l'environnement sonore, calibration des audiomètres et vérification des chaînes de mesure) et une audiométrie vocale dans le bruit ;
- 70 heures de stage au cours desquelles seraient mis en pratique les enseignements théoriques reçus précédemment, sous la forme d'observation d'examens réalisés par un opérateur expert et d'examens réalisés par l'apprenant lui-même de manière autonome sous le contrôle et la supervision d'un expert (audiométrie tonale liminaire, audiométrie vocale dans le silence et dans le bruit, impédancemétrie tympanique).

## 2 Une réingénierie de la formation des audioprothésistes qui doit intervenir dans les meilleurs délais

### 2.1 Une formation professionnalisante dont la maquette n'a pas connu d'évolution depuis 2001 en dépit d'adaptations locales

#### 2.1.1 Une part importante du volume horaire consacrée aux stages

[20] La formation conduisant au Diplôme d'Etat (DE) d'audioprothésiste, créé en 1967, est aujourd'hui régie par l'annexe du décret n°2001-620 du 10 juillet 2001 relatif au programme d'enseignement, à l'organisation du stage en audioprothèse et aux épreuves de l'examen en vue du diplôme d'Etat d'audioprothésiste. Le décret lui-même a été abrogé en 2005 et les articles D.636-1 à D.636-17 du Code de l'éducation, qui fixent le programme des études d'audioprothésiste, sont issus du décret n°2013-756 du 19 août 2013, lui-même modifié en ce qui concerne les modalités d'accès aux écoles d'audioprothèse par le décret n°2020-579 du 14 mai 2020. L'annexe du décret de 2001 demeure toutefois en vigueur.

[21] La durée des études d'audioprothésiste a été portée en 2001 de deux à trois ans<sup>174</sup>. La formation comprend des enseignements théoriques, des enseignements dirigés, des enseignements

---

<sup>174</sup> La durée de la formation a été portée de deux à trois ans par le Décret n°2001-620 du 10 juillet 2001 relatif au programme d'enseignement, à l'organisation du stage en audioprothèse et aux épreuves de l'examen en vue du diplôme d'Etat d'audioprothésiste, qui a abrogé l'arrêté du 10 septembre 1979 à compter du 31 décembre 2004. Cette allongement de la durée d'études s'est appliquée à compter de la rentrée universitaire 2001-2001.

pratiques, des stages et la soutenance d'un mémoire de recherche (Article D. 636-4 du Code de l'éducation). Elle s'adresse à des étudiants titulaires d'un baccalauréat scientifique ayant acquis des notions de base en mathématiques, en physique et en sciences de la vie et de la Terre.

[22] L'annexe au décret de 2001 rappelle que « *l'audioprothésiste choisit, adapte, délivre, effectue le contrôle immédiat et permanent de la prothèse auditive et assure l'éducation prothétique du déficient auditif appareillé* » et qu'il se doit d'être à ce titre, dans l'intérêt premier du déficient auditif, « *un professionnel de santé à part entière* ». Elle met l'accent sur l'importance :

- des connaissances scientifiques fondamentales, qui doivent permettre au futur audioprothésiste de prendre en compte l'évolution des savoirs et des technologies : « *la rapidité d'évolution des connaissances exige des audioprothésistes une culture générale scientifique et technique suffisamment approfondie pour leur permettre de se maintenir constamment au niveau des progrès scientifiques et techniques pouvant avoir une incidence sur leur activité* » ;
- de la dimension professionnalisante de la formation, qui a vocation à déboucher sur une insertion professionnelle directe : « *le cycle d'études doit déboucher sur une vie active, ce qui implique que l'étudiant soit intégré à son milieu professionnel au cours de ses études par la participation des professionnels et par l'organisation des stages* ».

[23] Le programme des enseignements prévoit à cet effet :

- 860 heures d'enseignements théoriques, de travaux pratiques et de travaux dirigés, relatifs aux matières suivantes : mathématiques et informatique, physique (biophysique, acoustique, électronique, biophysique, psycho-acoustique, acoustique du bâtiment), audiologie et otologie (anatomie, physiologie, audiométrie, pathologie de l'audition, gérontologie, l'enfant sourd, les polyhandicaps), audioprothèse, sciences humaines et sociales (organisation des systèmes de soins, économie de la santé, éthique, déontologie, droit de la santé), linguistique et phonétique, gestion et comptabilité ;
- 48 semaines de stages en laboratoire, en milieu hospitalier ou extrahospitalier et chez un fabricant ;
- la rédaction d'un mémoire en fin de troisième année.

[24] La formation se caractérise par :

- le poids des enseignements scientifiques : 265 heures de physique (en particulier dans les domaines de l'acoustique, du traitement du signal, des courants continus et variables, de l'amplification, de la structure technique des aides acoustiques, etc.) et 55 heures de mathématiques (37 % des enseignements hors stages), contre seulement 140 heures d'audiologie et d'otologie (16,2 %). Le volume horaire consacré à la pratique de l'audioprothèse s'élève à 260 heures (30,2 %), dont 178 heures d'enseignement théorique et 82 heures de travaux pratiques. Le reste du programme comprend 40 heures de sciences humaines et sociales (organisation des systèmes de soins, économie et droit de la santé, épidémiologie de la surdité et des troubles de l'audition, éthique et déontologie, responsabilité médicale appliquée à l'exercice de la profession), 20 heures de linguistique et de phonétique et 25 heures de gestion ;
- la part très importante des périodes de formation en milieu professionnel, qui représentent les deux tiers du volume horaire total (1 715 heures). Sont ainsi prévus six stages répartis comme

suit : trois stages dans un laboratoire d'audioprothèse, pour un total de 36 semaines (1 160 heures), dont quatre semaines en première année et 16 semaines en deuxième et en troisième années), un stage dans un service hospitalier (dix semaines en 1<sup>ère</sup> année, soit 350 heures), un stage dans une institution gérontologique (deux semaines, soit 70 heures en première année) et un stage chez un fabricant, destiné à permettre à l'étudiant d'acquérir les principes de fabrication d'un embout auriculaire et d'une coque d'intra-auriculaire et les principes de maintenance générale des prothèses auditives (une semaine, soit 35 heures en troisième année). Au cours des trois stages dans un laboratoire d'audioprothèse, l'étudiant découvre la première année les aspects essentiels de la profession (stage d'observation), s'initie la deuxième année à la thérapeutique prothétique et participe la troisième année à l'appareillage des déficients auditifs sous l'autorité du maître de stage et en sa présence (stage de pratique accompagnée) ;

### Programme des enseignements du DE d'audioprothésiste (annexe au décret de 2001)

Les enseignements d'audiologie portent en première année sur l'anatomie et la physiologie, l'examen otoscopique, la mesure et la pathologie de l'audition, la pathologie de l'oreille externe, moyenne et interne (aspects cliniques, imagerie, principes de traitement), en deuxième année sur la psychologie et la psychopathologie de l'adulte et de l'enfant, le vieillissement, les différentes solutions thérapeutiques (réparatrices, prothétiques, rééducatives) et en troisième année sur les pathologies complexes et associées ainsi que sur les aspects socio-économiques et médicaux de la surdité. Ceux consacrés à l'audioprothèse proprement dite incluent en 1<sup>ère</sup> année l'étude des différents types de prothèses auditives, des implants d'oreille moyenne (à ancrage osseux, cochléaires), des embouts auriculaires et des systèmes d'aide à la communication, en deuxième année le bilan d'orientation, le choix, le contrôle d'efficacité et l'éducation prothétiques et en troisième année les méthodologies d'évaluation de la compensation, l'historique des méthodes d'appareillage, la jonction prothèse-conduit auditif externe, les mesures d'efficacité de contrôle audio-prothétique et l'appareillage de l'enfant.

#### Première année

MATIÈRES	Cours théoriques	Travaux pratiques	Total heures
Mathématiques (et informatique)	30	25	55 heures
Physique (biophysique, acoustique, électronique)	90	50	140 heures
Audiologie et otologie (anatomie, physiologie, audiométrie, pathologie de l'audition)	80		80 heures
Audioprothèse (électronique appliquée)	30	20	50 heures
Sciences humaines et sociales (organisation des systèmes de soins, économie de la santé, épidémiologie de la surdité et des troubles de l'audition, éthique et déontologie.)	20		20 heures

Stage dans un laboratoire d'audioprothèse : 4 semaines, soit un équivalent horaire de 140 heures

Stage dans une institution gérontologique : 2 semaines, soit un équivalent horaire de 70 heures

Stage dans un service hospitalier (prise en charge du sourd, bilan audiométrique) : 10 semaines, soit un équivalent horaire de 350 heures.

345 heures d'enseignement et 560 heures de stages

**Deuxième année**

MATIÈRES	Cours théoriques	Travaux pratiques	Total heures
Physique (électronique, psycho-acoustique, biophysique, acoustique des bâtiments)	70	40	110 heures
Audiologie et otologie (pathologie de l'audition, gérontologie, l'enfant sourd, les polyhandicaps)	40		40 heures
Audioprothèse	100	50	150 heures
Préparation au mémoire			25 heures
Linguistique et phonétique	20	10	30 heures

Stage dans un laboratoire d'audioprothèse : 16 semaines, soit un équivalent horaire de 560 heures

355 heures d'enseignement et 560 heures de stages

**Troisième année**

MATIÈRES	Cours théoriques	Travaux pratiques	Total heures
Physique	10	5	15 heures
Audiologie et otologie (pathologie, sociologie de l'audition)	10	10	20 heures
Audioprothèse	48	12	60 heures
Gestion et comptabilité (dont informatique et économie d'entreprise)	25		25 heures
Sciences humaines et sociales (Organisation de l'exercice et droit de la santé : gestion, droit et responsabilité médicale appliquée à l'exercice de la profession)	20		20 heures
Préparation au mémoire			20 heures

Stage dans un laboratoire d'audioprothèse : 16 semaines, soit un équivalent horaire de 560 heures

Stage de technologie appliquée chez un fabricant : 1 semaine soit un équivalent horaire de 35 heures

2 mois consacrés à la rédaction du mémoire.

160 heures d'enseignement, 595 heures de stages et 280 heures de rédaction du mémoire

**2.1.2 Une réingénierie reportée à plusieurs reprises et réclamée par l'ensemble des acteurs**

[25] Tous les professionnels et les responsables de formation rencontrés par la mission ont insisté sur la nécessité de procéder dans les meilleurs délais à la réingénierie de la formation d'audioprothésiste. Il convient, en effet, d'adapter le cadre réglementaire fixé par la maquette de 2001, désormais considéré comme caduc par l'ensemble des acteurs, à l'évolution de la profession et des technologies dans le domaine des aides auditives. Si les écoles ont introduit progressivement de nouveaux contenus, elles ne peuvent aller plus loin aujourd'hui sans modifier la structure et l'économie générale de la formation. Les adaptations auxquelles elles ont procédé au fil du temps semblent avoir atteint leurs limites et risquent de conduire à des écarts significatifs entre les différents cursus, qui remettraient en question le caractère national du diplôme d'Etat.

### Les évaluations par le HCERES des écoles d'audioprothèses

Le HCERES indique, dans son rapport d'évaluation de la formation délivrée par l'Université Lyon 1 - Claude Bernard, que l'école d'audioprothèse « *a su orienter de façon remarquable ses enseignements afin d'anticiper les évolutions de la formation découlant de l'évolution des pratiques aux besoins de la société* », en développant notamment les enseignements de comptabilité, d'éthique et de droit de la santé.

Il relève l'existence à Cahors d'un enseignement innovant au moyen de jeux sérieux interactifs sur des cas cliniques et d'un module méthodologique de préparation à la recherche en vue de l'élaboration du mémoire de fin d'études et souligne que la formation proposée à Montpellier « *dépasse, par sa volonté de mutation, les exigences pédagogiques* » fixées par le décret de 2001. S'il se félicite dans ce dernier cas que « *le projet pédagogique favorise la mutation du diplôme d'Etat d'audioprothésiste vers une licence permettant (...) la poursuite d'étude en master* », il juge néanmoins nécessaire de développer dans cette perspective l'acquisition de compétences transversales (anglais, initiation à la recherche) et de proposer une session de rattrapage.

A Evreux, les programmes d'enseignement ont été adaptés lors de la création de l'école en 2019 tant en matière de contenus (technologies connectées, législation des données, numérique) que d'organisation (ajout de notions de physiologie générale pour faciliter les échanges interprofessionnels).

Au CNAM, enfin, les cours d'acoustique ont été renforcés afin de répondre à l'évolution rapide des technologies en matière d'audioprothèses et un enseignement de statistiques à visée épidémiologique pour les tests d'appareillage a été introduit dans le programme de formation. Les cours de traitement du signal, qui occupaient déjà un volume horaire conséquent, ont été complétés à la rentrée 2021 par une initiation à l'intelligence artificielle appliquée à l'audioprothèse et les étudiants sont associés à la réalisation d'un patient virtuel pour tester les qualités des appareillages.

[26] Une première tentative de réingénierie est intervenue en 2011-2012 mais n'a pas abouti, pour des raisons apparemment conjoncturelles, liées à la charge de travail des administrations concernées. Les auteurs du rapport conjoint IGAS-IGAENR sur l'universitarisation des formations paramédicales considéraient ainsi en 2017 comme une priorité d'achever la réingénierie des professions paramédicales et de les inscrire dans le schéma licence-master-doctorat<sup>175</sup>. Ils préconisaient « *qu'à la faveur de leur réingénierie, toutes les formations paramédicales (...) conduisent à des diplômes nationaux de l'enseignement supérieur et que (...) l'obtention du diplôme d'État, dès lors qu'il se traduit par l'acquisition de 180 ECTS, confère automatiquement le grade de licence* ». Ils recommandaient notamment que « *les titulaires des autres diplômes de niveau bac+3 (orthoptiste et pédicure-podologue et, après réingénierie, audioprothésiste), se voient conférer le grade de licence* »<sup>176</sup>, comme c'est déjà le cas pour les diplômes d'infirmier et de manipulateur d'électroradiologie médicale. De même, le rapport Le Bouler mentionnait en 2018 « *la relance des travaux de réingénierie et l'actualisation des référentiels de formation dans le but de fabriquer davantage de transversalité* » comme le premier des douze chantiers prioritaires identifiés par la mission sur l'universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique<sup>177</sup>.

[27] Il apparaît désormais nécessaire d'engager au plus vite ce travail de réingénierie qu'appelle depuis plusieurs années de ses vœux l'ensemble des acteurs de la filière. La première étape doit consister en l'élaboration par le ministère chargé de la santé, en concertation avec les professionnels du secteur, d'un référentiel d'activité et de compétences qui pourrait prendre appui sur la réflexion menée en 2011-2012 en intégrant les évolutions liées à la mise en place du 100 % Santé, à l'arrêté

<sup>175</sup> Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de santé, p. 9.

<sup>176</sup> *Id.*, p. 58.

<sup>177</sup> Stéphane Le Bouler, *Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation de la mission « Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique »*, Rapport à Madame la ministre des solidarités et de la santé et à Madame la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, février 2018, p.7.



Tableau 13 : Durée des études et grade conféré par les formations paramédicales

	Durée d'études	Grade
Orthophonistes	5 ans	Master
Kinésithérapeutes	5 ans	Master
Infirmiers	3 ans	Licence
Orthoptistes	3 ans	Licence
Ergothérapeutes	3 ans	Licence
Psychomotriciens	3 ans	Aucun
Audioprothésistes	3 ans	Aucun
Opticiens-lunetiers	2 ans	Aucun
Podo-orthésistes	2 ans	Aucun

Source : Mission

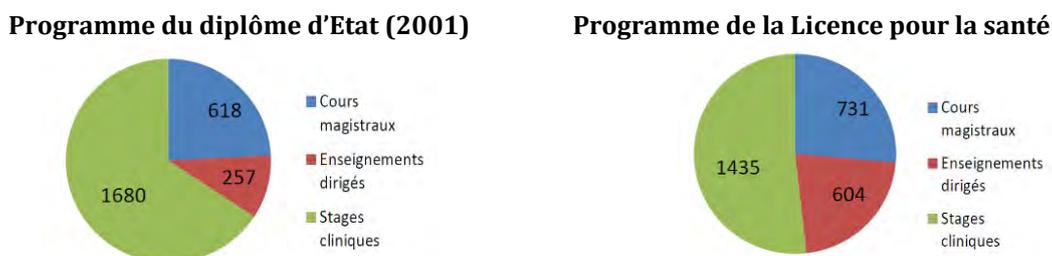
[30] Elle répondrait ainsi aux attentes et aux préoccupations des directeurs d'écoles et des doyens des composantes auxquelles celles-ci sont rattachées, dont certains ont déjà engagé une réflexion sur l'intégration du diplôme d'Etat dans le schéma LMD<sup>180</sup>. Elle permettrait en outre de développer les mutualisations entre les différentes formations et favoriserait la création d'une véritable filière universitaire en ouvrant de nouvelles perspectives aux diplômés en audioprothèse et en facilitant pour certains d'entre eux une poursuite d'études en master voire en doctorat.

[31] Cette reconnaissance nécessiterait de faire évoluer la formation conduisant au diplôme :

- en augmentant le volume horaire consacré aux enseignements théoriques, sans remettre en cause le caractère professionnalisant de la formation. Certaines écoles se sont déjà engagées dans cette voie. Ainsi, à Cahors, le programme de la formation pour le parcours « Audioprothèse » dans le cadre l'expérimentation de licence « Sciences pour la Santé/réadaptation et soins » (cf. infra 2.4) prévoit au total 2 770 heures d'enseignements (731 heures de cours magistraux, 604 heures d'enseignements dirigés, 1 435 heures de stages cliniques) contre 2 555 heures (618 heures de cours magistraux, 257 heures d'enseignements dirigés, 1 680 heures de stages cliniques) dans le programme officiel défini par l'annexe au décret de 2001. La formation en audioprothèse se voit enrichie, de ce fait, de plus de 200 heures d'enseignement, les cours magistraux et travaux dirigés représentant désormais à eux seuls un volume de 1 335 heures. Une plus large place est donnée aux enseignements dirigés (+ 347 heures) et la durée des stages connaît une légère diminution (- heures).

<sup>180</sup> Ces réflexions rejoignent celles développées dans le rapport d'information déposé en juin 2021 devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale par la députée Annie Chapelier en conclusion des travaux de la mission sur la formation des professions paramédicales. Celui-ci recommande de « reconnaître aux diplômés de la formation d'audioprothésiste, de prothésiste-orthésiste et de pédicure-podologue le grade de licence ».

Graphique 16 : Répartition des enseignements dans la maquette de 2001 et dans celle de la licence « Sciences pour la santé » de l'Université Toulouse 3 – Paul Sabatier



Source : Université Toulouse 3 – Paul Sabatier

De même, le volume horaire hors stages a été porté à 944 heures à Lyon et à 1 058 heures à Nancy (pour un volume global de 2 773 heures). Cette augmentation du volume des enseignements scientifiques et transversaux permettrait d'introduire des enseignements jugés indispensables par certains directeurs d'écoles (formation aux premiers secours, notions de stérilisation et d'assurance qualité, etc.) et d'approfondir certaines matières (physiologie générale, technologie, initiation à la démarche de recherche tout au long de la formation) afin de faciliter les passerelles et les poursuites d'études. Cette augmentation du volume horaire permettait également d'inclure dans la formation des échanges avec les malentendants et les associations qui les représentent, comme c'est déjà le cas dans certaines écoles. Elle pourrait enfin s'accompagner d'une évolution des approches pédagogiques, notamment dans le cadre d'une réflexion sur l'hybridation des formations (*blended learning*) associant cours en ligne (MOOC, podcasts, etc.) et en présentiel – laquelle pose sous un jour différent la question du volume horaire global, facilite l'ouverture à la formation continue et peut contribuer à améliorer la réussite des étudiants ;

- en généralisant la délivrance des crédits ECTS<sup>181</sup>, déjà effective dans certaines écoles : à Toulouse, la préparation au DE est intégrée depuis la rentrée 2021 à un parcours de licence à part entière, découpé à ce titre en ECTS ; à Lyon, le HCERES souligne que « *le découpage en unités d'enseignement (UE), équilibrées dans les six semestres, avec la mise en place de crédits ECTS, est innovant pour cette formation professionnalisante et permet l'intégration au cursus universitaire comme souhaité par les porteurs de cette formation* » ; à Evreux, certains enseignements ont été introduits en complément de ceux prévus par le décret de 2001, permettant la délivrance de 180 ECTS ;
- en mettant en place une session de rattrapage dans toutes les écoles.

[32] Affirmer l'ancrage universitaire de la formation conduisant au diplôme d'Etat d'audioprothésiste sans renoncer à son caractère professionnalisant constitue l'un des principaux enjeux de sa nécessaire réingénierie. Le renforcement du rôle des enseignants-chercheurs dans la formation et le développement d'une culture commune avec d'autres professionnels de santé contribueraient ainsi à l'élévation du niveau de qualification des futurs audioprothésistes, dont l'activité est susceptible de devoir s'adapter au cours des prochaines années à l'évolution rapide des technologies, et constitueraient à terme « *un levier d'amélioration globale de l'accessibilité et de la qualité des soins* »<sup>182</sup>.

<sup>181</sup> European Credit Transfer and Accumulation System

<sup>182</sup> *Id.*, p. 13.

## 2.3 La nécessaire création de masters spécialisés

[33] L'intégration de la formation conduisant au diplôme d'Etat d'audioprothésiste dans le schéma LMD à l'occasion de sa nécessaire réingénierie faciliterait la poursuite d'études en master. Le diplôme actuel, sans équivalence universitaire ni perspective de poursuites d'études clairement identifiées, constitue en effet une impasse pour de nombreux audioprothésistes attirés par la recherche. Un seul master existe, en effet, aujourd'hui dans le domaine de l'audioprothèse – le master « Prothèses neurosensorielles » de l'Université de Montpellier, qui s'adresse à des audioprothésistes, à des orthophonistes et à des médecins (avec pour ces derniers un accès direct en M2) et vise en particulier à former au réglage d'implants. Les principaux thèmes abordés sont l'électronique, le traitement du signal, la neurobiologie, l'audiologie pédiatrique, les explorations fonctionnelles (otoémissions acoustiques, potentiels d'action composites, potentiels évoqués auditifs) et les réglages.

[34] En 2017-2018, six mois après l'obtention du diplôme, 90 % des étudiants ayant obtenu le diplôme étaient en emploi et 10 % inscrits en doctorat. Plus de la moitié exerçaient dans un laboratoire d'audioprothèse, 20 % dans un centre de recherche, 10 % à l'hôpital et 10 % chez un fabricant. 70 % avaient une activité d'appareillage (40 % pour les adultes et 30 % pour les enfants), les 30 % restant se répartissant à parts égales entre le réglage des implants cochléaires, la recherche (doctorat) et une activité de chef de projet clinique. 70 %, enfin, exerçaient dans le secteur privé, 15 % dans le secteur public et 15 % avaient une activité mixte.

[35] Plusieurs Diplômes d'université (DU) et Diplômes interuniversitaires (DIU) sont, par ailleurs, ouverts aux audioprothésistes qui souhaitent approfondir les connaissances et compétences acquises au cours de la préparation au diplôme d'Etat et se spécialiser dans la prise en charge de certains types de patients ou de certaines pathologies. Ces formations qualifiantes d'une durée d'une centaine d'heures en moyenne, comprenant des enseignements théoriques et des stages, sont proposées à Lyon, Paris, Clermont-Ferrand, Nancy, Tours, Rennes et Nantes. Elles constituent aujourd'hui le principal outil de formation continue à la disposition des professionnels de l'audition et de l'appareillage audioprothétique (médecins ORL et généralistes, audioprothésistes, orthophonistes, etc.).

### Les DU et DIU

Cette offre de formations courtes (une centaine d'heures en moyenne) comprend notamment :

- le DIU « Audiologie et otologie médicale » proposé par l'université Lyon 1 Claude Bernard en partenariat avec l'Université Clermont-Auvergne et l'Université de Paris. Dédié à l'audition et à l'équilibre de l'enfant et de l'adulte, il délivre à des médecins, des audioprothésistes, des kinésithérapeutes et des orthophonistes « *une formation de référence sur l'évaluation clinique et paraclinique des troubles de l'audition et de l'équilibre et sur leur prise en charge interdisciplinaire, au travers de nombreux ateliers pratiques* » (dépistage néonatal, formation aux nouvelles règles de prescription, prise en charge des troubles vestibulaires et auditifs, etc). Organisé en présentiel et à distance, il comprend 100 heures d'enseignement théorique en visioconférence répartis sur 15 vendredis et quatre sessions pratiques de deux jours (70 heures) à Lyon, Paris et Clermont-Ferrand. Validant pour le DPC, il répond aux besoins de formation aux techniques de diagnostic audio-vestibulaire suite à l'arrêté du 23 avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale (prise en charge plus précoce de la surdité de l'enfant, tests électro-physiologiques spécifiques, prise en charge indispensable des troubles vestibulaires associés à la surdité), aux nouvelles règles de prescription de la prothèse auditive suite à l'arrêté du 14 novembre 2018 (examen clinique du patient malentendant, tests d'audiométrie tonale et vocale dans le silence et dans le bruit, tests objectifs mesurant la fonction endocochléaire et rétrocochléaire, diagnostic et prise en charge des neuropathies auditives et des troubles centraux de l'audition) et aux besoins de formation spécifiques à la prise en charge des troubles vestibulaires et auditifs aux âges extrêmes (petit enfant, sujet âgé) ;

- le DU « Audiologie audioprothétique approfondie » de l'Université Lyon 1 Claude Bernard. Cette formation d'une durée de 105 heures d'enseignement suivies d'un stage d'une journée dans le service d'audiologie et d'explorations orofaciales de l'Hôpital Edouard Herriot de Lyon s'adresse à toute personne pouvant justifier d'un exercice professionnel prolongé dans les domaines de l'audiologie ou du réglage d'implants (audioprothésistes, médecins généralistes, ORL...). Elle vise à transmettre à une vingtaine de participants les connaissances pratiques les plus récentes en audiologie audioprothétique et prothèses implantables et porte sur les matières suivantes : nouvelles explorations en audiologie, traitement du signal, prothèse numérique, apprentissage et plasticité, introduction générale aux prothèses implantables, formation approfondie à la prise en charge audioprothétique de l'enfant, prise en charge de la presbyacousie et aspects théoriques et pratiques des réglages sur les prothèses et prise en charge audioprothétique du patient acouphénique et des patients avec troubles cognitifs.

- le DU « Implant cochléaire et réglage » également proposé par l'Université Lyon 1 Claude Bernard comprend six modules (trois modules communs avec le DU « Audiologie audioprothétique approfondie » et trois modules spécifiques) consacrés aux nouvelles explorations en audiologie, aux aspects médicaux et chirurgicaux de l'implant cochléaire, au traitement du signal, aux prothèses numériques, à l'apprentissage et à la plasticité, aux prothèses implantables, aux différents implants cochléaires et aux réglages ;

- le DU « Nuisances sonores » de l'Université de Lorraine, destiné aux audioprothésistes et aux étudiants de 3<sup>ème</sup> année de préparation du diplôme d'Etat qui désirent compléter leurs connaissances en matière d'évaluation, de mesure et de protection contre les nuisances sonores, comporte une centaine d'heures de cours théoriques et pratiques réparties sur trois journées par mois de janvier à mai ;

- le DIU « Réhabilitation de l'audition » de l'Université de Tours, en partenariat avec l'Université Rennes 1 et l'Université de Nantes, est ouvert à des médecins ORL, des audioprothésistes et des orthophonistes. Il est plus particulièrement centré sur l'amélioration de la thérapeutique par une approche pluridisciplinaire et sur le lien entre professionnels (ORL, audioprothésistes, orthophonistes). La formation, d'une durée de 88 heures (48 heures de cours et 40 heures de stage pratique sur dix demi-journées), est proposée à Tours, Fougères, Rennes et Nantes. Elle vise à définir les enjeux de la réhabilitation auditive selon l'âge, à décrire l'intérêt de la réhabilitation ultra-précoce chez l'enfant, à actualiser les connaissances en matière de prothèses auditives et de systèmes implantés et à améliorer le diagnostic des surdités génétiques. Elle porte sur les bases de la réhabilitation de l'audition et l'audiométrie (conséquences de la surdité selon l'âge, génétique et surdité, normes audiométriques, physiologie cochléaire, codage fréquentiel spatial et temporel du son, audiométrie pratique, plasticité des voies auditives, épreuve vocale, stéréo-audiométrie, dépistage de la surdité néonatale), les prothèses auditives (familles de prothèses et principe de réglages), le test d'orientation audioprothétique, le test d'évaluation du résultat, le test dans le bruit et la prescription, les systèmes implantés (indications selon l'âge, stimulation électroacoustique, réglages des implants, principes de la rééducation orthophonique) et la chirurgie de la surdité hors implant (otospongiose, otite chronique, aplasies, tympanoplasties et ossiculoplasties, évaluation des résultats et facteurs prédictifs) ;

- le DU « Audiophonologie de l'enfant » proposé par l'Université de Paris et l'hôpital Necker comprend 68 heures de formation, dont 54h30 à l'Université, 4 heures de stage en situation et 9h30 de formation pratique en milieu professionnel. Il vise à apporter à une soixantaine de professionnels issus de différentes disciplines (médecins ORL, phoniâtres, pédopsychiatres, orthophonistes, psychologues, professeurs d'enfants sourds, audioprothésistes) et déjà formés en ORL ou en audiophonologie un complément d'information, un éclairage pratique et un point sur les données récentes en matière pédiatrique ;

- le DU « Audioprothèse implantée », organisé conjointement par Sorbonne Université et l'Hôpital de la Salpêtrière, d'une durée de dix jours (dont deux d'ateliers pratiques et deux de stage dans l'unité fonctionnelle implants auditifs de l'hôpital de la Salpêtrière), aborde les principes, indications et modalités de prise en charge des différentes prothèses auditives implantables chez l'adulte (connaissance des bases anatomophysiologiques de l'audition diagnostic et évaluation de la surdité chez l'adulte, des principes de fonctionnement de chaque implant auditif et des principes chirurgicaux pour les prothèses implantables, indications et modalités de mise en place, de réglage et de suivi, première approche des réglages des implants cochléaires et des prothèses implantables, connaissance des données médico-économiques rattachées aux implants auditifs).

[36] La poursuite d'études en master concernerait vraisemblablement un nombre limité d'étudiants, la plupart des inscrits à la préparation du DE visant aujourd'hui une insertion professionnelle à bac+3. Elle n'en revêt pas moins, au-delà de sa dimension symbolique et de la reconnaissance du caractère universitaire de la formation d'audioprothésiste, une réelle importance aux yeux des responsables de formation et des représentants de la profession mais aussi de nombreux ORL interrogés par la mission.

[37] L'ensemble des acteurs de la filière considère, en effet, que la formation actuelle en trois ans, si elle permet de former des professionnels compétents, capables d'assurer dans la plupart des cas l'appareillage audioprothétique et le suivi des patients, ne prépare pas suffisamment à la prise en charge de certains publics, en particulier les enfants et les personnes âgées dépendantes, de certaines pathologies (acouphènes, surdités complexes) ou de certains actes comme le réglage des implants cochléaires. Certains audioprothésistes ont certes développé une expertise dans ces différents domaines en suivant le seul master existant ou l'un des DU mentionnés plus haut, ou encore en collaborant dans les CHU et/ou les écoles d'audioprothèse avec des chefs de service ORL spécialisés en audiophonologie et en explorations fonctionnelles. Pour autant, les connaissances acquises à cette occasion et le haut niveau de compétences atteint par ces professionnels, dont certains sont titulaires d'un doctorat et jouent un rôle essentiel dans la formation des futurs audioprothésistes, ne font pas l'objet d'une reconnaissance formelle et ne sont pas véritablement valorisés.

[38] Les représentants de la profession comme les responsables de formation plaident en conséquence pour la création d'un nombre limité de masters, le cas échéant cohabilités entre plusieurs universités. Ces formations, qui pourraient bénéficier d'une approche pluridisciplinaire, répondraient à des besoins de santé non couverts aujourd'hui de façon pleinement satisfaisante et ouvriraient la possibilité aux audioprothésistes qui le souhaitent de se spécialiser sans allonger inutilement la durée de la formation initiale. Ils pourraient traiter certains sujets aujourd'hui abordés dans le cadre de DU ou de DIU (prothèses implantables, approfondissement en audiologie pédiatrique, explorations fonctionnelles). Pourraient ainsi être créés :

- un master orienté explorations fonctionnelles permettant de prendre en charge sous la supervision d'une équipe médicale les mesures électro-physiologiques et les évaluations dans les domaines de l'audition et des troubles vestibulaires. Cette formation répondrait à un besoin de qualification actuellement non couvert et permettrait, en lien avec les médecins prescripteurs, d'accroître la capacité de prise en charge et de suivi des patients dans les territoires comptant une faible densité d'ORL ;
- un master spécialisé qui constituerait une alternative aux différents DU en audiologie pédiatrique et prothèses implantées ;
- un master « recherche » dans des domaines connexes à la discipline, en particulier technologiques.

[39] Ces masters, destinés plus particulièrement aux audioprothésistes désireux de compléter leur formation initiale, offriraient à ces derniers des perspectives d'évolution professionnelle. Ils pourraient être ouverts à des médecins (ORL ou généralistes), à des orthophonistes voire à d'autres professions paramédicales (infirmières). Ils permettraient de développer une culture commune entre professionnels intervenant dans le domaine de l'audition, de renforcer la filière audiologique et de relancer la recherche dans le domaine audioprothétique, dont plusieurs interlocuteurs de la mission considèrent que le ralentissement depuis une vingtaine d'années a eu pour conséquences un effacement de la France sur les plans industriels et techniques dans un domaine autrefois d'excellence (invention en particulier de l'implant cochléaire).

[40] L'exposition à la recherche des futurs audioprothésistes dans le cadre de l'universitarisation de la formation conduisant au diplôme d'Etat et le développement d'une offre de masters accessibles à une partie des titulaires de ce dernier recouvre un double enjeu, de formation et de recherche<sup>183</sup>. La création d'une filière licence-master ouverte sur le doctorat permettrait, en créant un vivier d'enseignants-chercheurs, de remédier au faible développement de l'audiologie en France, de mieux couvrir les besoins de formation et de dynamiser la recherche. Complémentaire de la revalorisation et du renforcement de la filière « audiophonologie » en ORL, elle conforterait, sous réserve de disposer des emplois d'enseignants-chercheurs correspondants, la capacité d'innovation dans le domaine de l'audition et notamment de l'appareillage audioprothétique et favoriserait le dialogue et les échanges avec les chercheurs étrangers.

[41] Ce déploiement rapide d'une offre de masters apparaît d'autant plus souhaitable qu'elle figurerait déjà, comme la réingénierie des formations, au programme de l'universitarisation des

---

<sup>183</sup> La mission souscrit sur ce point aux conclusions du rapport Le Bouler, qui soulignait en 2018 que « la recherche est à considérer pour son apport à l'amélioration des pratiques soignantes mais aussi en termes d'investissement pédagogique ; à l'intersection de ces deux dimensions, la recherche est essentielle au développement d'une pratique davantage réflexive en matière de formation et donc à l'articulation formation académique-formation pratique ; elle est donc fondamentalement un argument-clé de la dimension professionnelle des formations » (Op. cit., p. 16).

formations de santé initiée en 2018<sup>184</sup>. Un groupe de travail constitué en mars 2018 devait produire dans un délai de trois mois un rapport de synthèse sur « *sur l'offre actuelle de master (...) pouvant s'articuler aux diplômes d'Etat et permettre une poursuite d'études pour les étudiants qui le souhaitent* ». Ces travaux, engagés il y a trois ans, n'ont pas débouché sur des décisions concrètes et doivent être repris dans les meilleurs délais.

[42] Il convient enfin de s'interroger sur l'opportunité de réserver la prise en charge de certains patients, en fonction de leur profil ou de leurs pathologies, aux seuls diplômés de ces masters. Une mesure de ce type, si elle peut se justifier, ferait cependant courir le risque d'une rigidification excessive du parcours de soins. Les professionnels concernés pourraient en revanche communiquer sur les compétences spécifiques acquises au cours de leur formation et valoriser ainsi leur niveau d'expertise. La reconnaissance de ce dernier, attesté par l'obtention du diplôme, permettrait aux médecins ORL et généralistes de mieux les identifier et de leur adresser en priorité les patients dont l'accueil et le suivi nécessitent une qualification particulière. Ce statut de spécialistes, au-delà de l'intérêt qu'il présenterait pour des audioprothésistes de haut niveau, les conduirait à accueillir davantage de patients susceptibles de recevoir une aide auditive de classe II, le cas échéant sur prescription médicale, et pourrait avoir de ce fait une incidence sur leur niveau de rémunération.

[43] Au-delà du développement de masters spécialisés dans les métiers de l'appareillage auditif, l'obtention du grade de licence pourrait ouvrir d'autres perspectives de poursuite d'études aux titulaires du diplôme d'Etat. Ainsi, à Lyon, le partenariat avec l'école d'ingénieurs Polytech Lyon permet à certains étudiants en audioprothèse de valider un double diplôme Audioprothésiste-Ingénieur en cinq ans, voire de s'engager dans la préparation d'une thèse de doctorat.

## 2.4 Le développement de formations communes et de passerelles avec d'autres formations paramédicales

[44] Le développement de formations communes aux audioprothésistes et à d'autres formations paramédicales serait de nature à favoriser le développement de la pluridisciplinarité au niveau du parcours de soin, que de nombreux interlocuteurs de la mission, et notamment les chefs de services ORL – mais aussi la Fédération nationale des étudiants en audioprothèse (FNEA) – appellent de leurs vœux. Il permettrait de sensibiliser les futurs professionnels à l'intérêt pour le patient d'une prise en charge globale, qui prévaut aujourd'hui à l'hôpital mais demeure insuffisamment développée en libéral.

[45] Ce décloisonnement peut revêtir deux formes :

- le renforcement, dans le cadre actuel de la préparation au diplôme d'Etat, des enseignements communs et des mutualisations avec d'autres formations, en particulier paramédicales ;
- l'intégration à une licence de type « Sciences pour la santé », avec plusieurs parcours permettant chacun d'obtenir le diplôme d'Etat ou le certificat de capacités correspondant à la profession visée.

---

<sup>184</sup> Le rapport Le Bouler indiquait ainsi « *qu'il importe de renforcer l'articulation des cursus universitaires et paramédicaux pour faciliter les poursuites ou les reprises d'études au niveau master voire doctorat pour les étudiants et professionnels de ces filières* » (Op. cit., p. 7).

### 2.4.1 Des mutualisations qui existent déjà mais pourraient être renforcées

[46] Des mutualisations existent déjà dans toutes les écoles. Elles varient toutefois par leur nature (selon les formations concernées) et par leur ampleur (en fonction du volume horaire des enseignements communs). Le choix d'implanter en 2019 l'école d'audioprothèse nouvellement créée au sein de l'Université de Rouen dans les locaux de la fondation La Renaissance Sanitaire, qui proposait depuis plusieurs années sur le site de l'hôpital La Musse à Evreux des parcours conduisant aux diplômes d'ergothérapeute et de kinésithérapeute, a ainsi été dicté par la volonté de décloisonner les filières médicales et paramédicales et de mutualiser certains enseignements, dans le cadre d'une approche globale de la formation et du parcours de soin. Il s'est accompagné de la mise en place de parcours pédagogiques incluant des enseignements communs (santé publique, psychologie) ou permettant un approfondissement partagé de certaines thématiques (étude du système vestibulaire, de son exploration et de sa rééducation avec les étudiants en kinésithérapie). Cette démarche, qui vise à créer des passerelles entre disciplines paramédicales, en formant les futurs professionnels au travail en réseau et à une approche pluridisciplinaire centrée sur le patient, fonde en grande partie l'identité pédagogique de l'école d'Evreux.

[47] Certaines universités ont, par ailleurs, mis en place des cours communs aux formations d'audioprothésiste et d'orthophoniste, notamment à Nancy, où l'enseignement de l'audiologie, assuré par des enseignants-chercheurs et des praticiens hospitaliers, est en grande partie mutualisé entre la 1<sup>ère</sup> année de la formation conduisant au DE d'audioprothésiste et certaines unités d'enseignement de la formation d'orthophoniste. L'accent y est mis sur une approche par compétences intégrées, destinée à favoriser l'échange entre disciplines connexes et l'interfaçage entre futurs professionnels de santé.

[48] Ce développement d'enseignements communs aux formations d'audioprothésiste et d'orthophoniste apparaît d'autant plus souhaitable que de nombreux acteurs soulignent l'intérêt, pour certains patients, d'une prise en charge associant les deux professions et que les enseignements relatifs à la perte auditive et à la surdité occupent déjà une place importante dans la formation des orthophonistes. L'intervention de ces derniers, coordonnée avec celle de l'audioprothésiste, est en effet susceptible d'améliorer sensiblement les résultats de l'appareillage auditif (développement de la lecture labiale, éducation au port et à l'usage de l'audioprothèse, etc.). Cette approche pluridisciplinaire se heurte toutefois à la sensibilisation insuffisante des ORL, notamment libéraux, qui prescrivent trop rarement une prise en charge à la fois par l'audioprothésiste et par l'orthophoniste, à la méconnaissance réciproque entre les deux professions et à la charge de travail des orthophonistes, qu'une démographie particulièrement défavorable incite à se concentrer sur le volet phonologique de leur activité.

[49] Il conviendrait d'élaborer, dans cette perspective, un module de formation dédié à l'intérêt thérapeutique et aux modalités concrètes d'une prise en charge coordonnée des patients atteints de déficience auditive. Ce module, dont le contenu et le volume horaire seraient définis conjointement par les représentants des ORL, des audioprothésistes et des orthophonistes, serait inclus dans la formation des étudiants qui se destinent à l'exercice de l'une de ces trois professions.

[50] Ce décloisonnement et cette ouverture de la formation des audioprothésistes à d'autres approches de la prise en charge des patients pourraient trouver un cadre favorable au sein des instituts dédiés aux sciences et techniques de la réadaptation à Lyon et à Bordeaux. Ces structures fédératives qui regroupent plusieurs filières paramédicales et se situent à l'interface de plusieurs champs disciplinaires offrent, en effet, un cadre propice à la définition d'une politique de formation commune et à l'émergence d'une activité de recherche propres aux sciences de la réadaptation telles que l'audioprothèse, l'orthophonie, l'ergothérapie ou encore la kinésithérapie.

### L'Institut universitaire des sciences de la réadaptation (IUSR) de Bordeaux

L'Institut universitaire des sciences de la réadaptation (IUSR), nouvelle composante du Collège des sciences de la santé de l'Université de Bordeaux, regroupe trois instituts de formation de masso-kinésithérapie (CHU Bordeaux, CH Dax, Croix Rouge Bordeaux), d'ergothérapie et de pédicurie-podologie du CHU de Bordeaux ainsi que les formations de psychomotricité, d'audioprothésiste et d'orthoptie déjà intégrées à l'université. Sa création vise à harmoniser le volet proprement universitaire de la formation dans ces différentes filières en privilégiant les approches pédagogiques mutualisées et interdisciplinaires (support numérique de cours partagés, plateforme de simulation en santé) et à permettre aux étudiants qui le souhaitent d'accéder à un parcours recherche au sein de l'université (double cursus, master et doctorat) dans les mêmes conditions que les autres étudiants en santé. À terme, cette organisation doit permettre l'émergence de candidats à des postes d'enseignants-chercheurs dans le champ des sciences de la réadaptation.

[51] Si la plupart des interlocuteurs de la mission se sont déclarés favorables à une plus grande ouverture de la formation d'audioprothésiste sur les autres formations paramédicales, certains directeurs d'écoles ont toutefois émis des réserves sur la possibilité d'aller plus loin en matière de mutualisation, pour des raisons liées à la fois à l'organisation des enseignements (disponibilité des enseignants, calendrier des stages, etc.) et au risque de dilution des enseignements propres à la formation d'audioprothésiste, qui nécessite l'acquisition de compétences spécifiques. Si cette objection mérite d'être entendue, il apparaît néanmoins que *« l'intégration à l'Université n'est pas antagoniste de la dimension professionnelle (...), qu'un des traits importants de la professionnalité est la capacité à coopérer entre professions [et que] l'évolution vers plus de transversalité dans un cadre universitaire doit y concourir »*<sup>185</sup>.

#### 2.4.2 Une intégration de la préparation au diplôme d'Etat au sein d'une licence « Sciences pour la santé »

[52] La seconde option consiste à intégrer la préparation au diplôme d'Etat à une licence, dont elle constituerait l'un des parcours, à côté de ceux conduisant à d'autres professions paramédicales. Cette évolution était déjà au centre de la réflexion engagée en mars 2018 au lendemain de la remise du rapport Le Bouler. Le dossier de presse diffusé à cette occasion par les ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur sur l'universitarisation des formations paramédicales posait ainsi le principe selon lequel *« les professionnels de santé doivent acquérir les compétences nécessaires à l'exercice interprofessionnel, en modifiant en profondeur une organisation aujourd'hui en silos »*. Il soulignait que *« la coordination ne s'invente pas le lendemain de l'obtention du diplôme »*, que *« les compétences qu'elle nécessite doivent être incluses au cœur même des formations, qui doivent faire une part à des modules interprofessionnels »* et que *« la constitution de temps communs de formation et la mutualisation des enseignements doivent être au cœur des travaux de réingénierie à conduire ou à actualiser »*. L'un des exemples mis en avant portait précisément sur la prise en charge des patients atteints de troubles de l'audition – le décloisonnement de la formation devant permettre que

<sup>185</sup> *Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation de la mission « Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique »*, Rapport à Madame la ministre des solidarités et de la santé et à Madame la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, février 2018, p. 6. Le rapport souligne que *« la constitution de filières de formation en silos (...), la revendication légitime de la dimension professionnelle des formations, le souci de disposer de formateurs issus de la profession, celui d'une diplomation voire d'une recherche ancrées dans des logiques professionnelles [sont] légitime[s] mais insuffisant[s]. Il faut à la fois consolider sa profession et s'ouvrir aux autres, affirmer son identité professionnelle et travailler en transversalité, trouver sa place dans une organisation des soins plus complexe et bâtir le collectif »* (id., p. 12).

« médecin, pharmacien, kinésithérapeute, et audioprothésiste coopèrent davantage autour d'un patient âgé présentant des difficultés motrices et auditives ».

[53] La constitution d'un groupe de travail dédié à l'orthophonie, à l'orthoptie et à l'audioprothèse devait ainsi permettre de définir « *les évolutions souhaitables des référentiels de formation pour les filières qui n'[avaient] pas fait l'objet d'une réingénierie, en lien avec la réflexion sur la formation aux autres métiers de la réadaptation* », et de proposer des « *orientations générales concernant les processus de réingénierie et les modules transversaux* » susceptibles d'être mis en œuvre dans le cadre de la réforme des études paramédicales. Ces travaux, s'ils n'ont pas débouché sur une réforme au plan national, ont cependant créé une dynamique dont témoignent les mutualisations mentionnées plus haut, la délivrance à Evreux du grade de licence grâce à l'ajout à la formation conduisant au diplôme d'Etat de modules complémentaires et la transformation à Cahors de cette même formation en un parcours de licence à part entière.

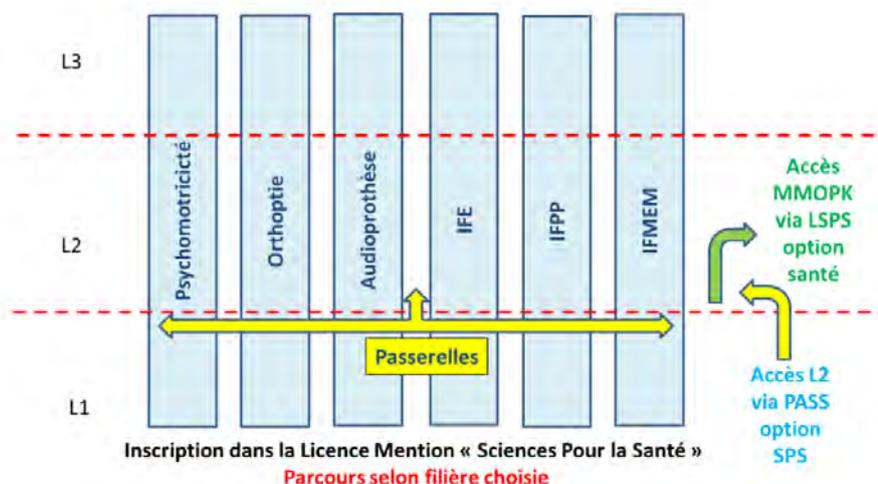
[54] L'Université Toulouse 3 Paul Sabatier, dont dépend l'école de Cahors, s'est en effet engagée à la rentrée 2021 dans une expérimentation d'une durée de cinq ans, portée par l'UFR de médecine de Rangueil dans le cadre de la mise en œuvre :

- du décret n°2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche, pris en application de l'article 39 de la loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 modifiée, qui prévoit que « *les universités (...) peuvent organiser des formations (...) selon des modalités permettant de renforcer les échanges entre les formations de santé, l'acquisition par les étudiants de connaissances et de compétences dans des champs disciplinaires transversaux à plusieurs métiers de la santé, leur capacité à travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires et leur formation par et à la recherche pour participer à la production du savoir* » ;
- de l'arrêté du 25 juin 2020 relatif aux modalités de dépôt et d'examen des candidatures pour l'expérimentation de ces mêmes modalités.

[55] Cette nouvelle organisation des enseignements vise à mutualiser le socle universitaire de plusieurs formations paramédicales inscrites dans le champ de la rééducation-réadaptation, des soins et du médico-technique – orthoptie, audioprothèse, psychomotricité, pédicurie-podologie, ergothérapie, manipulateur d'électroradiologie médicale – au sein d'une licence « Sciences pour la Santé ». Il permet aux étudiants de valider à la fois un diplôme de licence et le DE ou le certificat de capacité (CC) correspondant à leur parcours, sans modifier les conditions d'accès aux formations concernées *via* Parcoursup et en garantissant le respect des référentiels de compétences propres à chacune d'entre elles. Il prévoit également à compter de la rentrée 2022 un accès direct en deuxième année des différentes formations proposées pour des étudiants issus du Parcours accès santé spécifique (PASS), option « Sciences pour la Santé ».

### Organisation de la licence mention « Sciences pour la santé de l'Université Toulouse 3

Des unités d'enseignement communes à l'ensemble des parcours (UEC) sont proposées au cours des trois années, avec un volume horaire dégressif. Elles concernent les disciplines fondamentales et cliniques et sont dispensées par des enseignants-chercheurs issus des facultés de médecine et d'odontologie de l'Université Toulouse 3-Paul Sabatier et de l'Université Toulouse 2 Jean-Jaurès. Certains enseignements universitaires ne sont dispensés qu'à certaines formations sous l'appellation d'UE communes partielles (UECP). Ces UEC et UECP sont placées sous la responsabilité conjointe d'un enseignant-chercheur et d'un représentant d'une des écoles ou instituts. Enfin, les enseignements correspondant au cœur de métier de chaque formation et les stages, qui permettent l'acquisition de compétences professionnelles au sein de chaque parcours, représentent les deux tiers du volume de formation. Ils sont supervisés par des enseignants et des formateurs issus des différentes écoles et respectent le référentiel de compétences de chaque formation.



Le cursus d'audioprothésiste comprend ainsi 49 ECTS délivrés dans le cadre d'UE communes ou communes partielles et 131 ECTS correspondant à la formation spécifique des futurs audioprothésistes. L'enseignement par modules prévu par le programme de 2001 devient une formation par unités d'enseignement répondant aux exigences d'une licence. Les modules généraux (anatomie, sciences humaines et sociales, gestion et comptabilité, initiation à la recherche clinique) sont dorénavant traités dans des unités d'enseignement communes. Les modules plus spécifiques, touchant les sciences fondamentales (physique, mathématiques) ou relatifs à l'audiologie et à la prise en charge des surdités sont repris dans des unités d'enseignement métier qui représentent 819 heures d'enseignement sur l'ensemble de la formation.

Le socle commun d'enseignements permet notamment la validation de compétences :

- disciplinaires (identifier les bases de l'organisation et du fonctionnement du vivant dans ses aspects développementaux et évolutifs, appréhender les bases du médicament et des produits de santé, mobiliser les bases de la physiologie des grandes fonctions pour analyser une problématique de santé, choisir et mettre en œuvre des outils théoriques permettant de s'approprier les résultats des études expérimentales, etc.) ;
- linguistiques, par l'apprentissage de l'anglais réparti sur les 6 semestres de la licence ;
- transversales, telles que l'analyse, la synthèse, l'expression écrite et orales, au travail individuel et collectif et à la conduite de projets par l'initiation à la recherche, qui sont mises en pratique entre autre lors de la préparation et de la rédaction du mémoire ;
- numériques et de traitement de l'information et des données.

Les étudiants sont également formés à « *agir en responsabilité au sein d'une organisation professionnelle* » (situer son rôle et sa mission au sein d'une organisation, respecter les principes d'éthique, de déontologie et de responsabilité environnementale, travailler en équipe et en réseau ainsi qu'en autonomie au service d'un projet, s'autoévaluer pour améliorer sa pratique). Enfin, l'initiation à la recherche proposée au cours de la licence doit faciliter la poursuite d'études en master (par exemple un master Santé option « Réadaptation », qui fait l'objet d'une demande d'accréditation dans la vague A de l'HCERES pour 2021).

[56] Cette intégration de la préparation au diplôme d'Etat au sein d'une licence santé/réadaptation et soin répond à plusieurs enjeux de la réingénierie de la formation d'audioprothésiste : l'accès au grade licence (augmentation du volume horaire des enseignements théoriques, délivrance d'ECTS, session de rattrapage), la possibilité de poursuivre en master voire en doctorat et le décroisement des enseignements.

[57] Certains directeurs d'écoles et responsables de composantes ont fait part à la mission de leur intérêt pour l'expérimentation conduite à Toulouse et de leur intention de travailler à leur tour à une intégration du diplôme d'Etat d'audioprothésiste au sein d'une licence ouverte à d'autres formations paramédicales. Certains ont déjà engagé une réflexion en ce sens, dont la mise en œuvre a été suspendue du fait de la charge de travail liée à la mise en œuvre de la réforme des études de santé. C'est ainsi le cas à Rennes ou à Rouen, où les travaux menés au sein de l'UFR santé dans le cadre de l'expérimentation pour l'évolution des études paramédicales ont permis d'identifier des matières socles qui pourraient être mutualisées en fonction des plannings des différentes formations.

[58] Dans ce contexte, la mission recommande de développer les formations communes aux audioprothésistes et à d'autres professions paramédicales, en particulier les orthophonistes, et d'intégrer à la formation de ces derniers, des audioprothésistes et des ORL un module dédié à la prise en charge coordonnée des patients malentendants.

### 2.4.3 La création ou le développement de passerelles avec d'autres formations

[59] Au-delà de cette plus forte mutualisation des enseignements dans le cadre d'une formation directement intégrée à une licence « Sciences de la santé » ou permettant de conférer le grade de licence, le décroisement des formations de santé passe également par le développement des passerelles entre les différentes filières, comme le prévoit la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

[60] Celles-ci pourraient permettre à la fois de diversifier le recrutement des futurs audioprothésistes et de leur offrir de nouvelles perspectives de poursuite ou de reprise d'études. Plusieurs dispositions existent ou pourraient être envisagées à cet effet :

- l'arrêté du 24 mars 2017 relatif aux modalités d'admission directe en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme ouvre par ailleurs l'accès à cette passerelle aux professionnels paramédicaux justifiant d'un exercice professionnel de deux ans à temps plein et titulaires d'un diplôme sanctionnant au moins trois années d'études supérieures. Il permet ainsi à des audioprothésistes en activité d'accéder en deuxième ou troisième année d'étude médicale.
- le décret n°2019-1126 du 4 novembre 2019 relatif à l'accès au premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique, qui vise à améliorer l'orientation et la réussite des étudiants et à décroiser les cursus en application de la loi du 24 juillet 2019, ouvre, à côté des deux principales voies d'admission dans les études de santé – parcours

de licence avec option « accès santé » (LASS) et parcours spécifique « accès santé » comprenant une option dans une autre discipline (PASS) –, une troisième voie réservée aux étudiants ayant déjà validé au moins 60 crédits ECTS dans une formation de trois années minimum conduisant à un titre ou à un diplôme d'Etat d'auxiliaire médical. Le texte ne contraint cependant pas les universités à proposer cette voie, qui pourrait offrir aux étudiants des écoles d'audioprothèse la même possibilité d'accès aux études de santé qu'aux audioprothésistes en activité. Celle-ci, peu exploitée aujourd'hui, apparaît néanmoins comme une alternative intéressante à la poursuite d'études en master et en doctorat ;

- le développement de partenariats avec des écoles d'ingénieurs, sur le modèle de celui mis en place à Lyon avec Polytech, offrirait aux titulaires du diplôme d'Etat de nouvelles possibilités en matière de poursuite d'études. Cette passerelle apparaît particulièrement bien adaptée au profil des étudiants en audioprothèse, dont la formation se situe à la jonction de la physiologie, de l'électronique, de la physique acoustique et des neurosciences ;
- les formations conduisant au diplôme d'Etat d'audioprothésiste pourraient à l'inverse accueillir directement en deuxième année des étudiants ayant validé une première année d'études supérieures donnant accès aux études de santé<sup>186</sup>. L'arrêté du 22 octobre 2021 modifiant l'arrêté du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique prévoit ainsi que les étudiants qui ont validé une première année d'un PASS ou d'une LAS mais qui ne poursuivent pas en deuxième année d'une filière MMOP "*peuvent être admis dans une formation d'une durée de trois ans minimum conduisant à la délivrance de diplômes permettant l'exercice des professions d'auxiliaire médical [...] à l'exception de la profession de masseur-kinésithérapeute*". ;
- cette disposition, qui concernerait la formation d'audioprothésiste, pourrait être étendue aux étudiants inscrits dans une filière scientifique à l'université (sciences pour la santé, sciences de la vie, sciences et techniques, etc.), dans une classe préparatoire aux grandes écoles (CPGE) scientifique ou dans une formation paramédicale (orthophonistes, ergothérapeutes, etc.) et ayant validé au moins 60 ECTS. La réingénierie de la formation conduisant au diplôme d'Etat pourrait faciliter ces réorientations en déplaçant le stage ORL en deuxième année, en regroupant en première année les enseignements scientifiques fondamentaux, en partie communs avec ces autres formations, et en prévoyant pour les étudiants ainsi admis directement en deuxième année la validation au cours de celle-ci d'une ou plusieurs UE complémentaires dans les domaines spécifiques à la formation d'audioprothésiste. Elle permettrait ainsi d'élargir et de diversifier le vivier des futurs professionnels, en particulier dans la perspective d'un relèvement du quota ;

[61] La mission recommande donc de développer des passerelles permettant à des étudiants inscrits dans des filières scientifiques d'intégrer la deuxième année d'études d'audioprothésiste et à des étudiants en audioprothèse de poursuivre en école d'ingénieur ou en premier cycle d'études de santé.

---

<sup>186</sup> Les médecins peuvent déjà exercer le métier d'audioprothésiste. Les articles L. 4361-2, L. 4361-3 et L. 4361-4 du code de la santé publique disposent en effet que toute personne possédant un diplôme permettant l'exercice de la médecine en France peut exercer l'activité d'audioprothésiste

## 2.5 Une évolution souhaitable du calendrier des stages et des modalités d'agrément des professionnels chargés de les encadrer

### 2.5.1 Un calendrier des stages qui se traduit par la saturation des terrains d'accueil

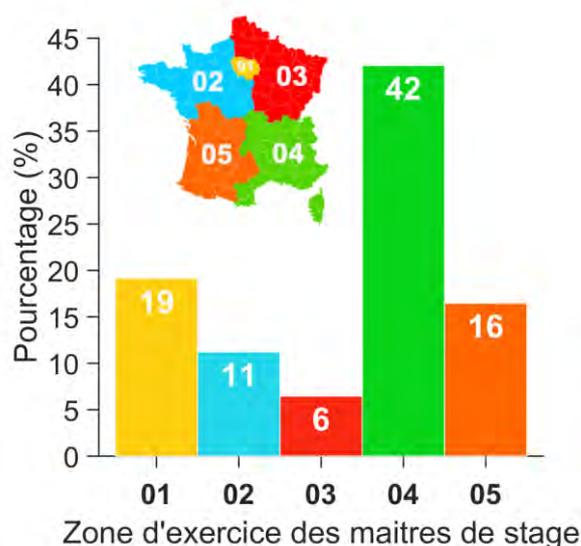
[62] La réingénierie de la formation d'audioprothésiste permettrait enfin d'assouplir le calendrier des stages, aujourd'hui régi par l'annexe du décret de 2001. Celle-ci prévoit en effet que :

- le stage de dix semaines en première année dans un service hospitalier d'ORL comprenant un département d'exploration fonctionnelle audio-vestibulaire, destiné à mettre en contact l'étudiant avec les praticiens de l'audiologie clinique et à lui faire découvrir les thérapeutiques médicales et chirurgicales des diverses pathologies ORL, « *ne devra être effectué qu'après dispensation des cours de première année* » ;
- de même, le stage de 16 semaines en deuxième année dans un laboratoire d'audioprothèse, qui doit permettre à l'étudiant de découvrir la thérapeutique prothétique dans son ensemble, « *ne devra être effectué qu'après dispensation des cours de deuxième année* ».

[63] Cette organisation est jugée trop rigide par l'ensemble des responsables de formation interrogés par la mission. Elle oblige en effet à placer ces stages respectivement en fin de première et de deuxième année. Or, les terrains de stages, notamment en CHU, ne sont pas suffisamment nombreux pour accueillir au même moment tous les étudiants et se trouvent de ce fait confrontés à un phénomène d'engorgement. La tension est d'autant plus forte :

- que la répartition des terrains de stage est inégale selon les territoires : 42 % des quelque 300 maîtres de stage recensés en 2020 étaient ainsi implantés dans le quart sud-est du pays et 19 % en Ile-de-France, contre seulement 11 % dans le quart nord-ouest et 6 % dans le quart nord-est. Ce déséquilibre contraint de nombreux étudiants à effectuer leur stage dans une autre région que celle où se déroule leur formation. L'obligation de mobilité qui en résulte représente un coût non négligeable ;

Carte 7 : Répartition des terrains de stages sur le territoire



Source : Université de Lille

- qu'aux stages prévus dans la formation des étudiants inscrits dans les écoles françaises s'ajoutent ceux imposés à titre de mesures compensatoires aux titulaires d'un diplôme d'un autre Etat membre de l'Union européenne qui déposent une demande d'autorisation d'exercice en France. Le développement en Espagne au cours des trois dernières années d'une filière de formation permettant à environ 150 étudiants français d'obtenir le diplôme espagnol se traduit ainsi par une très forte augmentation de la demande de stages – les terrains disponibles étant les mêmes que ceux qui accueillent les étudiants formés en France.

[64] Cette saturation des terrains de stage constitue, en outre, un facteur potentiel de dégradation des conditions d'accueil en milieu professionnel et de moindre qualité de la formation des audioprothésistes. Elle aboutit *de facto* à une limitation des capacités de formation qui constitue l'un des principaux obstacles à l'augmentation du nombre d'audioprothésistes formés en France.

[65] Un assouplissement, dans le cadre de la réingénierie de la formation, du décret du 10 juillet 2001 permettrait de desserrer la contrainte qui pèse aujourd'hui sur l'organisation des stages et d'envisager un relèvement du quota de places offertes à l'entrée des écoles préparant au diplôme d'Etat. Celui-ci pourrait passer par :

- un étalement du calendrier des stages, qui pourraient être effectués à différentes périodes de l'année et non plus seulement à la fin de celle-ci, après l'achèvement de l'ensemble des cours théoriques et pratiques ; cette mesure apparaît comme la plus simple à mettre en œuvre et serait accueillie favorablement par tous les acteurs concernés ;
- la possibilité d'effectuer une partie du stage d'audiologie clinique dans un cabinet d'ORL équipé du matériel nécessaire en matière d'audiométries et d'explorations fonctionnelles audio-vestibulaires et présentant un niveau d'activité suffisant dans le domaine de la prise en charge des patients malentendants ; cette possibilité, non exclusive de la première, apparaît moins consensuelle et ferait sans doute l'objet d'un débat au sein de la profession et des responsables de formation. Si certains soulignent en effet l'intérêt qu'il y aurait à mettre les futurs audioprothésistes en contact avec des praticiens qui constituent les principaux prescripteurs en matière d'aides auditives, d'autres insistent à l'inverse sur la nécessité pour les stagiaires de découvrir l'ensemble du champ thérapeutique – à la fois médical et chirurgical – et de bénéficier d'un encadrement assuré par des enseignants-chercheurs de haut niveau.

### 2.5.2 Une procédure d'agrément des maîtres de stages relativement opaque

[66] L'arrêté du 10 juillet 2001 relatif à la désignation des maîtres de stage en audioprothèse prévoit que le directeur de l'unité de formation et de recherche agréée en qualité de maître de stage les audioprothésistes qui lui en font la demande. Seuls les professionnels exerçant depuis au moins trois ans peuvent faire acte de candidature. L'agrément est prononcé pour une durée de trois ans renouvelable par une commission constituée à cet effet et composée du directeur de l'unité de formation et de recherche, du responsable de l'enseignement du diplôme d'Etat d'audioprothésiste, d'enseignants, de médecins hospitaliers, d'audioprothésistes participant aux enseignements et de représentants du collège national d'audioprothèse et des organisations professionnelles. En cas de partage des voix, le directeur de l'unité de formation et de recherche, qui préside la commission d'agrément, a voix prépondérante.

[67] Chaque école établit sa propre liste de maîtres de stage, selon des critères qui lui sont propres et qui peuvent varier de l'une à l'autre. Ces critères se répartissent en deux catégories : les critères officiels d'éligibilité au statut de maître de stage (durée d'exercice de la profession, nombre de centres entre lesquels se répartit l'activité de l'audioprothésiste, etc.) et ceux liés à l'appartenance à

tel réseau ou telle enseigne d'audioprothèse. Or, les échanges qu'a pu avoir la mission avec plusieurs responsables de formation ont fait apparaître sur ce dernier point l'existence de deux politiques très différentes en fonction des écoles :

- certains directeurs insistent sur la nécessité de proposer aux étudiants des terrains de stage diversifiés, représentatifs de l'ensemble de la profession ;
- d'autres, en revanche, privilégient certains réseaux au motif qu'ils répondraient à une conception exigeante du métier d'audioprothésiste et qu'ils garantiraient à ce titre la qualité de l'expérience professionnelle acquise par les étudiants.

[68] Deux des trois organisations représentatives des entreprises de distribution d'audioprothèse, le SYNEA et le SYNAM, ont dénoncé à plusieurs reprises cette dernière pratique et réclament l'adoption de règles nationales et transparentes en matière d'organisation des stages.

[69] La mission, si elle n'est pas favorable à la constitution, réclamée par certains, d'une liste nationale des maîtres de stage, qui contreviendrait au principe de subsidiarité et à l'autonomie des universités, juge toutefois souhaitable, dans un souci de clarté et d'égalité de traitement entre les candidats à la fonction de maître de stage, que :

- les critères de sélection et d'évaluation de ces derniers soient harmonisés à l'échelle nationale ;
- les trois organisations représentatives de la profession soit admises à siéger dans les commissions d'agrément, de façon à garantir qu'aucun acteur du secteur de l'audioprothèse ne soit exclu *a priori* de la liste des maîtres de stages.

### **3 Une formation assurée par neuf écoles et dont les effectifs doivent augmenter de manière significative**

#### **3.1 Des formations attractives et bien intégrées dans leur environnement mais relativement hétérogènes**

##### **3.1.1 Des structures de petite taille, qui sont néanmoins dotées des moyens nécessaires à leur fonctionnement**

[70] Neuf écoles préparent actuellement au diplôme d'Etat d'audioprothésiste. Quatre formations ouvertes récemment (Cahors en 2013, Bordeaux en 2014, Evreux et Lille en 2019) sont en effet venues s'ajouter aux cinq existantes (Fougères, Lyon, Montpellier, Nancy, Paris).

[71] L'audioprothèse est, avec l'orthophonie et l'orthoptie, l'une des trois formations paramédicales délivrées uniquement à l'université. Les écoles n'en présentent pas moins une certaine hétérogénéité, tant du fait de leur rattachement à différentes composantes universitaires que de leurs effectifs, de leur mode de financement ou encore de leurs ressources humaines.

[72] Trois écoles sont ainsi intégrées à une UFR de médecine, deux à une UFR de pharmacie, une à une UFR Santé comprenant l'ensemble des formations médicales et paramédicales et deux à un Institut regroupant des formations préparant aux métiers de la réadaptation. L'école de Paris, enfin, est une structure interne au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM).

Tableau 14 : Neuf écoles universitaires rattachées à différentes UFR

Ecole	Composante	Etablissement	Date de création
Bordeaux	Institut universitaire des sciences de la réadaptation (IUSR)	Université de Bordeaux	2014
Cahors	UFR de Médecine	Université Toulouse 3 Paul Sabatier	2013
Evreux	UFR Santé	Université de Rouen Normandie	2019
Fougères	UFR de Médecine	Université Rennes 1	1996
Lille	UFR de Médecine	Université de Lille	2019
Lyon	Institut des sciences et techniques de la réadaptation (ISTR)	Université Lyon 1 Claude Bernard	n.c
Montpellier	UFR de Pharmacie	Université de Montpellier	1967
Nancy	UFR de Pharmacie	Université de Lorraine	1967
Paris	Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)	Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)	1957

Source : Mission

[73] Ces structures de petite taille se caractérisent par un effectif très réduit et ne disposent pas, pour la plupart, de statut juridique ni de budget propre. Davantage que des écoles, elles constituent de simples parcours de formation au sein de la composante à laquelle elles sont rattachées.

Tableau 15 : Nombre d'étudiants inscrits dans des formations de santé non médicales

	Nb d'inscrits en 2019-2020	Part des inscrits dans les formations de santé non médicales et à la profession de sage-femme
Infirmier	91 220	59,5%
Kinésithérapeute	12 049	7,8%
Orthophoniste	4 110	2,7%
Psychomotricien	3 027	2,0%
Ergothérapeute	2 993	1,9%
Orthoptiste	1 156	0,7%
Audioprothésiste	583	0,4%

Source : DREES et SIES

[74] Leurs capacités d'accueil, si elles n'excèdent pas une cinquantaine de places, varient par ailleurs assez fortement d'une école à l'autre. Si celles d'Evreux et de Lyon comptent respectivement 50 et 52 inscrits en 2021, celles de Bordeaux et de Nancy n'en accueillent que 17 et 20. Le nombre d'étudiants autorisés à s'inscrire en première année, auquel s'ajoutent les redoublants, fait ainsi apparaître des écarts importants entre territoires. Si le Sud-Est dispose d'une capacité de formation de 94 étudiants (à Lyon et à Montpellier) et le Nord-Ouest de 80 étudiants (à Fougères et à Evreux), les quarts Nord-Est et Sud-Ouest en accueillent seulement 48 (à Lille et à Nancy) et 41 (à Bordeaux et à Cahors) et l'Ile-de-France 35 (à Paris) en dépit de forts besoins de recrutement. Le centre du pays et la Région PACA ne comptent par ailleurs aucune école. Si les jeunes diplômés sont généralement assez mobiles (seul un tiers d'entre eux exerce dans la région où il a été formé), ce maillage inégal n'est pas de nature à favoriser leur répartition équilibrée sur l'ensemble du territoire.

[75] Les auteurs du rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGAENR sur l'universitarisation des formations paramédicales publié en juin 2017 relèvent par ailleurs que les formations dépendant des ministères chargés de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur, contrairement à celles inscrites dans le périmètre du ministère chargé de la santé, n'ont pas fait l'objet de la compensation financière mentionnée à l'article 119 de la loi du 13 août 2004 prévoyant le transfert aux régions de la gestion et du financement de la formation de l'ensemble des professions citées aux titres I à VII du livre III de la 4<sup>ème</sup> partie du code de la santé publique. Ils indiquent que cette situation, « *outre qu'elle accroît la complexité en matière de formation et de circuit de financement et qu'elle n'est pas conforme à l'intention du législateur en 2004 qui organisait un transfert du pilotage et de la gestion de l'ensemble des formations, n'est pas sans inconvénients en termes de soutenabilité financière, ces formations étant aux dires de tous les acteurs rencontrés, sous-dotées* »<sup>187</sup>. Ils proposent en conséquence d'achever le processus enclenché par la loi du 13 août 2004 en organisant le financement par la Région des formations gérées à l'université. Concernant plus particulièrement les formations d'orthophonie, orthoptie et audioprothèse, ils préconisent « *d'accompagner les universités concernées dans l'identification des coûts de ces formations et de les préparer à gérer les budgets concernés (...) sur le modèle rendu obligatoire des budgets annexes mis en œuvre depuis 2004 par les établissements publics de santé* »<sup>188</sup>.

[76] Les directeurs des neuf écoles et les responsables de leurs composantes de rattachement n'ont toutefois pas fait mention, au cours des entretiens avec la mission, de difficultés de financement particulières, ni en matière de couverture de la masse salariale ni en matière de locaux ou d'équipements – la formation d'audioprothésiste nécessitant d'acquérir et de renouveler des matériels souvent coûteux. Si l'on ne peut exclure que certains d'entre eux aient intégré la contrainte budgétaire et parviennent à assurer le bon fonctionnement de leur formation avec des moyens limités, les écoles ne sont pas apparues à la mission comme étant confrontées à un problème de sous-financement. Plusieurs d'entre elles bénéficient, en effet, en complément des moyens qui leur sont alloués par l'université, d'autres sources de financement qui leur permettent de couvrir leurs charges de fonctionnement et d'investir dans des équipements performants :

- certains équipements nécessaires à la formation sont mis à la disposition des écoles par les fabricants, ce qui réduit sensiblement leurs charges en matière d'investissement ;
- l'ouverture d'un accès au diplôme par la voie de l'apprentissage permet aux écoles de Montpellier et d'Evreux de générer de nouvelles ressources (cf. infra 5.2) ;
- plusieurs écoles bénéficient du soutien de collectivités et/ou d'acteurs socio-économiques locaux dans le cadre des politiques de santé et de développement du territoire portées par ces derniers. La Région Hauts-de-France, l'ARS et plusieurs sociétés et fondations ont ainsi contribué *via* le versement de subventions d'un montant significatif à la création en 2019 de l'école d'audioprothésistes de Lille, à hauteur respectivement de 116 273 €, 194 386 € et 38 242 € – soit un total de 348 901 €.

---

<sup>187</sup> Rapport IGAS-IGAENR, juin 2017, pp. 34-35.

<sup>188</sup> *Ibid.*

### Détail des contributions financières à la création de l'école de Lille

La Région Hauts-de-France a contribué en 2019 et 2020 à la création de l'école de Lille au sein de la faculté de médecine Henri Warembourg à travers le versement à l'Université de deux subventions d'équipement d'un montant total de 116 273 euros, représentant respectivement 13,24 % et 80 % du montant de l'investissement réalisé.

La convention de financement signée le 16 décembre 2019 entre l'ARS des Hauts-de-France et l'Université de Lille au titre du fonds d'intervention régional 2019 pour l'acquisition de matériels dans le domaine de la simulation en santé prévoit par ailleurs un soutien financier d'un montant de 194 386 euros au centre de simulation en santé PRESAGE afin de doter l'école d'audioprothèse d'un équipement « *reproduisant un laboratoire d'audioprothèse conventionnel avec une double cabine améliorée et un mannequin haute-fidélité acoustique reproduisant les mesures morphométriques moyennes d'un torse et d'une tête humaine compatible avec le test d'appareillages auditifs* ».

Enfin, l'Université de Lille a signé en septembre 2020 une convention de don de matériel avec la société LDBE pour une imprimante 3D permettant de fabriquer des embouts auditifs d'une valeur de 6 000 euros. Deux autres conventions de don en nature sont en cours de signature avec la Fondation de France agissant au nom et pour le compte de la Fondation AUDIKA pour une cabine de simulation et pour une cabine de stéréo audiométrie d'une valeur respective de 17 055 euros et de 15 187 euros.

- les formations des Universités Toulouse 3 Paul Sabatier et Rennes 1 délocalisées à Cahors et à Fougères bénéficient par ailleurs du soutien des Chambres de commerce et d'industrie (CCI) locales. La première a signé deux conventions avec l'école d'audioprothèse, le Conseil régional et la (CCI) du Lot, qui permettent à l'école de disposer des moyens matériels adaptés aux besoins de la formation ; la seconde est implantée sur le campus de la Faculté des métiers de la CCI d'Ille-et-Vilaine ;
- A Evreux, la création de l'école en 2019 a donné lieu à une subvention de la Région Normandie d'un montant de 500 000 euros sur trois ans dans le cadre d'une convention tripartite entre la Région, l'Université et l'hôpital de la Musse, dans les locaux duquel est implantée l'école.

### Contribution de la Région Normandie à la création de l'école d'Evreux

L'Université de Rouen a été habilitée à délivrer le diplôme d'Etat d'Audioprothésiste par arrêté du 8 mars 2019 des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. La formation a ouvert en septembre 2019 au sein des Instituts de Formation La Musse à Saint Sébastien de Morsent (Eure), dans le cadre d'une convention de partenariat conclue le 13 novembre 2019 entre la Région Normandie, l'Université de Rouen Normandie et la Fondation La Renaissance Sanitaire de l'Hôpital La Musse.

Celle-ci rappelle en préambule les difficultés d'accès aux soins auditifs en France et la volonté des pouvoirs publics d'améliorer le taux de couverture de la population dans le cadre d'une refonte des modalités de prise en charge et de la création d'une offre dite « à reste à charge zéro ». Elle souligne à cet égard que « la réforme envisagée ne peut être mise en place sans une augmentation raisonnée mais substantielle de l'offre de professionnels, faute de quoi elle ne resterait qu'un droit virtuel ». Elle dresse en outre le constat d'une densité d'audioprothésistes particulièrement faible en Normandie (134 en 2017, soit un pour 25 000 habitants, contre un pour 20 000 habitants à l'échelle nationale). Sur la base de ce constat :

- l'Université de Rouen a déposé un dossier de demande d'habilitation auprès du MESRI pour dispenser la formation d'audioprothésiste en Normandie – demande validée le 15 janvier 2019 par le Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche (CNESER) – avec un effectif prévisionnel de 30 étudiants à la rentrée 2019, 40 à la rentrée 2020 et 50 à la rentrée 2021 ;

- la Région, « dans le cadre de sa politique en matière de formations sanitaires et sociales », a considéré que la création d'une offre de formation locale était de nature à favoriser l'implantation de jeunes diplômés en tissant des liens avec les professionnels de la filière (médecins ORL, établissements hospitaliers et gériatriques), les établissements d'enseignement supérieur (UFR Santé de Rouen et Caen, écoles d'orthophonie), les collectivités territoriales et les acteurs socio-économiques (Région, entreprises, CFA). Elle a ainsi décidé « d'aider à la réalisation de cette formation par le versement d'une subvention au titre d'une aide au démarrage de la formation d'audioprothésiste pendant les trois premières années de sa mise en œuvre ». Cette aide s'est traduite par le versement à l'Université d'une subvention de 500 000 euros, soit 47,5% du montant de l'opération.

[77] Ce dernier partenariat, comme celui conclu à Lille, ouvre des perspectives intéressantes en matière de financement des formations d'audioprothésiste, réputées sous-dotées du fait de leur ancrage exclusivement universitaire. Il pourrait, en effet, contribuer, en cas de relèvement du quota de places offertes en première année, à la création de nouvelles écoles dans les zones qui n'en disposent pas actuellement. Les universités intéressées pourraient bénéficier dans ce cadre d'un soutien de la part de la Région – laquelle pourrait considérer qu'il lui revient, dans le cadre de ses compétences en matière de formation professionnelle et de développement territorial, d'accompagner la mise en place du 100 % Santé en renforçant le maillage territorial des centres d'audioprothèse et en facilitant l'accès des patients à l'appareillage auditif. Ce soutien pourrait passer soit, comme en Normandie, par une convention spécifique, soit par le financement dans le cadre du Contrat de plan Etat-Région (CPER) des locaux et des équipements nécessaires à la création d'une nouvelle formation.

### 3.1.2 Une qualité reconnue par les professionnels du secteur en dépit de l'hétérogénéité des équipes enseignantes

[78] La qualité de la formation assurée par les écoles françaises est reconnue par l'ensemble des organisations professionnelles représentatives de la profession d'audioprothésiste, même si certains acteurs rencontrés par la mission font état d'une certaine hétérogénéité dans les contenus de formation et dans le niveau des diplômés. L'évaluation conduite par le HCERES en 2019-2020 de trois formations portée par des universités de la vague A (Cahors, Lyon et Montpellier) est elle aussi positive. Elle fait notamment état « *d'enseignements nombreux et variés, adaptés aux besoins de la formation, de taux de réussite et d'insertion professionnelle très satisfaisants et, de façon plus globale, d'un positionnement remarquable dans l'environnement scientifique et socio-économique* ».

[79] La plupart des écoles, qui disposent d'équipes administratives très réduites et dont les moyens en crédits et en emplois sont gérés pour l'essentiel par la composante à laquelle elles appartiennent, n'ont pas été en mesure de communiquer à la mission – pas plus qu'au HCERES pour les trois formations évaluées par ce dernier – des données précises en matière budgétaire et de ressources humaines (nombre d'équivalents temps plein, montant et évolution de la masse salariale, répartition de la charge d'enseignement par statut – titulaires, vacataires – et par corps – professeurs des universités, maîtres de conférence, PUPH, ATER, etc.). Les documents fournis et les échanges avec les responsables de formation permettent néanmoins d'établir que :

- la gouvernance et le pilotage de la formation sont assurés tantôt par un ou plusieurs enseignants-chercheurs (à Cahors, Lille, Montpellier, Nancy, Paris et Rennes), tantôt par un audioprothésiste (à Evreux et à Lyon), tantôt par un binôme audioprothésiste/enseignant-chercheur (à Bordeaux) ;

- les équipes pédagogiques sont composées dans des proportions variables d'enseignants-chercheurs, responsables des différents modules d'enseignement, et d'audioprothésistes, souvent issus du CNA. Ces derniers, souvent titulaires d'un master voire d'un doctorat, jouent un rôle essentiel dans la formation du fait de son caractère professionnalisant. Il ne semble pas que les écoles soient confrontées à des difficultés de recrutement, bien que certains audioprothésistes renoncent à être rémunérés du fait de la complexité des modalités de prise en charge administrative des intervenants extérieurs. L'appartenance à une composante universitaire garantit par ailleurs la qualité des enseignements scientifiques. A Lyon, dix enseignants-chercheurs (professeur et maîtres de conférences des universités, professeur associé de science et technologie) sont impliqués dans la formation, qui apparaît comme à Montpellier fortement liée au monde de la recherche académique. A Paris, la formation bénéficie des compétences des enseignants rattachés au laboratoire de mécanique des structures et des systèmes couplés (LMSSC) et des ressources pédagogiques du CNAM en informatique et en gestion. La partie médicale de la formation est délivrée par des PU-PH et MCU-PH de l'Université de Paris et l'enseignement en audioprothèse est assuré par des professionnels reconnus. A Cahors, où l'équipe de direction fait état d'une mutualisation très poussée des compétences entre les formations paramédicales et entre les différentes composantes de l'Université Toulouse 3 Paul Sabatier, une équipe de 12 à 18 audioprothésistes selon les années contribue aux différents enseignements. Elle comprend des audioprothésistes de la région et des représentants du CNA, très actif dans la formation des futurs professionnels du secteur.

#### **Le Collège national d'audioprothèse et le Collège français d'ORL-CCF**

Le Collège national d'audioprothèse, créé en 1995 pour répondre aux besoins des universités chargées de la préparation au diplôme d'Etat d'audioprothésiste, a pour mission de mettre à la disposition des écoles un corps professoral compétent dans le domaine de l'audiologie prothétique. A ce titre, il :

- étudie les programmes d'enseignement et les modalités d'exercice de la profession ;
- promeut et récompense la recherche en audiologie prothétique ;
- facilite l'acquisition et le développement de la culture scientifique fondamentale et appliquée dans le domaine de l'audioprothèse ;
- contribue à la formation professionnelle post-universitaire ;
- veille à la qualité technique, scientifique, pédagogique et déontologique de l'exercice de la profession d'audioprothésiste et assure la représentation et la défense des intérêts déontologiques et moraux de la profession d'audioprothésiste.

Le Collège français d'ORL-CCF a de son côté pour principaux objectifs, en liaison étroite avec les pouvoirs publics, l'ordre des médecins, les syndicats et les sociétés savantes regroupant les ORL, de :

- proposer et soutenir toute mesure visant à assurer l'enseignement de l'ORL, à parfaire la formation des spécialistes et à développer l'enseignement post-universitaire, la formation continue et la recherche ;
- contribuer à faire respecter la place de la discipline parmi les spécialités médico-chirurgicales ;
- contribuer aux échanges internationaux pour tout ce qui concerne l'enseignement, la recherche et les connaissances ;
- faire respecter, sous l'autorité du Conseil de l'Ordre des Médecins, les règles éthiques et déontologiques de la part de ses membres ;
- soutenir toutes les initiatives visant à étendre l'intérêt de la discipline et son rayonnement.

[80] Les données fournies par les six établissements ayant répondu au questionnaire adressé par la mission font apparaître une forte hétérogénéité entre les écoles en matière de ressources humaines – et par conséquent de modèle pédagogique. A Nancy, la charge d'enseignement, qui s'élève à 1 251 heures équivalent TD (HETD), est couverte à 56 % par des personnels statutaires (26,7 % par des professeurs des universités, 20,8 % par des maîtres de conférences et 6,2 % par des PUPH), les 43 % restants étant assurés par des intervenants extérieurs, dont 23,9 % par des audioprothésistes. La part de ces derniers, qui atteint 50 % à Evreux, est de 39,4 % à Paris, de 33,5 % à Bordeaux, mais seulement de 26,8 % à Lyon et de 25 % à Montpellier. Si les personnels statutaires couvrent entre 41,5 % et 60,6 % de la charge d'enseignement (ce qui apparaît cohérent avec le caractère professionnalisant de la formation), ils se répartissent très différemment selon les écoles. Les professeurs des universités (PU) et maîtres de conférences (MCF) assurent 50,3 % du volume horaire à Lyon, 48,3 % à Montpellier, 47,6 % à Nancy, 46,6 % à Paris mais seulement 39,9 % à Bordeaux et 15 % à Evreux. Enfin, la contribution des PU-PH et des MCU-PH à la formation apparaît plus modeste (de 2,9 % à Lyon à 15 % à Evreux). Au total, les enseignants-chercheurs assurent entre 45,1 % et 56,6 % de la charge d'enseignement, sauf à Evreux où ils n'en assurent que 30 % mais où la part des doctorants (20 %) est plus élevée que dans les autres écoles. Ces chiffres illustrent la bonne insertion de ces formations dans leur environnement universitaire, également soulignée par le HCERES.

Tableau 16 : Répartition de la charge d'enseignement dans les différentes écoles d'audioprothésistes (2021)

	Bordeaux	Evreux	Lyon	Montpellier	Nancy	Paris
<b>Titulaires</b>	<b>45,1%</b>	<b>50%</b>	<b>53,2%</b>	<b>45,8%</b>	<b>56,3%</b>	<b>60,6%</b>
<i>dont PU</i>	39,9%	-	6,1%	8,3%	26,8%	11,2%
<i>dont PUPH</i>	-	15%	1,3%	8,3%	6,3%	10,4%
<i>dont MCF</i>	-	15%	44,2%	40%	20,8%	35,4%
<i>dont MCUPH</i>	5,2%	-	1,6%	-	-	-
<i>Dont PRAG</i>		-	-	-	2,4%	
<i>dont doctorants</i>		20%	4,3%	5%	-	3,6%
<b>Contractuels</b>	<b>4,7%</b>	<b>25%</b>	<b>22,1%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Vacataires</b>	<b>50,1%</b>	<b>25%</b>	<b>24,6%</b>	<b>54,2%</b>	<b>43,8%</b>	<b>39,4%</b>
<i>dont audioprothésistes</i>	33,4%	50%	26,8%	25%	23,9%	35,7%
<i>dont autres</i>	21,4%	-	8,5%	13,3%	19,8%	3,7%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

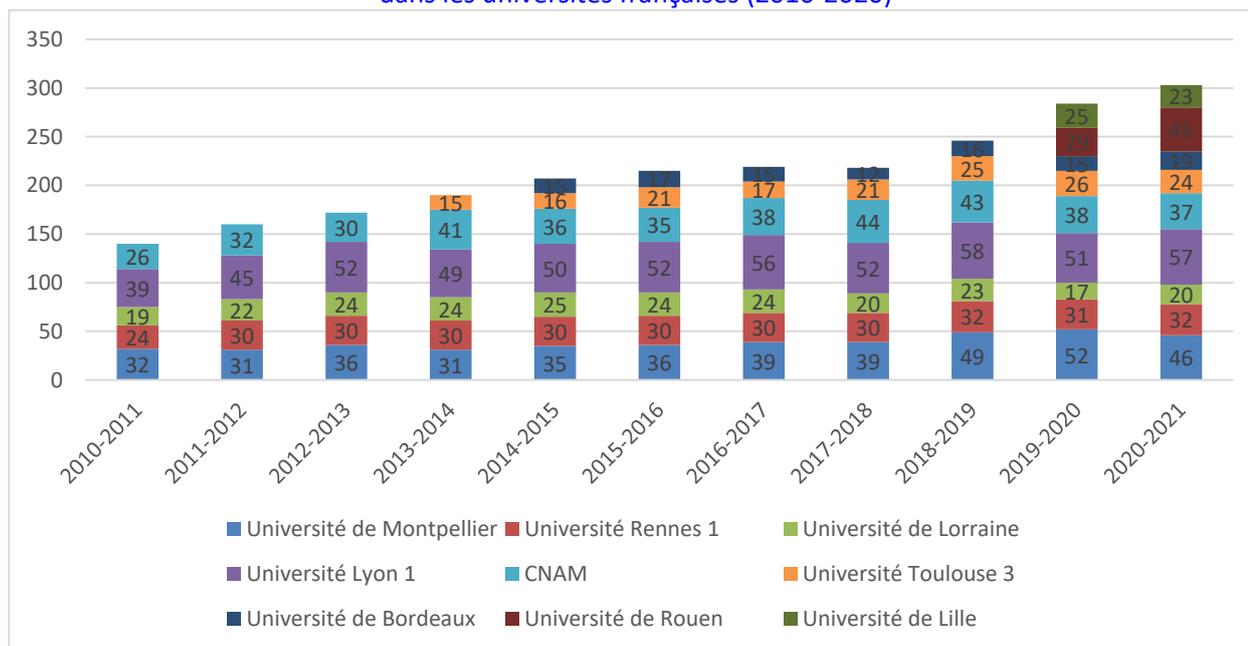
Source : Questionnaire adressé par la mission aux écoles d'audioprothésistes

[81] La mission, si elle n'a pas approfondi la question des équipements pédagogiques, a pu constater dans les écoles où elle s'est rendue l'existence de plateaux techniques équipés de matériel de haut niveau, dont certains mis à disposition par les fabricants ou financés par l'ARS ou par des fondations. A titre d'exemple, celles d'Evreux et de Lille, récemment créées, bénéficient d'équipements de dernière génération. Celle de Nancy dispose de matériels professionnels dédiés à l'audiologie et à l'audioprothèse : chaînes de mesure, matériel pour la fabrication des embouts, cabines insonorisées, etc. L'acquisition de deux têtes artificielles, grâce en partie aux financements apportés par la taxe d'apprentissage, permet de simuler différents types de surdité, de montrer l'apport de l'appareillage et des différents types de traitement du son (directivités, réducteurs de bruit, etc.) pour améliorer par exemple l'intelligibilité dans le bruit. L'étudiant peut ainsi procéder au pré réglage d'une aide auditive sur une chaîne de mesure en fonction de la perte simulée puis tester ses réglages et mesurer l'apport de l'aide auditive en écoutant le signal de sortie perçu par la tête artificielle et en mesurant l'efficacité des traitements à travers les représentations temporelles et spectrales de ce signal.

### 3.1.3 Des modalités d'accès aux écoles modifiées à l'occasion du déploiement de Parcoursup

[82] Le nombre d'inscrits en première année d'études dans les écoles françaises est passé de 172 en 2012-2013 à 303 en 2020-2021. Cette augmentation du nombre d'audioprothésistes formés chaque année a reposé pour l'essentiel sur la création de quatre nouvelles écoles à Cahors (2013), Bordeaux (2014), Evreux et Lille (2019). Ces dernières proposent à elles seules 111 des 131 places supplémentaires offertes en première année depuis huit ans – les 20 autres étant liées à l'augmentation des capacités d'accueil des cinq écoles existant avant 2013.

Graphique 17 : Evolution du nombre d'étudiants inscrits en 1<sup>ère</sup> année formation d'audioprothésiste dans les universités françaises (2010-2020)



Source : MESRI-SIES / Système d'information sur le suivi de l'étudiant (SISE)

[83] Ces créations ne produiront pleinement leur effet en matière d'augmentation du nombre de diplômés qu'à partir de 2022, avec l'arrivée sur le marché de l'emploi de la première promotion d'audioprothésistes formés à Lille et à Evreux.

Tableau 17 : Evolution du nombre d'étudiants ayant obtenu le diplôme d'Etat d'audioprothésiste dans les universités françaises (2011-2019)

Libellé établissement	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014 <sup>189</sup>	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Université de Montpellier	29	30	20	-	35	22	28	28	29
Université Rennes 1	26	23	22	31	26	27	29	29	31
Université de Lorraine	20	19	23	16	18	17	14	25	16
Université Lyon 1- Claude Bernard	35	30	25	39	31	54	38	39	47
CNAM	31	24	19	24	32	23	28	37	25
Université Toulouse 3- Paul Sabatier						12	10	18	14
Université de Bordeaux							12	10	18
	<b>141</b>	<b>126</b>	<b>109</b>	<b>110</b>	<b>142</b>	<b>155</b>	<b>159</b>	<b>186</b>	<b>180</b>

Source : MESRI-SIES / Système d'information sur le suivi de l'étudiant (SISE)

[84] Jusqu'en 2018, le concours constituait l'unique voie d'accès aux écoles d'infirmiers, d'orthophonistes, d'audioprothésistes et d'orthoptistes. Bien que ces formations aient été ouvertes aux néo-bacheliers, leur taux de sélection incitaient une part importante des candidats à suivre, en l'absence d'offre publique, une ou deux années de préparation aux concours assurées par des organismes de formation privé, dont le coût s'élevait de 1 480 à 4 070 €. Ainsi, à Nancy, seuls 3,8 % des admis au concours en 2019 et 12,5 % en 2020 étaient directement issus du baccalauréat, contre près de la moitié en 2021 dans le cadre de la nouvelle procédure d'admission (47,6 %).

[85] L'article 1 de la loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants (ORE) a modifié en profondeur les modalités de recrutement dans ces formations en disposant que « l'inscription dans une formation du premier cycle dispensée par un établissement public est précédée d'une procédure nationale de préinscription qui permet aux candidats de bénéficier d'un dispositif d'information et d'orientation ». Cette disposition a été reprise par le décret n° 2020-579 du 14 mai 2020 modifiant la section 1 du chapitre VI, du titre III du livre VI du code de l'éducation relative aux études d'audioprothèse et la section 2 du chapitre VI, du titre III du livre VI du code de l'éducation relative aux études d'orthophonie, qui fixe les nouvelles modalités d'admission des candidats aux études d'audioprothèse ainsi qu'aux études d'orthophonie à compter de la rentrée universitaire 2020-2021.

[86] Son application en 2019 aux Instituts de formation en soins infirmier (IFSI) puis en 2020 aux autres formations paramédicales, dont celle conduisant au diplôme d'Etat d'audioprothésiste, a entraîné de fait la suppression du système des concours au profit d'une admission sur dossier *via* la procédure nationale de préinscription dans l'enseignement supérieur et la plateforme Parcoursup. Cette évolution a constitué un progrès pour les étudiants, en simplifiant l'accès aux écoles, qui se fait désormais sur dossier, en leur évitant de se déplacer dans chaque école pour passer concours et entretiens, en réduisant la durée totale de formation et en diminuant sensiblement son coût du fait de la disparition des préparations assurées par des organismes privés de formation.

[87] Si certains directeurs d'écoles considèrent que le passage par Parcoursup a limité le nombre de candidats en réorientation ou en reprise d'études et a ainsi réduit la diversité des profils au profit des néo-bacheliers, qu'ils jugent parfois moins motivés que des candidats bénéficiant déjà d'une

<sup>189</sup> L'université de Montpellier n'a pas remonté les diplômés lors de l'enquête SISE RESULTATS 2013-2014 (remontée du 10/05/2015).

expérience universitaire ou professionnelle, la mission relève que les néo-bacheliers ne représentent en moyenne que 40 % des admis, soit une proportion très inférieure à celle constatée dans la plupart des formations post-baccalauréat. Le nombre de candidats en réorientation ou en reprise d'études classés dans Parcoursup est au demeurant supérieur à celui des néo-bacheliers (493 contre 328). Ils représentent ainsi 54,7 % des candidats classés, contre seulement 36,4 % pour les néo-bacheliers. 55,5 % d'entre eux ont été classés, contre 55,8 % des néo-bacheliers, qui n'apparaissent donc pas particulièrement favorisés par la nouvelle procédure d'admission.

[88] L'article D. 636-3 du code de l'éducation modifié par le décret du 14 mai 2020 prévoit, conformément à l'article D. 612-1-11 du même code, que plusieurs établissements proposant une formation d'audioprothésiste peuvent se regrouper en vue de faire l'objet d'un même vœu, dit multiple, et constituer une commission commune d'examen des vœux. Le nombre total de vœux d'inscription pour le diplôme d'Etat d'audioprothésiste est limité à cinq par candidat (quatre à compter de 2021). La commission d'examen des vœux formée au sein de chaque établissement ou au sein du regroupement examine les dossiers selon les modalités définies aux articles D. 612-1-13 et D. 612-1-14 du code de l'éducation (...) et établit une liste de candidats admis. Elle peut toutefois prévoir, après l'examen des dossiers de candidature, « *l'organisation d'un entretien des candidats figurant sur une liste qu'elle aura préalablement établie. Dans ce cas, à l'issue de cet entretien, la commission ordonne les candidatures retenues et établit la liste des candidats (...) qui sont autorisés à intégrer la première année de formation en vue du diplôme d'Etat d'audioprothésiste* ». Cette possibilité a été suspendue en 2020 en raison de la crise sanitaire, qui ne permettait pas d'organiser les entretiens<sup>190</sup>, puis rétablie en 2021 en laissant aux établissements concernés le choix des modalités de passage de l'entretien (en présentiel ou en visioconférence). Certains directeurs ont fait part à la mission de leur attachement à ce dernier, qui permet selon eux de mieux cerner la personnalité du candidat, de mesurer sa motivation et de mieux garantir l'équité entre les néo-bacheliers et les candidats en reprise d'études, dont le dossier Parcoursup serait moins fourni et qui éprouveraient parfois des difficultés à expliciter par écrit leur projet professionnel. La mission juge toutefois souhaitable à cet égard, dans un souci de clarté et de simplification de la procédure :

- que les universités proposant la formation au diplôme d'Etat d'audioprothésiste s'accordent sur une modalité commune de passation de l'entretien ;
- qu'elles privilégient dans la mesure du possible la formule de l'entretien à distance, afin d'éviter aux candidats des déplacements inutiles et coûteux.

[89] En 2021, les candidats pouvaient effectuer quatre vœux pour les écoles de Cahors, Evreux, Lille ou pour un groupe comprenant les six autres écoles (Bordeaux, Fougères, Lyon, Montpellier, Nancy et Paris), avec dans ce cas la possibilité de formuler des sous-vœux.

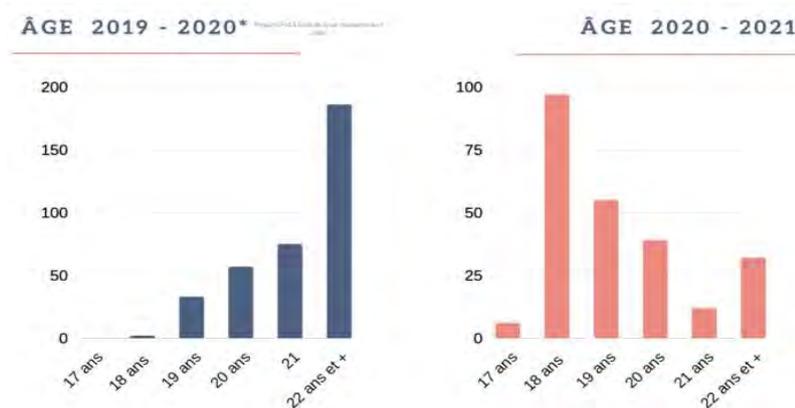
[90] La Fédération nationale des étudiants en audioprothèse (FNEA) a effectué en 2021 une enquête sur le bilan de la première année d'admission *via* la plateforme numérique Parcoursup auprès des inscrits en première année de préparation au DE d'audioprothésiste<sup>191</sup>. Le questionnaire, qui portait notamment sur le genre, l'âge, le profil scolaire (baccalauréat, mention, année d'obtention, études et diplôme post-bac, parcours professionnel), les vœux formulés, a été adressé aux 292 étudiants de première année des neuf écoles et a recueilli 242 réponses, qui permettent de dresser une typologie de ces étudiants et de mesurer l'évolution de leur profil.

<sup>190</sup> Le deuxième alinéa de l'article 5 du décret du 14 mai 2020 indique que « les dispositions (...) relatives à l'entretien optionnel ne s'appliquent pas au titre de l'année universitaire 2020-2021 ».

<sup>191</sup> <https://www.fnea.org/2021/04/etudiants-en-1a-qui-sont-ils/>

[91] Plus féminisée (72,2 % des inscrits en première année sont des étudiantes, contre 60 % du nombre total d'étudiants en audioprothèse en 2019-2020, ce qui confirme la tendance à l'augmentation du nombre de femmes constatée depuis plusieurs années, bien que la profession d'audioprothésiste soit, tous âges confondus, à parité quasi-parfaite), la promotion 2020-2021 est aussi plus jeune que les précédentes : la moyenne d'âge est de 20 ans et la part des étudiants âgés de 21 ans et plus diminue fortement au profit des 18-20 ans.

Graphique 18 : Répartition par âge des étudiants en première année d'écoles d'audioprothèse



Source : FNEA

[92] Cette évolution s'explique en grande partie par la disparition progressive des préparations aux concours, qui allongeaient auparavant d'une ou deux années la scolarité antérieure des candidats. Les néo-bacheliers représentent ainsi désormais 38,6 % des admis. La diversité des profils qui caractérisait jusqu'alors les études d'audioprothèse n'a cependant pas disparu. Les étudiants en réorientation – en particulier après une Première année commune aux études de santé (PACES) ou un BTS d'opticien-lunetier – ou en reprise d'études sont toujours bien représentés et plus de la moitié des répondants (55,8 %) a suivi une formation supérieure avant d'intégrer la formation d'audioprothésiste. Le passage par une préparation privée, devenu très minoritaire (elle concerne 26,9 % des étudiants de première année, dont 21,9 % qui y étaient inscrits l'année précédant leur admission), subsiste néanmoins, dans la mesure où 2020 devait être une année de transition et où le concours devait initialement être maintenu dans les deux écoles nouvellement créées à Lille et à Evreux – disposition finalement supprimée du fait de la crise sanitaire.

Graphique 19 : Répartition des étudiants selon les statuts précédant leur entrée en école d'audioprothésistes (2020)



### ÉCOLES PRÉPARATOIRES

"AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ INSCRIT DANS UNE ÉCOLE PRIVÉE PRÉPARANT AUX EXAMENS D'ADMISSION AUX ÉCOLES D'AUDIOPROTHÈSE?"



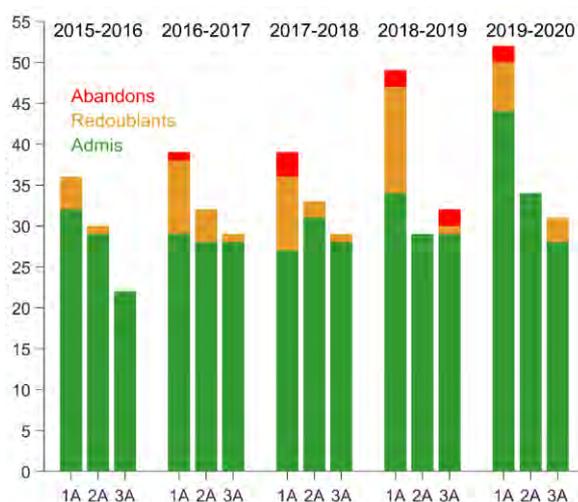
Source : FNEA

[93] En 2020, la très grande majorité des admis en première année (92,1 %) était issue du baccalauréat scientifique. Les autres provenaient principalement des séries technologiques (4,6 %) et économique et sociale (2,1 %). Les bacheliers littéraires et professionnels ne représentaient respectivement que 0,4 % et 0,8 % de l'effectif. La plupart (82 %) avaient obtenu une mention « Très bien » (8,7 %), « Bien » (25,6 %) ou « Assez bien » (48,3 %).

[94] La formation d'audioprothésiste apparaît attractive. Ainsi 1 524 candidats ont-ils exprimé au moins un vœu dans Parcoursup en 2021 pour le regroupement des écoles de Nancy, Paris, Montpellier, Bordeaux, Lyon et Rennes. Parmi eux figuraient 587 néo-bacheliers, 727 étudiants en réorientation, 160 personnes en reprise d'études et 35 candidats scolarisés dans d'autres formations. 901 candidats ont été classés (dont 328 néo-bacheliers, 423 étudiants en réorientation, 70 personnes en reprise d'études et 13 étudiants issus d'autres formations) et 182 ont été admis dans l'une des six écoles. Le rang des derniers appelés parmi les 901 appelés s'échelonne de la 521<sup>ème</sup> à la 765<sup>ème</sup> place selon les écoles. 838 candidats ont formulé un vœu dans Parcoursup en 2020-2021 pour 42 places disponibles à Montpellier (contre 789 l'année précédente), 1 043 pour 52 places à Lyon, 1 013 pour 35 places à Paris ou encore 1 326 pour 17 places à Bordeaux. Selon l'enquête de la FNEA, la formation d'audioprothésiste constituait le premier choix de la plupart des admis, sans que cette affirmation puisse être vérifiée, dès lors que les vœux ne font pas l'objet d'un classement dans Parcoursup. Ceux qui ont formulé d'autres vœux d'orientation l'ont fait pour la plupart dans les filières médicales (LASS ou PASS) et paramédicales (orthoptiste, orthophoniste, infirmier) ainsi qu'en licence de Biologie ou de Physique. 13,2 % avaient par ailleurs déjà tenté sans succès le concours d'entrée dans une école d'audioprothèse.

[95] Les taux de passage en deuxième année et d'accès au diplôme sont élevés (entre 80 % et 100 % selon les écoles et les années). Ainsi, à Montpellier, le taux d'abandon reste faible en dépit de l'augmentation des effectifs. Les taux d'insertion professionnelle sont proches de 100 % du fait du faible nombre de poursuites d'études et des forts besoins de recrutement des entreprises du secteur.

Graphique 20 : Evolution du taux d'abandon et de redoublement à l'école d'audioprothésistes de Montpellier (2015-2020)



Source : Université de Montpellier

[96] Le relatif dynamisme des écoles d'audioprothésistes et la qualité de leurs formations, globalement reconnue par les professionnels du secteur, ne doivent pas dissimuler les défis auxquels elles sont aujourd'hui confrontées, en particulier celui de leur universitarisation, tant au niveau du cursus – avec la reconnaissance du grade de licence et le développement de masters spécialisés – que des ressources humaines. Celle-ci doit leur permettre de renforcer leur intégration aux établissements auxquelles elles sont rattachées, d'enrichir leurs formations en les ouvrant sur d'autres filières paramédicales et d'offrir à leurs étudiants de nouvelles perspectives en matière de poursuite d'études et de diversification des débouchés professionnels.

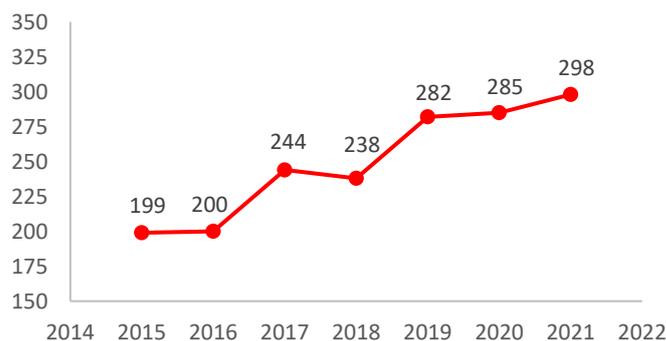
### 3.2 Un relèvement souhaitable à court terme du quota de l'ordre de 150 à 200 places

#### 3.2.1 Des besoins de formation discutés mais réels

[97] Afin de maîtriser la démographie professionnelle, les pouvoirs publics ont instauré pour la première fois un quota pour l'admission des étudiants en première année d'école d'audioprothèse par un arrêté du 15 juillet 2015. Fixé initialement à 199, ce quota a connu une augmentation régulière, avec deux paliers en 2017 et en 2019. Le second, qui a permis de passer de 238 à 282 places (+22 %), est lié à la création des écoles de Lille et d'Evreux, qui ont accueilli dès la première année une cinquantaine d'étudiants.

[98] Le nombre d'étudiants susceptibles d'être admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'audioprothésiste au titre de l'année universitaire 2021-2022 a été fixé à 295 par l'arrêté du 25 juin 2021 et porté à par 298 par un arrêté modificatif du 27 juillet 2021. Trois places supplémentaires ont en effet été ouvertes à Lille.

Graphique 21 : Evolution du quota d'étudiants en audioprothèse



Source : Mission

[99] La question du nombre optimal d'audioprothésistes – et donc de diplômés formés en France chaque année – fait l'objet depuis plusieurs années d'un débat entre les professionnels du secteur.

[100] Les représentants des indépendants, s'ils conviennent de la nécessité d'augmenter légèrement le nombre de professionnels en activité, en particulier dans le contexte de la mise en place du 100 % Santé, considèrent néanmoins que les effectifs actuels suffisent pour l'essentiel à faire face à une augmentation de la demande d'aides auditives et plaident à ce titre en faveur d'un relèvement limité et progressif du quota. Ils évoquent en outre les capacités d'accueil limitées des écoles et des terrains de stage et mettent en avant un risque de dégradation de la qualité de la formation en cas d'augmentation trop importante du nombre d'étudiants. La FNEA, qui partage cette dernière préoccupation, souhaite pour sa part que les réflexions des acteurs de la filière sur les besoins de formation s'ancrent dans des données objectives et « appelle de ses vœux une enquête de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) ». Enfin, le CNA estime que « le nombre d'audioprothésistes actuellement en exercice dans notre pays est parfaitement adapté aux besoins de soin des patients malentendants » et qu'un relèvement du quota de diplômés formés chaque année n'est pas nécessaire pour faire face à l'évolution de la demande.

[101] A l'inverse, les dirigeants des grands réseaux de distribution et des enseignes d'optique, engagés dans une stratégie de développement et/ou de diversification de leur activité, sont favorables à un relèvement significatif et rapide du quota afin de mettre en adéquation le nombre de professionnels formés et les besoins liés à l'augmentation du nombre de patients pris en charge. Ils plaident à ce titre pour une augmentation de la capacité d'accueil des écoles de 200 à 250 places, en ajustant ce nombre à partir de 2026 en fonction de l'évolution du marché.

[102] La mission, après avoir pris connaissance des différentes modélisations du besoin en audioprothésistes (cf. annexe 3), estime pour sa part nécessaire d'augmenter significativement le nombre de diplômés afin de garantir la qualité de la prise en charge et du suivi indispensable au maintien d'un taux élevé d'observance et de lever les difficultés de recrutement qui freinent aujourd'hui le développement du marché de l'audioprothèse et contribuent, en pesant sur le niveau des rémunérations, à maintenir le prix des aides auditives à un niveau élevé. Cette augmentation pourrait se situer dans une fourchette allant de 150 à 200 places supplémentaires pendant cinq ans. Elle pourrait intervenir dès la rentrée 2022 ou 2023, en fonction des délais de mise en œuvre des formations concernées.

### 3.2.2 Une augmentation des capacités d'accueil qui pourrait être assurée par la création de nouvelles écoles

[103] Le relèvement éventuel du quota pose la question de la capacité des universités à augmenter le nombre de places offertes dans les écoles existantes et/ou à en créer de nouvelles dans les territoires qui n'en disposent pas à ce jour. Celle-ci doit être examinée en tenant compte à la fois :

- de l'existence d'un vivier d'étudiants suffisamment large pour permettre d'augmenter le nombre d'inscrits sans dégrader le niveau d'exigence et donc la qualité de la formation ;
- de la soutenabilité pédagogique de la formation, qui dépend des ressources humaines mobilisables (enseignants-chercheurs, professionnels intervenants dans la formation, personnels administratifs), des équipements disponibles (locaux et matériels indispensables à l'activité d'enseignement) et de l'existence d'un nombre suffisant de terrains de stage pour accueillir l'ensemble des étudiants ;
- de sa soutenabilité économique enfin, au regard de l'évolution de la masse salariale et des investissements nécessaires.

[104] La première condition semble être aujourd'hui remplie, si l'on considère l'attractivité des formations conduisant au diplôme d'Etat d'audioprothésiste – laquelle serait en outre probablement renforcée par un repositionnement de la formation dans le cadre de sa nécessaire réingénierie et de la création d'une véritable filière universitaire ouvrant sur le master et le doctorat. Une partie des représentants de la profession souligne toutefois, pour justifier son opposition au relèvement du quota, que :

- celui-ci n'est pas seulement destiné à réguler l'offre de soins et à maîtriser les dépenses de santé mais qu'il permet également de garantir la qualité de la formation ;
- une éventuelle augmentation du nombre de diplômés ne serait compatible ni avec les capacités de formation des écoles ni avec les capacités d'accueil en stage des services hospitaliers comprenant un département d'exploration fonctionnelle audio-vestibulaire.

[105] L'Autorité de la concurrence, pourtant favorable à l'augmentation du nombre d'audioprothésistes, avançait le même argument en 2016, considérant que « *compte tenu des contraintes de formation existantes, un rehaussement du quota ne pourrait intervenir que dans des proportions raisonnables et devrait être soutenu par l'allocation de nouveaux moyens* »<sup>192</sup>.

[106] Les entretiens conduits par la mission avec de nombreux responsables de formation – directeurs d'écoles et chefs de services ORL accueillant des stagiaires – laissent toutefois entrevoir la possibilité de lever à court terme ces deux obstacles.

[107] Concernant les stages, la révision de la maquette permettrait, on l'a vu, leur étalement au cours de la première et de la deuxième année de formation, afin d'éviter que les étudiants ne saturent les services hospitaliers susceptibles de les accueillir. Cette mesure simple à mettre en œuvre et qui fait l'objet d'un consensus parmi les responsables de formation pourrait être complétée par un assouplissement de la réglementation relative aux terrains de stage eux-mêmes, avec la possibilité de les effectuer au moins en partie à l'étranger ou dans un cabinet d'ORL exerçant en libéral.

---

<sup>192</sup> *Op. cit.*, p. 41.

[108] Concernant les capacités d'accueil des universités, la solution doit être recherchée moins du côté de l'augmentation du nombre de places dans les formations existantes, comme c'est le cas aujourd'hui, que de la création de nouvelles formations dans des établissements qui n'en disposent pas encore. Si certaines écoles sont susceptibles d'accueillir davantage d'étudiants (ainsi celle de Lille a porté ses effectifs de 25 à 28 dès la rentrée 2021 et n'exclut pas à terme un doublement de ces derniers), d'autres sont confrontées à des problèmes de locaux et d'équipements et considèrent qu'elles ne disposent pas de marges suffisantes pour accroître leur effectif. Les écoles actuelles ne pourraient ainsi contribuer au relèvement du quota qu'à hauteur d'une trentaine de places environ.

[109] Les perspectives sont, en revanche, beaucoup plus encourageantes en matière de création de nouvelles écoles. Pas moins de trois universités envisageraient ainsi d'ouvrir à court terme une formation conduisant au diplôme d'Etat d'audioprothésiste à Tours, Grenoble et Clermont-Ferrand. Une quatrième, destinée plus particulièrement aux salariés en reprise d'études, pourrait être créée par Aix-Marseille Université (AMU) en partenariat avec l'ISTR de Lyon. Ce dernier projet, s'il relève plutôt de la formation continue (voir infra 5.2) n'en contribuerait pas moins à l'augmentation des capacités d'accueil des écoles d'audioprothèse à hauteur de 60 à 80 places. Environ 180 diplômés supplémentaires pourraient ainsi être formés chaque année, à supposer que les écoles en projet à Clermont-Ferrand, Grenoble et Tours en accueillent au départ 25 chacune et que les écoles existantes ouvrent une trentaine de places. Ces créations devraient permettre un relèvement significatif du quota à l'horizon 2022 ou 2023 en même temps qu'un meilleur maillage du territoire.

[110] Ces créations devront être accompagnées par le MESRI, en particulier dans le cadre du dialogue stratégique et de gestion (DSG) conduit par les recteurs délégués à l'enseignement supérieur avec les universités concernées, et faire l'objet de discussions avec les Régions concernées, qui pourraient être intéressées, comme la Normandie et les Hauts-de-France, à l'augmentation du nombre d'audioprothésistes formés sur leur territoire.

[111] Dans ces conditions, la mission recommande de procéder à un relèvement temporaire du quota de l'ordre de 150 à 200 places en accompagnant les universités qui souhaitent ouvrir de nouvelles formations.

### 3.2.3 Une révision souhaitable des modalités de fixation du quota

[112] La mission s'interroge, par ailleurs, sur les modalités actuelles de fixation du quota. Celui-ci est en effet établi chaque année par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, sur la base d'une part des besoins exprimés par les ARS en matière de démographie et d'accès aux soins, d'autre part des remontées des universités en matière de capacités d'accueil. La décision d'augmenter ou non le nombre d'étudiants admis dans les formations d'audioprothésiste, si elle est prise au niveau national, est ainsi instruite dans le cadre d'un dialogue bilatéral avec les opérateurs concernés au niveau régional. Cette procédure censée prendre en compte au mieux les réalités du terrain peut sembler dictée par un certain pragmatisme. Elle n'en présente pas moins plusieurs inconvénients majeurs :

- elle ne procède pas d'une stratégie nationale définie en amont ni d'une vision globale mais d'une approche empirique consistant à agréger des besoins exprimés localement. On peut notamment s'étonner que l'ajustement du quota n'ait pas donné lieu, dans le cadre de la mise en place du 100 % Santé, à une réflexion associant tous les acteurs concernés et s'appuyant sur des données objectives en matière démographique. L'initiative est ainsi laissée aux acteurs locaux, qui ne peuvent se substituer aux administrations centrales, garantes d'une vision d'ensemble. Le dernier relèvement significatif du quota, intervenu en 2019, a ainsi résulté en grande partie de la volonté de la Région Normandie de développer une formation sur son

territoire et non d'une analyse conduite par les deux ministères en lien avec les représentants de la profession, des établissements d'enseignement supérieur et des collectivités territoriales. Encore cette volonté s'est-elle exprimée hors procédure – les collectivités territoriales n'étant pas consultées dans le cadre de cette dernière. Ce défaut de stratégie et de pilotage national ne constitue pas un gage de cohérence et aboutit à l'absence de véritable politique en matière de formation des futurs professionnels ;

- elle ne s'inscrit pas dans un cadre pluriannuel, qui permettrait d'anticiper les besoins et de lisser le cas échéant les évolutions nécessaires, mais procède par ajustements successifs, le plus souvent marginaux ;
- la DGEIP n'interroge pas l'ensemble des universités avec santé mais seulement les établissements qui disposent d'une école d'audioprothésiste. Elle prend ainsi en compte uniquement les capacités de formation déjà existantes et ne peut mettre les besoins exprimés par les ARS en regard d'une capacité globale à l'échelle du territoire national. Cette vision partielle et la méconnaissance qui en résulte des projets portés par certains acteurs ne permettent pas d'élaborer une stratégie d'ensemble et favorisent en définitive le *statu quo* ;
- de même, la DGOS n'interroge pas formellement les représentants des professionnels du secteur, pourtant directement concernés par la question du nombre de diplômés formés ;
- enfin, les échanges entre les services des deux ministères ne semblent pas faire l'objet d'une procédure formalisée, ce qui peut entraîner dans certains cas des retards dans la rédaction de l'arrêté fixant le quota. Ainsi, en 2021, celui-ci a-t-il été publié seulement le 25 juin, avant d'être modifié le 17 juillet. Cette publication tardive est susceptible d'entraîner des difficultés de mise en œuvre et des tensions avec les acteurs concernés.

[113] Dans ces conditions, la mission recommande d'inscrire la procédure conduisant à la fixation du quota dans le cadre d'une réflexion stratégique conduite au niveau national et prenant en compte l'ensemble des capacités de formation des établissements.

## 4 Des formations semi-présentielles en Espagne qui font l'objet de critiques de la part de nombreux acteurs de la filière

### 4.1 Le développement récent d'une véritable filière de formation

[114] Comme le rappelle l'Autorité de la concurrence dans son avis de 2016, « *le quota est un outil de régulation qui n'est pas sans limites. En effet, il ne peut être dérogé aux libertés d'exercice et d'établissement des professionnels tels que prévus dans la directive 2006/123/CE du 12 décembre 2006, qui établit un cadre juridique permettant de faciliter l'exercice de la liberté d'établissement des prestataires ainsi que la libre circulation des services* »<sup>193</sup>.

[115] La filière auditive et plus particulièrement le secteur de l'audioprothèse sont précisément confrontés depuis trois ans à un phénomène nouveau, de grande ampleur au regard du nombre d'audioprothésistes formés chaque année en France et qui suscite l'inquiétude de nombreux professionnels et responsables de formation : l'arrivée sur le marché de l'emploi de titulaires du diplôme espagnol de *Técnico Superior en Audiología Protésica* (technicien supérieur en audiologie prothétique), qui ouvre l'accès à la profession d'audioprothésiste en Espagne et par voie de

---

<sup>193</sup> *Op. cit.*, p. 38.

conséquence en France, conformément à la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil de l'Europe du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles au sein de l'Union.

[116] Les intéressés peuvent, en effet, déposer une demande d'autorisation d'exercice auprès de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) compétente en fonction du lieu où ils souhaitent exercer. Ils doivent constituer un dossier, qui est examiné par une commission comprenant le directeur régional de la DREETS, le directeur général de l'ARS, le recteur de région académique ou leurs représentants, un médecin et deux audioprothésistes. Les membres titulaires et suppléants sont nommés pour une durée de cinq ans renouvelable par un arrêté du préfet de région, pris sur proposition du directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale<sup>194</sup>. Le préfet de région délivre ou non l'autorisation d'exercice après avis de la commission. Il peut exiger du candidat qu'il se soumette à des mesures compensatoires en cas de différences substantielles au regard des qualifications requises pour l'accès et l'exercice de la profession en France (cf. infra 4.5).

[117] La nouveauté du phénomène réside moins dans le fait que des titulaires d'un diplôme d'audioprothèse délivré par un autre Etat membre de l'Union européenne effectuent une demande d'autorisation d'exercice en France (on comptait jusqu'alors selon la DGOS une vingtaine de demandes en moyenne chaque année) que dans le nombre de dossiers déposés et surtout dans la constitution dans un temps très court d'une véritable filière permettant d'accéder en France à une profession réglementée *via* une formation étrangère presque entièrement dématérialisée.

[118] Trois facteurs ont ainsi joué un rôle clef dans la création et dans le succès de ces nouveaux cursus, qui concurrencent désormais celui proposé dans le cadre du système universitaire français :

- la très forte attractivité du métier d'audioprothésiste, qui offre une garantie d'emploi et des rémunérations élevées au regard de la durée des études qui y conduisent ;
- la conjonction entre les besoins de recrutement de certains employeurs et le faible nombre de diplômés, lié à l'instauration en 2015 du quota, aux capacités de formation limitées des universités et à l'absence, sur laquelle nous reviendrons plus loin, de voie d'accès au diplôme *via* la formation continue ;
- la suppression des concours d'entrée dans les écoles au profit d'un recrutement sur dossier *via* Parcoursup, qui a conduit les organismes de formation spécialisés dans la préparation à ces concours à se reconvertir en nouant des partenariats avec des établissements étrangers proposant une formation d'audioprothésiste et en offrant à des étudiants français un ensemble de prestations qui incluent un accompagnement dans leurs démarches d'inscription, la traduction des cours en ligne et un soutien pédagogique comprenant des modules de mise à niveau et des séances de travaux pratiques.

## 4.2 Un modèle original qui repose très largement sur l'enseignement à distance

[119] Le déploiement de Parcoursup a conduit les deux principaux organismes privés de formation qui assuraient la préparation aux concours d'entrée dans les écoles d'audioprothèse, Progress Santé et Diploma Audio, à réorienter une partie de leur activité vers « l'accompagnement et l'optimisation » de la formation d'audioprothésiste délivrée par des établissements espagnols. Les programmes qu'ils

---

<sup>194</sup> Article R4361-17 du code de la santé publique, modifié par l'article 2 du décret n°2019-1554 du 30 décembre 2019.

proposent (depuis 2018 pour Progress santé, 2019 pour Diploma Audio<sup>195</sup>), s'ils se distinguent sur certains points, présentent pour l'essentiel les mêmes caractéristiques :

- l'organisme de formation effectue une présélection parmi les candidats à la formation délivrée par l'établissement partenaire espagnol (*l'Universidad europea de Madrid* pour Progress Santé, *Lyceum* pour Diploma Audio) et accompagne ceux retenus par ce dernier dans leurs démarches d'inscription. L'UEM impose ainsi un test d'espagnol et d'anglais ainsi qu'un questionnaire de motivation. Les candidats doivent également demander auprès du ministère de l'éducation espagnol la reconnaissance de leur diplôme du baccalauréat. Le paiement des droits d'inscription s'effectue directement auprès de l'établissement espagnol d'une part, de l'organisme de formation français de l'autre. Le coût total de la formation s'élève à 14 090 € chez Progress Santé (8 600€ de droits d'inscription pour la formation, 5 000€ pour le programme de soutien et 990€ de frais de dossier), auxquels s'ajoutent celui des déplacements réguliers en Espagne (transport et hébergement). Il est de 13 000€ chez Diploma Audio (4 500€ pour la formation assurée par Lyceum et 8 500€ pour le programme d'accompagnement) ;
- il met à la disposition de l'étudiant l'intégralité des cours en ligne traduits en français ; de même, les devoirs sont rédigés et les sujets d'examens traduits en français ;
- il assure, en amont de la formation, une mise à niveau dans les matières scientifiques fondamentales (en mathématiques, acoustique et électronique) sur sa plateforme numérique d'enseignement à distance, afin d'augmenter les chances de réussite de l'étudiant ;
- il propose, en parallèle du cursus espagnol, des cours de soutien hebdomadaires visant à permettre à ce dernier d'assimiler les notions acquises au cours de la formation ;
- il propose en outre des tutoriels pour préparer les épreuves de validation des compétences en Espagne, un coaching, des séances de découverte de la pratique professionnelle encadrées par des audioprothésistes et des conférences assurées par les fabricants<sup>196</sup> ;
- il accompagne enfin l'étudiant dans la recherche de stages et dans les démarches de demande d'autorisation d'exercice en France.

[120] Les deux organismes insistent dans leurs documents de présentation sur le caractère distinct de la formation conduisant au diplôme, délivrée par l'établissement espagnol et placée sous sa responsabilité, de l'accompagnement qu'ils assurent eux-mêmes et qui consiste en un soutien pédagogique et en des « compléments » visant à « optimiser » la formation reçue. Pour autant, « *une inscription au programme français de Lyceum oblige à une inscription à Diploma et vice-versa* ». Formation et soutien sont dans ce cas distincts, mais solidaires et indissociables.

[121] Les deux programmes s'adressent explicitement à des « *professionnels qui envisagent une évolution de carrière* », en particulier des opticiens et des assistants en audioprothèse, plutôt qu'à des

---

<sup>195</sup> On notera que Diploma Audio propose également un master d'audiologie en ligne en partenariat avec l'Université européenne Miguel de Cervantes de Valladolid. Ce diplôme s'adresse à tous les professionnels de l'audition qui désirent « *obtenir un haut niveau de spécialisation dans trois domaines : l'évaluation audiolinguistique, l'audiologie clinique et la réhabilitation auditive et l'adaptation prothétique* ».

<sup>196</sup> Le programme de Diploma Audio, présenté comme « *un module expert hors programme* » de formation, est censé permettre d'acquérir en outre « *un ensemble de techniques d'adaptation prothétiques (audiométrie, mesure in vivo, chaîne de mesures)* » ainsi que des notions en matière de « *logiciels de gestion, sécurité sociale et mutuelle, d'approche des différentes catégories de patients [et] de business model d'un centre d'audition* ». La plaquette de présentation mentionne également des interventions d'audioprothésistes, de vendeurs de matériels pour audioprothésistes, d'acousticiens de représentants des fabricants, des grandes enseignes de l'audition et des associations de malentendants.

étudiants en formation initiale. Diploma Audio met ainsi l'accent sur le caractère « *professionnalisant, intensif et rapide* » du programme proposé, qui est « *dispensé à 100 % en français* » et permet à l'apprenant « *de demeurer dans sa région et de cumuler [la formation] avec une activité professionnelle ou familiale* ». Elle déclare privilégier les personnes en reconversion et en réorientation ainsi que celle « *disposant d'un réseau professionnel autour de l'audioprothèse* » et susceptibles à ce titre de trouver plus facilement des stages dans le cadre des mesures compensatoires).

[122] Le profil des étudiants est proche dans les deux cas :

- chez Progress Santé, la première promotion (2018-2019) comprenait 23 opticiens, 4 assistants en audioprothèses (tous en activité en tant que salarié ou gérant de magasin) et un étudiant en réorientation à l'issue d'une L3 ; l'âge moyen était de 35 ans. 53 % étaient originaires d'Ile-de-France. 21 avaient un niveau bac+2 à l'entrée en formation (75 %), 4 un niveau baccalauréat (14,3 %) et 3 un niveau bac+3 (10,7 %). La seconde promotion (2019-2020) accueillait 19 opticiens, 6 assistants audioprothésistes (tous également en activité), un étudiant en réorientation après une L3 et trois personnes sans emploi après avoir exercé plusieurs années comme opticiens ; l'âge moyen était de 32,4 ans ; 41 % des étudiants étaient domiciliés en Ile-de-France ; 20 disposait d'un niveau bac+2 (69 %), 6 d'un niveau bac (20 %) et 3 d'un niveau bac+3 (10,3%). La troisième promotion (2020-2021), enfin, comptait 25 opticiens, 21 assistants audioprothésistes et 4 « autres » (profil non précisé) ; l'âge moyen était de 35 ans et seulement 24 % venaient d'Ile-de-France ; 33 avaient un niveau bac+2, 10 un niveau bac, 8 un niveau Bac+3 et 2 un niveau bac+4 ;
- chez Diploma Audio, les personnes en reconversion professionnelle (âgées de 30 à 60 ans) représentent en 2020-2021 64 % des inscrits, les étudiants en réorientation (de 20 à 30 ans) 25 % et les néo-bacheliers 10 %. Il semblerait, en l'absence de données plus précises sur le statut des entrants en formation, que le premier groupe et une partie du second soient composés pour l'essentiel d'opticiens et d'assistants en audioprothèses.

[123] La plupart des audioprothésistes formés en Espagne sont ainsi des salariés en reprise d'études (66 % chez Progress Santé et 64 % chez Diploma Audio) qui souhaitent accéder à la profession d'audioprothésiste sans interrompre leur activité professionnelle. L'absence de voie d'accès au diplôme *via* la formation continue universitaire (à l'exception de quelques cas de VAE à Lyon) les oblige à se tourner vers les formations espagnoles, conçues spécialement à leur intention. Les organismes opérant en France répondent ainsi à une demande de formation non satisfaite en fournissant une solution sur mesure à un public disposé à s'acquitter de frais d'inscription élevés pour acquérir une qualification leur permettant d'exercer à terme un métier attractif.

[124] Les taux de réussite au diplôme espagnol sont, par ailleurs, élevés. 89 % des inscrits au programme AudioPro ont obtenu ce dernier en 2020 et 86,3 % en 2021. Le taux de passage en deuxième année s'établit pour la troisième promotion à 94 % (avant réalisation du stage de fin d'études).

[125] Les différences entre les deux programmes portent pour l'essentiel sur le caractère semi-présentiel des enseignements assurés en Espagne et sur la durée de la formation :

- le cursus Progress Santé dure 18 mois. Les étudiants effectuent des déplacements réguliers à Madrid : huit fois deux jours (le vendredi et le samedi, le samedi et le dimanche ou le dimanche et le lundi) la première année, six fois deux jours la seconde année. Une seule session d'examen théorique et pratique est prévue en juin de la première année et en mars de la seconde année. Les candidats doivent avoir validé au moins trois matières sur quatre pour passer en seconde année. En cas d'échec, ils bénéficient d'une session de rattrapage. La soutenance d'un mémoire

intervient en juin de la seconde année. Des cours de soutien assurés à Paris dans les locaux de Progress Santé, le dimanche de 10h30 à 13h30 et de 14h30 à 18h30, visent à approfondir les notions acquises au cours de la semaine sur la plateforme en ligne de l'Universidad Europea de Madrid (résumé du cours, explication des points clefs, exercices). Des séances à distance sont organisées pour les étudiants qui ne peuvent pas se déplacer ;

- le programme Diploma Audio, d'une durée légèrement inférieure (14 mois), « *est conçu de façon à limiter au mieux les déplacements en Espagne* ». Un seul séjour est prévu à Madrid pour une séance de travaux pratiques et trois autres pour passer les examens. L'étudiant doit obtenir la moyenne dans chaque matière pour valider le diplôme. Deux sessions de rattrapage sont proposées en cas d'échec aux épreuves. Les cours de soutien ont lieu à Paris (ou depuis la rentrée 2021 à Marseille) deux jours par semaine les dimanche et lundi, lundi et mardi ou jeudi et vendredi de 9h à 17h. Un stage de dix semaines dans un centre d'audioprothèse au cours de la seconde année (de septembre à décembre) et la rédaction d'un mémoire complètent la formation théorique et pratique et permettent de valider le diplôme.

[126] Les deux organismes mettent l'accent sur le caractère intensif de leur programme et sur la charge de travail pour l'étudiant, au rebours de l'image d'une formation « *light* » nécessitant seulement quelques heures de travail personnel. Diploma Audio mentionne ainsi la nécessité d'assimiler « *chaque semaine de nouveaux cours, exercices et devoirs (...) mis en ligne* » et de rendre « *des devoirs chaque semaine sur la plateforme de Lyceum, [qui] constituent un contrôle continu et auront un impact sur la note finale* » – soit entre 10h et 15h de travail hebdomadaire auxquelles s'ajoutent les cours de soutien et autres activités proposées par Diploma Audio.

#### 4.3 Des critiques très vives de la part de nombreux professionnels et responsables de formation français

[127] Ce développement, dans un temps très court, d'une voie de formation parallèle à celle assurée par les écoles françaises revêt un fort impact sur l'ensemble de la filière. Les 2/5<sup>ème</sup> des audioprothésistes exerçant en France pourraient ainsi être titulaires à court terme – dès que les étudiants récemment diplômés en Espagne auront rempli les conditions qui leur sont imposées pour obtenir l'autorisation d'exercice – d'un diplôme délivré par un autre pays de l'Union européenne.

[128] De nombreux interlocuteurs de la mission ont mis en cause la qualité de la formation reçue par les étudiants inscrits dans les structures de formation espagnoles. Ils dénoncent une formation « *au rabais* » et un diplôme de complaisance, pointent un risque en matière de santé publique et réclament de la part des pouvoirs publics des mesures visant à réguler plus fortement l'accès de ces diplômés à l'exercice de la profession d'audioprothésiste en France. Ils souhaitent notamment que les titulaires d'un diplôme délivré par un autre Etat membre de l'Union soient soumis à un contrôle des connaissances : « *La régulation du nombre de praticiens est un élément fondamental dans l'équilibre de toutes les professions, notamment en santé, et celle d'audioprothésiste n'y fait ainsi pas exception. En dépit d'une augmentation régulière et anticipée (ouverture de deux écoles depuis 2019), des filières « parallèles » ont vu le jour et les commissions de DRDJSCS se retrouvent débordées devant les demandes d'autorisations d'exercice (...). Un contrôle des connaissances doit pouvoir être mis en place afin de s'assurer que les patients obtiennent une prise en charge équivalente sur l'ensemble du territoire* »<sup>197</sup>.

---

<sup>197</sup> Courrier adressé à la mission IGAS-IGESR par Matthieu Del Rio, professeur associé à l'Université de Bordeaux et président du Collège national d'audioprothèse.

[129] Le SDA et la FNEA se sont alarmés publiquement à plusieurs reprises en 2020 des conditions de formation des étudiants français diplômés en Espagne, du rôle joué par les organismes de formation qui les accompagnent dans leur cursus et du fait que « *les plus importantes enseignes succursalistes d'audioprothèse (...) envoient certains de leurs salariés dans ces pseudo-écoles, afin de faire des économies sur leur masse salariale* »<sup>198</sup>. Ils dénoncent en particulier un contournement du *numerus clausus* (« *aujourd'hui, il est donc possible de trouver, sous couvert de partenariat avec des écoles étrangères, des établissements français pouvant dispenser une formation paramédicale sans agrément (...), visant un public exclusivement français qui exercera par la suite en France* »), « *le coût exorbitant* » des programmes d'accompagnement et d'optimisation proposés par ces organismes, l'absence d'agrément délivré par les autorités françaises à des établissements assurant selon eux une formation paramédicale et le volume horaire insuffisant de la formation reçue du fait du non-respect du minimum de 2 000 heures requis par la réglementation espagnole, qui risquerait d'entraîner une dégradation de la qualité des soins (« *il est évident que les enseignements incomplets fournis par ces établissements ne permettent pas d'acquérir les connaissances nécessaires afin de répondre efficacement aux besoins d'une patientèle qui a le taux de satisfaction d'appareillage le plus élevé d'Europe* »). Ils s'inquiètent de la coexistence à terme d'audioprothésistes convenablement formés et de professionnels issus « *d'officines* », dont la qualité de formation n'aurait été vérifiée par aucune autorité et n'offrirait pas les garanties minimales requises pour l'accès à une profession de santé, et demandent aux ministères concernés de « *vérifier la légalité des formations dispensées et, le cas échéant, de mettre fin à ces dérives dont les premières victimes sont les patients* ».

[130] Les critiques des représentants de la profession à l'encontre de la formation espagnole portent sur trois points principaux : le volume horaire et le contenu des enseignements, les modalités d'acquisition et de validation des connaissances et le caractère effectif des périodes de formation en milieu professionnel.

#### 4.3.1 Volume horaire et contenu des enseignements

[131] Le décret royal 1685/2007 du 14 décembre 2007 publié au « *Boletín Oficial del Estado* » n°13 du 15 janvier 2008 situe le diplôme au niveau de référence européen CITE 5b (Enseignement supérieur de cycle court). Le Registre national des professionnels de santé espagnol le classe dans le domaine de la santé au titre de la formation professionnelle et non dans la liste des professions de santé certifiées et réglementées, à la différence du diplôme français d'audioprothésiste. Le diplôme espagnol n'étant inférieur que d'un niveau, il ouvre toutefois la voie à une demande d'autorisation d'exercice en France. La formation comprend onze modules de formation, équivalent à un volume total de 1 630 heures réparties sur deux années d'enseignement, auxquelles s'ajoutent 370 heures de formation en milieu professionnel dans un centre d'audioprothèse en deuxième année, une fois validés les enseignements théoriques et pratiques. Elle donne lieu à la délivrance de 120 ECTS.

---

<sup>198</sup> Communiqués de presse de la FNEA des 5 mars et 9 novembre 2020 et du SDA du 17 novembre 2020 :

- <https://www.fnea.org/2020/08/contournement-du-numerus-clausus-la-fnea-et-les-autres-formations-paramedicales-salarment/>
- <https://www.fnea.org/2020/11/face-aux-pratiques-inacceptables-de-certaines-enseignes-succursalistes-la-fnea-met-en-garde-les-etudiants-et-professionnels/>
- <https://www.sdaudio.org/communiqués-de-presse/communiqué-sda-formation-initiale-des-audioprothésistes-la-qualité-des-soins-en-danger/>

Tableau 18 : Volume horaire du diplôme espagnol de technicien supérieur en audioprothèse

		Volume horaire	% de la formation
	<b>1<sup>ère</sup> année</b>		
<b>Enseignements</b>	Acoustique et éléments de protection sonore	200	10,00 %
	Caractéristiques anatomiques et sensorielles auditives	300	15,00 %
	Technologie électronique en prothèse auditive	235	11,75 %
	Elaboration de moules et de protecteurs auditifs	265	13,25 %
		<b>1 000</b>	
	<b>2<sup>ème</sup> année</b>		
<b>Enseignements</b>	Prise en charge de l'hypoacousie	115	5,75 %
	Audition et communication verbale	115	5,75 %
	Choix et adaptation de prothèses auditives	175	10,7 %
	Entreprise et initiative entrepreneuriale	65	3,25 %
	Formation et orientation professionnelles	90	4,50 %
	Anglais technique pour diplôme de niveau supérieur	40	2,00 %
	Projet d'audiologie prothétique	30	1,50 %
		<b>630</b>	
<b>Enseignements théoriques et pratiques</b>		<b>1 630</b>	<b>81,5 %</b>
<b>Stage dans un centre d'audioprothèse</b>		<b>370</b>	<b>18,5 %</b>
<b>Volume horaire total de la formation</b>		<b>2 000</b>	<b>100 %</b>

Source : Données communiquées à la mission par Diploma Audio ; traitement mission

[132] M. François Le Her, alors président du CNA, s'est livré début 2021 pour le compte de cette organisation à une analyse comparée des diplômes espagnol et français. Il aboutit à la conclusion que sur les onze modules constitutifs de la formation (hors périodes de formation en milieu professionnel), seuls cinq, représentant un volume horaire global de 1 115 heures, correspondent à des enseignements délivrés dans les écoles françaises et peuvent à ce titre être validés comme étant comparables à ceux qui figurent dans la formation conduisant au diplôme d'Etat<sup>199</sup>. Le contenu des six autres serait sans lien avec cette dernière ou ne serait pas transposable dans un contexte français du fait de la spécificité de la langue et de la réglementation espagnole<sup>200</sup>.

[133] La formation espagnole, si elle diffère de celle délivrée dans les écoles françaises et si elle comporte moins d'enseignements scientifiques fondamentaux (notamment en mathématique, physique et acoustique), présente toutefois de nombreux points communs avec la maquette du diplôme d'Etat et ne peut à ce titre être considérée *a priori* comme une « formation au rabais ». Le volume des enseignements prévus par le décret de 2001 et par le décret royal espagnol s'élève ainsi respectivement à 2 855 heures sur trois ans (860 heures de cours théoriques et pratiques, 280 heures consacrés au mémoire et 1715 heures de stage) et à 2 000 heures sur deux ans (1 630 heures de cours et 370 heures de stage). L'écart entre les deux formations, qui porte

<sup>199</sup> « Caractéristiques anatomo-sensorielles auditives », « Technologie électronique dans l'aide auditive », « Eléments acoustiques et de protection acoustique », « Fabrication de moules et de protecteurs d'oreille » et « Choix et adaptation des prothèses auditives »

<sup>200</sup> Si ce dernier point peut être retenu pour certains enseignements de phonologie ou de droit, d'autres modules peuvent être considérés comme concourant à la formation des audioprothésistes indépendamment du contexte national. C'est le cas notamment du module « *Prise en charge du patient presbycousique* », qui prévoit l'acquisition de compétences telles que « *Détecter les attitudes et les états émotionnels en cas de perte auditive en appliquant les principes de base de la psychologie générale* », « *Informé l'utilisateur en décrivant le plan d'adaptation prothétique* », « *Participer à des équipes interdisciplinaires pour la rééducation des pertes auditives* » ou encore « *Produire des rapports prothétiques sélectionnant les données techniques et cliniques pertinentes* ». De même, certains éléments de gestion (« *Définir l'opportunité de créer une petite entreprise* ») ou de management (« *Appliquer des stratégies de travail d'équipe et évaluer leur efficacité à atteindre les objectifs de l'organisation* » ou « *analyser les conditions de travail et les facteurs de risque présents dans l'environnement de travail* ») semblent présenter un caractère suffisamment général pour être reconnus et validés dans un autre Etat membre.

essentiellement sur la durée des périodes de formation en milieu professionnel, est comblé par les mesures compensatoires imposées au diplômés espagnols demandant une autorisation d'exercice en France, qui représentent entre 40 et 49 semaines de stage (cf. infra, 4.5).

#### 4.3.2 Modalités d'acquisition et de validation des connaissances

[134] Le second grief à l'encontre des diplômés espagnol porte sur le caractère semi-présentiel de leur formation. L'enseignement à distance peut susciter des réserves et des interrogations (absence de contrôle de l'assiduité, attention morcelée, interactions réduites avec le professeur, etc.). Il n'en constitue pas moins une modalité de formation de plus en plus répandue, tant sous la forme de MOOCS (*massive open online courses*) ou de SPOC (*small private online course*) que d'enseignements mixtes (*blended learning*) délivrés par des universités et des écoles dans le cadre de leurs cursus diplômants et associant apprentissages en ligne et périodes de regroupement. Il apparaît particulièrement adapté à la formation continue, dans la mesure où il permet de concilier reprise d'études et activité professionnelle. La crise sanitaire a au demeurant accéléré la transition numérique dans l'enseignement supérieur en obligeant les établissements à développer les enseignements en ligne et à inventer de nouvelles modalités pédagogiques au service de la réussite des étudiants. Le caractère largement dématérialisé de la formation dispensée par les organismes de formation espagnols à des ressortissants d'autres pays membres de l'Union n'apparaît donc pas de nature à mettre en cause la validité du diplôme obtenu par ces derniers.

#### 4.3.3 Caractère effectif des périodes de formation en milieu professionnel

[135] La troisième critique, enfin, concerne la dispense de stage en Espagne dont bénéficierait tout ou partie de ces diplômés. Le CNA rappelle en effet que l'obtention du diplôme est subordonnée comme en France à l'accomplissement de périodes de formation en milieu professionnel au cours de la seconde année. Or, les étudiants français inscrits dans un cursus semi-présentiel en seraient dispensés au motif qu'ils bénéficient déjà d'une expérience professionnelle incluant la pratique de l'audiologie prothétique. Le CNA en conclut que les intéressés soit n'ont pas acquis cette expérience – auquel cas la dispense dont ils bénéficient revêt un caractère de complaisance – soit l'ont acquise en pratiquant illégalement la profession d'audioprothésiste. Dans les deux cas, leur diplôme ne pourrait être reconnu et ils ne pourraient être autorisés à exercer en France.

[136] La vérification de ces deux points nécessiterait une enquête approfondie, qui n'entrerait pas dans le cadre de la présente mission. Il semblerait toutefois que les étudiants inscrits dans les formations espagnoles ne bénéficient pas d'une dérogation mais effectuent leur période de formation en milieu professionnel dans des centres d'audioprothèse en France. Ils se trouvent alors dans la même situation que les étudiants des écoles françaises, qui accomplissent en troisième année un stage de pratique accompagnée au cours duquel ils réalisent en présence de leur maître de stage des actes réservés à un audioprothésiste diplômé d'Etat – ce qui leur permet d'acquérir une expérience professionnelle sans détenir encore le titre qui permet l'exercice légal de la profession.

#### 4.4 Un dispositif conforme au droit européen

[137] L'UNSAF (devenu dans l'intervalle SDA) et le CNA ont assigné le 17 mai 2019 la société Progress Sup devant le tribunal de grande instance de Paris aux fins d'ordonner la fermeture de la formation d'audioprothésiste AudioPro aux motifs que :

- Progress Sup, en faisant la promotion du programme AudioPro, présenté comme une formation destinée aux professionnels et permettant d'encadrer les étudiants inscrits à l'Universidad Europea de Madrid (UEM), dispensait sans agrément ministériel une formation d'audioprothésiste en France et violait ainsi l'article L.731-1 du code de l'éducation – lequel dispose que la fourniture de cours en France en vue de l'obtention d'un diplôme étranger dans le domaine paramédical nécessite un agrément conjoint préalable des ministres de la santé et de l'enseignement supérieur ;
- l'inscription au programme AudioPro permettait l'obtention du diplôme espagnol de technicien supérieur en audiologie en suivant la quasi-intégralité du cursus en France depuis les locaux de Progress Sup et s'apparentait en conséquence à un contournement du système français de formation des audioprothésistes reposant sur la pratique du *numerus clausus*.

[138] La société Progress Sup a fait valoir de son côté que l'objet du programme AudioPro était de promouvoir la formation d'audioprothésiste dispensée par l'UEM, d'aider les étudiants dans leurs démarches d'inscription et de leur apporter des prestations de soutien pédagogique afin de leur permettre de comprendre et d'approfondir les cours théoriques dispensés en espagnol ; qu'elle faisait seulement office d'intermédiaire, ne fournissait aucun support de cours et que la formation était assurée sous la seule direction et la seule responsabilité de l'UEM ; qu'à ce titre, le programme AudioPro ne pouvait être assimilé à une formation paramédicale soumise à agrément ministériel.

[139] Par jugement en date du 1<sup>er</sup> juillet 2019, le tribunal a rejeté le recours, estimant qu'il n'était « *pas établi par les demandeurs que la mission assurée par Progress Sup excéderait l'organisation de simples cours de soutien détachés de la formation proposée par l'UEM*, et que Progress Sup avait de ce fait une activité de formation aboutissant à un diplôme dans le domaine paramédical.

[140] Le SDA et le CNA ont interjeté appel de ce jugement, en faisant valoir que Progress Sup dispensait bien des enseignements relatifs à l'audioprothèse et non de simples cours de soutien, qu'elle employait elle-même dans les documents de présentation de son offre AudioPro le terme de « *formation* », qu'elle indiquait avoir été choisie par l'UEM « *pour sa qualité pédagogique* » et que « *son équipe enseignante travaill[ait] en collaboration avec celle de Madrid pour la préparation des examens* » ; qu'enfin, elle assurait quasi-exclusivement la partie présenteielle de la formation et qu'elle était à ce titre partie prenante de cette dernière. Ils ont également soulevé le fait que la formation dispensée par l'UEM ne respecterait pas la réglementation espagnole telle que fixée par le décret royal n°1687/2007 du 14 décembre 2007, qui prévoit un volume horaire minimum de 2 000 heures et un équipement spécifique dans les locaux d'enseignement. La société Progress Sup a fait valoir l'argument selon lequel le programme AudioPro ne fait pas partie de la formation délivrée en mode semi-présentiel par l'UEM et sanctionnée par le diplôme espagnol d'audioprothésiste – laquelle préexistait à la création du programme AudioPro et était suivie par des étudiants français non-inscrits à ce dernier – mais constitue « *un simple accompagnement* », entièrement distinct de la formation espagnole.

[141] La cour d'appel de Paris a confirmé le 23 août 2019 le jugement rendu en première instance, considérant :

- que rien ne permet d'affirmer que les cours dispensés, un jour par semaine, dans les locaux de Progress Santé, sont considérés par l'UEM comme partie intrinsèque de la formation ;
- qu'en conséquence, Progress Santé pouvait proposer son programme AudioPro sans avoir à demander un agrément ministériel ;
- qu'en dépit du caractère semi présentiel de la formation et du fait que les étudiants ne se rendent en Espagne que pour suivre un nombre limité d'heures de formation pratique, il ne lui appartenait pas d'apprécier sa conformité au droit espagnol.

[142] Cette argumentation juridique s'appuie notamment sur la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil de l'Europe du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles au sein de l'Union. Celle-ci pose en effet un principe de reconnaissance mutuelle, selon lequel *« lorsque dans un Etat membre d'accueil, l'accès à une profession réglementée ou son exercice est subordonnée à la possession de qualifications professionnelles déterminées, l'autorité compétente de cet Etat membre permet aux demandeurs d'accéder à cette profession et de l'exercer, dans les mêmes conditions que ses nationaux, s'ils possèdent une attestation de compétences ou un titre de formation (...) requis par un autre Etat membre pour accéder à cette même profession sur son territoire ou l'y exercer »*.

[143] Plusieurs arguments soulevés par les représentants de la profession, les responsables de formation et les étudiants français en audioprothèse apparaissent juridiquement inopérants :

- le contournement de la législation nationale, en l'occurrence du quota, lié à la possibilité pour des étudiants non admis dans une formation universitaire conduisant au diplôme d'Etat d'exercer en France avec un diplôme espagnol, est inhérent à la liberté d'exercice et à la liberté d'établissement mises en œuvre par la directive de 2005 ;
- le montant des droits d'inscription ne saurait non plus être invoqué, dès lors qu'aucune règle de l'Union ne prescrit une harmonisation de ces droits, lesquels sont librement fixés dans les établissements privés d'enseignement supérieur français ;
- enfin, l'argument de la non-conformité de la formation délivrée en Espagne au décret de 2001, qui fixe les modalités d'organisation et de délivrance du diplôme français, se heurte au principe européen de confiance mutuelle dans le caractère suffisant des titres de formation délivrés par les autres Etats membres<sup>201</sup>. Il n'appartient pas aux autorités françaises d'apprécier la qualité de la formation ni du diplôme espagnol, que ce soit en termes de contenus, de volume horaire ou d'organisation des enseignements. Le SDA, qui s'est livré à une analyse minutieuse de la maquette de formation prévue par le décret royal de 2007 visant à pointer les lacunes de la formation délivrée en Espagne, a vu ce motif écarté par le tribunal de grande instance et par la cour d'appel.

[144] Il apparaît difficile en conséquence, au regard du droit européen et de la jurisprudence, de contester la validité du diplôme espagnol et la possibilité pour ses titulaires d'exercer la profession d'audioprothésiste en France.

---

<sup>201</sup> Cour de justice de l'Union européenne, 6 décembre 2018, aff. C-675/17, H. Preindl, § 31 ; décision du Conseil d'Etat du 9 septembre 2020 dans l'affaire n° 421772 « Fédération des syndicats dentaires libéraux » rejetant l'argument selon lequel la formation portugaise en cause dans l'affaire avait une durée de 9 semestres et non de 10.

## 4.5 Une clarification nécessaire des critères et des modalités de mise en œuvre des mesures compensatoires

### 4.5.1 Les textes actuels laissent au candidat le choix entre un stage d'adaptation et une épreuve d'aptitude

[145] Le seul levier dont disposent les autorités françaises pour s'assurer des qualités professionnelles des audioprothésistes formés dans un autre pays de l'Union est dès lors celui des conditions posées en matière d'exercice. De nombreux interlocuteurs de la mission ont abordé cette question des mesures compensatoires. La plupart ont exprimé le souhait qu'elles ne se limitent pas, comme aujourd'hui, à des stages mais que les titulaires d'un diplôme étranger qui demandent une autorisation d'exercice en France soient soumis à un examen permettant de vérifier les connaissances et compétences acquises au cours de leur formation.

[146] Cette revendication s'appuie notamment sur l'article L.4361-4 du code de la santé publique, qui dispose que l'autorité compétente peut, après avis d'une commission composée notamment de professionnels, autoriser individuellement à exercer la profession d'audioprothésiste les titulaires d'un diplôme délivré par un autre Etat membre et donnant accès à l'exercice de cette profession dans l'Etat concerné ; qu'elle peut également, « *lorsque l'examen des qualifications professionnelles (...) fait apparaître des différences substantielles au regard des qualifications requises pour l'accès et l'exercice de la profession en France* », exiger que l'intéressé se soumette à une mesure de compensation « *soit en lui propos[ant] de choisir entre un stage d'adaptation ou une épreuve d'aptitude, soit [en lui] impos[ant] un stage d'adaptation ou une épreuve d'aptitude, soit [en lui] impos[ant] un stage d'adaptation et une épreuve d'aptitude* ».

[147] L'article R. 4361-15 du code de la santé publique prévoit de même qu'un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé fixe, outre la composition du dossier produit à l'appui de la demande d'autorisation, la composition du jury de l'épreuve d'aptitude et les modalités d'organisation de cette épreuve, « *les modalités et les conditions dans lesquelles un stage d'adaptation, une épreuve d'aptitude ou les deux sont imposés* ».

[148] Les deux textes prévoient bien la possibilité pour l'autorité compétente – en l'occurrence le préfet de région, sur avis de la commission d'autorisation d'exercice – de laisser le choix au candidat entre un stage d'adaptation et une épreuve d'aptitude ou de lui imposer l'une ou l'autre de ces deux mesures, voire les deux. Ils renvoient à cet égard à un arrêté fixant la nature des mesures de compensation en fonction de l'écart constaté entre les niveaux de qualification atteints à l'issue de la formation en France et dans les autres Etats.

[149] Or, ce dernier, publié le 30 mars 2010, prévoit que le choix doit être laissé au demandeur entre le stage et l'examen : « *si des mesures de compensation sont jugées nécessaires, le préfet de région compétent pour délivrer l'autorisation d'exercice indique à l'intéressé que celui-ci doit lui faire connaître (...) son choix entre l'épreuve d'aptitude et le stage d'adaptation et lui transmet la liste des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale habilitées à organiser ces mesures* »<sup>202</sup>.

---

<sup>202</sup> Arrêté du 30 mars 2010 fixant les modalités d'organisation de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation pour l'exercice en France des professions de psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, audioprothésiste, opticien-lunetier par des ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, article 1.

[150] De même, une circulaire de la DGOS indique que dans le cadre du régime général prévu par la directive européenne de 2005 et applicable à la profession d'audioprothésiste, « *l'État membre d'accueil vérifie que le niveau de formation de l'État d'origine est équivalent au niveau qu'il exige de ses propres ressortissants [et] qu'à ce titre, il peut subordonner l'autorisation d'exercice à l'accomplissement de mesures de compensation (stage d'adaptation ou épreuve d'aptitude, au choix du demandeur)* »<sup>203</sup>.

[151] L'arrêté du 11 juin 2020 modifiant l'arrêté du 8 décembre 2017 relatif aux niveaux de qualification pris en compte pour la détermination des mesures de compensation pour la reconnaissance des qualifications des professions de santé est encore plus explicite. Il indique en effet que l'autorité compétente « *laisse au demandeur auquel il impose une mesure de compensation le choix entre le stage d'adaptation et l'épreuve d'aptitude* », sauf un certain nombre de cas relatifs aux diplômes de médecine de base, de spécialité médicale, d'odontologie, de maïeutique, de pharmacie ou d'infirmier de soins généraux, dans lesquels « *elle peut, par dérogation, prescrire soit un stage d'adaptation, soit une épreuve d'aptitude* ».

[152] Il n'apparaît pas possible en conséquence en l'état actuel de la réglementation d'imposer aux titulaires du diplôme espagnol de se soumettre à un examen. Il en va différemment des stages, qui occupent un volume horaire beaucoup plus important dans le cursus français et qui constituent à ce titre une « *différence substantielle* » entre les deux formations. Il est en conséquence naturel qu'ils fassent l'objet de mesures compensatoires. Les titulaires du diplôme espagnol et les organismes de formation qui les accompagnent vers l'acquisition de ce dernier ne contestent pas au demeurant le principe de ces dernières, mais seulement leur application systématique aux diplômés espagnols, qui placerait ces derniers dans une situation jugée « *discriminatoire* », ainsi que certaines modalités liées au choix des terrains de stage.

[153] Pour autant, la situation créée par un afflux de professionnels de santé formés à l'étranger ne peut être considérée comme satisfaisante ni pour le système de santé français ni pour les intéressés eux-mêmes, au regard du coût de ces formations et des difficultés rencontrées pour obtenir l'autorisation d'exercice. Elle est de nature à créer des tensions au sein de la profession en renforçant l'hétérogénéité de cette dernière et à dégrader son image en confortant – fût-ce à tort – le reproche qui lui est souvent fait de revêtir une dimension essentiellement commerciale. Elle pose enfin la question de la capacité des établissements français d'enseignement supérieur à répondre aux besoins de la société en assurant la formation d'un nombre suffisant de professionnels de santé et celle de la cohérence des politiques publiques dans le contexte de la mise en place du 100 % Santé.

#### 4.5.2 Des critères non harmonisés en matière de mesures compensatoires et d'établissement de la liste des maîtres de stage

[154] Le second point lié à la mise en œuvre des mesures compensatoires concerne à la fois leur harmonisation et l'établissement de la liste des maîtres de stage.

[155] De nombreux interlocuteurs de la mission évoquent en effet :

- des critères de fixation des mesures compensatoires qui ne font pas l'objet d'une doctrine au niveau national et sont ainsi susceptibles de varier d'une région à l'autre ;

---

<sup>203</sup> DGOS/RH2 n° 2011-169 du 11 mai 2011 relative à la mise en œuvre de la déconcentration des procédures d'autorisation d'exercice et de libre prestation de services (professions paramédicales).

- un processus de désignation des maîtres de stage relativement hétérogène et opaque.

[156] Sans aller jusqu'à l'établissement d'une commission nationale, réclamé par certains acteurs mais qui nécessiterait une évolution réglementaire et rigidifierait à l'excès la procédure, il apparaît souhaitable que les commissions régionales d'autorisation d'exercice disposent de critères harmonisés au niveau national sur lesquels fonder leurs décisions en matière de mesures compensatoires. Cette harmonisation répondrait à la fois à la demande des organismes de formation qui accompagnent les étudiants français dans l'obtention du diplôme espagnol – lesquels considèrent que certaines mesures, décidées localement, se révèlent impossibles à mettre en œuvre du fait de la rareté des terrains de stage et constituent de ce fait une barrière à l'autorisation d'exercice<sup>204</sup> – et à celle des responsables des DREETS, soucieux de sécuriser juridiquement la procédure et de limiter les risques de contentieux.

[157] Il conviendrait, par ailleurs, de mettre fin à l'existence au niveau régional de deux listes de maîtres de stage, l'une établie par chaque école pour les besoins de ses étudiants, l'autre par l'ARS afin de permettre la mise en œuvre des mesures compensatoires. Là encore, il apparaît souhaitable à la mission de constituer une liste unique non pas au niveau national, comme le réclament certains, mais au niveau régional, sur la base d'un accord entre les écoles et les ARS. Cette harmonisation garantirait l'égalité de traitement entre les titulaires du diplôme français et les candidats à l'installation qui disposent d'un diplôme délivré par un autre Etat membre de l'Union européenne. Elle simplifierait la procédure et limiterait, comme l'harmonisation des critères en matière de mesures compensatoires, les tensions et les risques de contentieux qui en résultent.

[158] La mission considère enfin que les décisions individuelles des commissions d'autorisation d'exercice devraient être motivées, dans un souci de clarté et afin de lever les incompréhensions dont elles font parfois l'objet de la part des intéressés.

## 5 Des perspectives intéressantes de développement de l'apprentissage et de la formation continue

### 5.1 L'apprentissage, une voie d'accès au diplôme récente et encore limitée

[159] Le développement de formations en alternance conduisant au diplôme d'Etat d'audioprothésiste présenterait aux yeux de la mission de nombreux avantages. Il convient toutefois de distinguer ici l'apprentissage – qui n'est qu'une modalité de la formation initiale – et la formation continue, qui concerne des personnes en reprise d'étude ou en reconversion professionnelle.

[160] Le contrat d'apprentissage permet l'acquisition en alternance d'une formation théorique et pratique en vue d'une qualification professionnelle sanctionnée par un diplôme enregistré au

---

<sup>204</sup> Dans une lettre adressée le 14 avril 2021 au ministre de la santé et des solidarités, le président de la société Diploma Audio réfute les accusations portées à l'encontre des formations d'audioprothésiste délivrées en Espagne par le sénateur Yves Détraigne dans sa question écrite n°19108 et attire l'attention du ministre sur « les difficultés et les dysfonctionnements qui affectent la procédure de délivrance des autorisations d'exercer auxquels sont confrontés les étudiants qui ont suivi ces cursus espagnols ». Il déplore notamment que les stages imposés aux candidats se révèlent parfois impossibles :

- soit parce que les organismes d'accueil ne disposent pas de suffisamment de place : il en est ainsi par exemple de l'exigence de stages en milieu hospitalier public, universitaire, qui plus est dans des spécialités disposant de très peu de place pour des stagiaires, telles que la pédiatrie ;
- soit parce que les professionnels considérés par les ARS comme pouvant prodiguer des stages formateurs est trop restreint par rapport au nombre de demandeurs.

Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP)<sup>205</sup>. L'apprentissage fait partie de la formation initiale et constitue un levier d'ouverture sociale pour les étudiants concernés en même temps qu'une source de financement complémentaire pour les établissements qui les accueillent. Elle permet en effet aux premiers, qui bénéficient du statut de salarié, de percevoir une rémunération tout au long de leur cursus et participe à ce titre de l'ouverture sociale de l'enseignement supérieur<sup>206</sup>.

[161] Au-delà des facteurs conjoncturels et réglementaires, la montée en puissance de l'apprentissage dans le supérieur a réellement débuté à la fin des années 2000, à mesure que les universités se sont emparées de la question de l'insertion professionnelle de leurs étudiants. Ainsi, alors qu'en 2005, 70 000 jeunes préparaient un diplôme du supérieur en apprentissage (de bac + 2 à bac + 5), ce chiffre atteignait 204 000 à la rentrée 2019, soit une hausse de près de 300 %.

[162] La mise en œuvre de la loi du 5 septembre 2018 sur la liberté de choisir son avenir professionnel, qui transfère le pilotage de l'apprentissage des régions aux branches professionnelles et simplifie les démarches en vue de la création d'un Centre de formation d'apprentis (CFA) et le système de financement, a accéléré cette tendance et permis une très forte augmentation du nombre de jeunes qui ont débuté un cursus en apprentissage<sup>207</sup>, qui a bondi de 42 % en un an, selon une étude de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) publiée le 8 juillet 2021. Cet essor est porté avant tout par les formations de l'enseignement supérieur, dont les responsables, ont été rassurés par la mise en adéquation des niveaux de prise en charge déterminés par les branches professionnelles et financés par les Opérateurs de compétences (OPCO) avec le coût réel de la formation. Les étudiants qui préparent une licence ou un master en alternance représentent désormais 35 % du total des apprentis, contre 26 % il y a un an et 12 % il y a dix ans.

[163] Le nombre d'étudiants inscrits dans une formation d'audioprothésiste en apprentissage (au cours de la deuxième et de la troisième années d'études) était de 11 en 2017-2018, 27 en 2018-2019 et 36 en 2019-2020. Il devrait s'élever à 48 en 2021-2022. Ce développement encore timide est porté par les écoles de Montpellier et d'Evreux. La première, qui a doublé ses effectifs en cinq ans, a mis en place une politique volontariste en portant à 50 % le nombre d'étudiants de 2<sup>ème</sup> et de 3<sup>ème</sup> année en apprentissage et en augmentant le montant collecté au titre de la taxe d'apprentissage auprès des entreprises travaillant dans le domaine de l'audition. Le même volontarisme se retrouve à Evreux, où l'apprentissage est explicitement mentionné dans la convention avec l'Université de Rouen et la Région Normandie comme une modalité de financement de la nouvelle école. Celle-ci indique en effet que « *la formation sera financée par l'Université de Rouen et par les fonds issus de la facturation pour du public en formation continue ou par alternance* », et, de façon plus explicite encore, qu'elle « *a vocation à être financée notamment via l'alternance* ». L'université de Normandie et l'institut de formation « *proposent ce mode d'apprentissage et accompagnent les étudiants dans leur démarche de recherche d'employeur* ».

<sup>205</sup> Articles L.6241-1 à L.6244-1 du code du travail.

<sup>206</sup> Articles L.6241-1 à L.6244-1 du code du travail.

<sup>207</sup> « La création des centres de formation des apprentis (CFA) est désormais conditionnée à une déclaration en préfecture, et non plus à une procédure d'autorisation de la part du conseil régional qui impliquait un contingentement de l'offre de formation (...). Le modèle économique des CFA est profondément modifié : leur système de financement ne fait plus intervenir une subvention d'équilibre négociée annuellement avec les conseils régionaux, mais une tarification au contrat conclu, les incitant à développer leur activité. Les CFA perçoivent ainsi un financement qui est fonction du nombre d'apprentis formés, associé à un niveau de prise en charge forfaitaire des contrats, déterminé par diplôme par chaque branche professionnelle et encadré par France compétences. La direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) estime le niveau moyen de prise en charge des contrats d'apprentissage à 7 930 € fin 2019, en hausse de 10,9 % par rapport à la moyenne des coûts contrats figurant sur les listes préfectorales à fin 2018 (7 150 €) », (Rapport IGF-IGAS sur les Conséquences financières de la réforme de l'apprentissage et de la formation professionnelle, avril 2020, pp. 2-3).

[164] Le développement de l'apprentissage apparaît à la mission comme une perspective intéressante, tant en matière d'élargissement de l'accès aux études d'audioprothésiste que de financement de la formation. L'alternance apparaît, en effet, particulièrement bien adaptée à la nature de cette dernière, dans la mesure où les périodes de formation en milieu professionnel représentent près des deux tiers du volume horaire total – même si l'intégration du diplôme d'Etat dans le système LMD tend à la réduire légèrement au profit des enseignements théoriques et pratiques. Elle apparaît par ailleurs compatible avec l'obligation d'effectuer un stage dans différents types de structures (centre d'audioprothèse, milieu hospitalier, fabricant), évoquée par certains directeurs comme un possible obstacle à son développement au motif que l'apprentissage reposerait sur un contrat de travail avec un employeur unique. Le code du travail prévoit en effet que l'apprenti peut être accueilli dans une entreprise différente de celle qui l'emploie, sous réserve d'encadrer par des conventions de mise à disposition la durée du stage et le nombre d'entreprises d'accueil (deux au maximum)<sup>208</sup>.

[165] Il conviendrait toutefois, afin de faciliter ce développement, que le MESRI procède dans les meilleurs délais à l'inscription du diplôme d'Etat au RNCP.

## 5.2 Une ouverture nécessaire à la formation continue

[166] La plupart des étudiants inscrits dans les formations conduisant à l'obtention du diplôme espagnol de technicien supérieur en audiologie prothétique sont des salariés en reprise d'études qui ne souhaitent pas interrompre leur activité professionnelle pendant trois ans et qui ne peuvent accéder au diplôme français dans le cadre de la formation tout au long de la vie.

[167] La mission a précédemment recommandé un relèvement du quota de places offertes à l'entrée des écoles d'audioprothèse fixé chaque année par le MESRI, en concertation avec le ministère chargé de la santé. Une alternative au moins partielle à ce relèvement du quota, qui implique un renforcement des capacités d'accueil dans les écoles existantes et/ou la création de nouvelles écoles au sein d'universités qui n'en disposent pas à ce jour, serait le développement d'une voie d'accès au diplôme d'Etat dans le cadre de la formation continue. Les salariés en reprise d'études qui bénéficieraient de cette nouvelle offre de formation ne seraient pas en effet comptabilisés dans le quota mais viendraient s'ajouter aux étudiants inscrits en formation initiale (sous statut étudiant ou par la voie de l'apprentissage). Cette alternative mérite aux yeux de la mission d'être étudiée, dans la mesure où elle répondrait notamment :

- à une demande sociale forte de la part d'opticiens et d'assistants en audioprothèse qui souhaitent évoluer professionnellement et doivent aujourd'hui se tourner pour cela vers des formations délivrées dans un autre pays de l'Union européenne ;
- à la double nécessité de former davantage d'audioprothésistes et de remédier aux difficultés liées à un afflux de diplômés formés à l'étranger en proposant une alternative aux formations espagnoles – contrairement à la simple augmentation du quota d'étudiants inscrits en formation initiale, qui ne réduirait pas l'attractivité ni le nombre de titulaires du diplôme espagnol du fait de la différence de profil entre les deux populations et ferait ainsi courir à terme le risque d'une trop forte augmentation du nombre d'audioprothésistes ;
- à la question de la soutenabilité économique des formations d'audioprothésistes : elle permettrait en effet de couvrir une partie du coût de la formation en apportant un financement

---

<sup>208</sup> Articles R. 6223-10 et R. 6223-11 du code du travail.

additionnel aux universités concernées – que ce soit *via* les fonds de la formation professionnelle ou du fait de l’acquittement par les intéressés de droits d’inscription sensiblement supérieurs à ceux versés par les étudiants en formation initiale hors apprentissage. Elle limiterait par ailleurs, grâce à la mise en place de temps de formation décalés (soirées, fin de semaine) et au développement d’enseignement mixtes (*blended learning*) associant cours en ligne et en présentiel, les difficultés liées à l’utilisation des locaux et des équipements.

[168] Il ne s’agit pas de sous-estimer ici les difficultés liées à la création d’une nouvelle voie de formation conduisant au diplôme d’Etat. Ainsi, les économies d’échelle réalisables en matière de locaux et d’équipements liés à la formation ne s’appliqueraient pas en matière de ressources humaines. Les écoles d’audioprothésistes, comme d’autres formations universitaires (notamment celles qui revêtent une dimension professionnalisante), sont déjà confrontées à des difficultés de recrutement et de gestion des intervenants extérieurs, qui viennent s’ajouter à celles liées au nombre limité d’enseignants-chercheurs spécialisés dans les domaines de l’audiophonologie et des prothèses auditives. L’augmentation du nombre d’étudiants, quel que soit leur statut, se traduirait par une augmentation de la charge d’enseignement et de la charge administrative reposant sur les services de scolarité. Le développement de la formation continue nécessiterait en outre, au moins dans un premier temps, un important travail d’ingénierie pédagogique afin d’adapter l’organisation des enseignements aux modalités et aux contraintes spécifiques à cette voie de formation. Il constituerait de ce fait une charge de travail supplémentaire pour le corps professoral des écoles, composé en grande partie d’universitaires et de professionnels exerçant déjà plusieurs activités en parallèle (audioprothésistes et ORL menant de front leur activité de soin, la gestion d’un centre d’audioprothèse ou d’un service hospitalier et leur activité de formation et de recherche). Le développement de la formation continue pose enfin la question des terrains de stage dans les mêmes termes que le relèvement du quota – difficulté qui serait toutefois levée par un assouplissement du calendrier dans le cadre de la réingénierie de la formation.

[169] La création de cette nouvelle voie, si elle doit s’accompagner d’une réflexion sur la soutenabilité pédagogique de la formation, n’en apparaît pas moins comme une piste particulièrement prometteuse et qui mérite à ce titre d’être explorée. Si certains directeurs d’école avec lesquels s’est entretenue la mission ont rappelé les obstacles et les difficultés de mise en œuvre évoqués plus haut, d’autres en revanche ont exprimé leur très vif intérêt. Des projets ambitieux de développement de la formation continue existent ainsi à Lyon – en partenariat avec Aix-Marseille Université (AMU) – et à Evreux, sur la base du constat :

- que de nombreux employés de centres d’audioprothèse ayant un profil technique ou commercial souhaitent accéder au diplôme d’Etat mais que la longueur du cursus (trois années à temps plein) et les difficultés inhérentes à la reprise d’études rendaient cette promotion quasi impossible en pratique ;
- que cette demande de formation non satisfaite aboutit à la fois à une perte de compétences liée au fait qu’une partie de ces personnes quittent le secteur de l’audiologie et au développement dans d’autres Etats membres de l’Union européenne de formations plus flexibles mais qui n’offrent pas à leurs yeux toutes les garanties de qualité requises et ne peuvent être contrôlés du fait du principe de reconnaissance réciproque des qualifications professionnelles.

[170] Le directeur de l’école d’Evreux propose en conséquence de créer à destination de ce public un cursus original associant validation des acquis de l’expérience et formation continue. Celui-ci reposerait sur la distinction entre des enseignements socles délivrés pour la plupart au cours de la première année, des enseignements pratiques susceptibles de faire l’objet d’une validation partielle

en deuxième année et des enseignements d'approfondissement en vue de la rédaction du mémoire en troisième année. La combinaison de ces différents modules et la mise en place d'horaires aménagés permettraient de construire en fonction du nombre d'unités d'enseignement validées un parcours sur mesure pour des professionnels en activité. Les cours seraient ainsi regroupés pour ces derniers sur une année (au lieu de trois), suivie de six mois de stages en centre d'audioprothèse, en milieu hospitalier et chez un fabricant puis de la rédaction d'un mémoire. Après une sélection sur dossier, un test de positionnement et/ou des épreuves préalables de contrôle des connaissances théoriques et pratiques en juin-juillet, les candidats admis dans la formation suivraient à la rentrée suivante les mêmes cours que les étudiants inscrits en formation initiale – ce qui permettrait d'éviter une augmentation de la charge d'enseignement et du coût global de la formation.

[171] Le projet porté par Aix-Marseille Université (AMU) et par l'Institut des sciences et techniques de la réadaptation de Lyon participe de la même approche, fondée sur la validation partielle des acquis de l'expérience. Il prévoit la création d'une formation innovante reposant sur l'utilisation de MOOC pour les cours magistraux, l'organisation de travaux pratiques et de travaux dirigés en présentiel. Les entrants en formation pourraient bénéficier de la validation de certains modules, en fonction de leur niveau de diplôme et de leur expérience professionnelle, et d'un étalement des épreuves écrites sur une période d'un à trois ans. Les stages seraient enfin répartis sur deux années. La formation serait délivrée conjointement à Lyon et à Aix-Marseille et pourrait accueillir 60 à 80 étudiants, qui viendraient s'ajouter aux 52 inscrits à l'école d'audioprothèse de Lyon. Ceux-ci seraient encouragés, en fonction de leurs résultats, à poursuivre en master voire en doctorat et à s'engager dans la carrière d'enseignant-chercheur.

[172] L'ouverture de cette seconde voie pourrait s'accompagner de la mise en place d'une certification en amont du cursus conduisant au diplôme d'Etat. Celle-ci serait destinée aux assistants et techniciens exerçant dans les centres d'audioprothèse. Elle permettrait à la fois de valider leurs acquis professionnels – aujourd'hui non clairement reconnus – et de préparer ceux qui le souhaitent à intégrer la formation d'audioprothésiste.

[173] Le développement de la formation continue permettrait d'élargir le vivier de recrutement des écoles, de répondre à la demande exprimée par de nombreux professionnels exerçant dans les domaines de l'optique et de l'audition et de donner aux entreprises du secteur les moyens de s'attacher les compétences nécessaires à leur développement tout en garantissant la qualité de la formation délivrée aux audioprothésistes exerçant sur le territoire national. La création de cette nouvelle voie pourrait permettre de former chaque année une centaine d'audioprothésistes supplémentaires, qui viendraient s'ajouter aux 60 à 90 diplômés potentiels dans les trois écoles en projet à Clermont-Ferrand, Grenoble et Tours. La capacité d'accueil des écoles françaises se situerait ainsi entre 450 et 500 places, contre un peu moins de 300 actuellement.

[174] Si le contrat de professionnalisation, réservé aux jeunes de 16 à 25 ans, aux demandeurs d'emploi âgés de plus de 26 ans, aux bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA), de l'Allocation de solidarité spécifique (ASS), de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) ou encore aux personnes ayant bénéficié d'un contrat aidé, n'apparaît pas adapté au public susceptible d'entamer un cursus en formation continue conduisant au diplôme d'audioprothésiste.

[175] Ces derniers pourraient, en revanche, bénéficier d'un financement dans le cadre du Compte personnel de formation (CPF). La loi n°2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel dispose en effet que « *les droits inscrits sur le compte personnel de formation permettent à son titulaire de financer une formation éligible au compte* » et que celui-ci « *peut faire l'objet à la demande de son titulaire(...), lorsque le coût de cette formation est supérieur au montant des droits inscrits sur le compte ou aux plafonds respectivement mentionnés aux articles L. 6323-11, L. 6323-11-1, L. 6323-27 et L. 6323-34, d'abondements en droits complémentaires pour assurer le financement*

*de cette formation* », soit par le titulaire, soit par l'employeur<sup>209</sup>. L'article L. 6323-11 prévoit en outre « *qu'un accord d'entreprise ou de groupe peut définir les actions de formation éligibles au sens de l'article L. 6323-6<sup>210</sup> pour lesquelles l'employeur s'engage à financer, dans les conditions définies par cet accord, les abondements prévus au 2° du II de l'article L. 6323-4, sans préjudice des dispositions de l'article L. 6323-2. Dans ce cas, l'entreprise peut prendre en charge l'ensemble des frais et peut demander le remboursement à la Caisse des dépôts et consignations des sommes correspondantes dans la limite des droits inscrits sur le compte personnel de chaque salarié concerné* ».

[176] Les employeurs ont ainsi la possibilité depuis le 3 septembre 2020 d'abonder directement les comptes CPF de leurs salariés, de leur propre initiative ou à la demande de ces derniers, pour encourager un projet de formation en adéquation avec les besoins de l'entreprise ou pour leur permettre de financer la formation de leur choix, à titre individuel ou dans le cadre d'un accord d'entreprise. Ils peuvent notamment verser une dotation à un salarié qui a déjà entamé sa procédure d'inscription à une formation ou choisir de financer tout ou partie de la formation grâce à un abondement volontaire. Il lui suffit pour cela de verser à partir de son espace EDEF (Espace des Employeurs et des Financeurs) l'abondement à la Caisse des Dépôts et consignations, qui le met à disposition du salarié bénéficiaire sur son CPF. Les professionnels du secteur de l'audioprothèse, et notamment les enseignes, aujourd'hui confrontées à des difficultés de recrutement, pourraient trouver là le moyen de s'attacher les compétences nécessaires au développement de leur réseau. La formation de salariés – notamment opticiens et assistants audioprothésistes – pourrait par ailleurs :

- s'inscrire dans le cadre du plan de développement des compétences qui remplace depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 le plan de formation et qui peut concerner toutes les entreprises, quelle que soit leur taille. Les ressources issues des contributions des employeurs pour la formation de leurs salariés permettent aux onze opérateurs de compétences de financer des actions de formation mises en œuvre au titre de ce plan par des employeurs de moins de 50 salariés. Des ressources supplémentaires peuvent en outre être collectées en application de l'article L. 6332-1-2 du code du travail ;
- donner lieu à la création de CFA privés, portés par une enseigne ou une organisation d'employeurs du secteur de l'audioprothèse – laquelle financerait les locaux, les équipements et les dépenses de fonctionnement (personnels non enseignants, entretien, fluides, etc.). Cette possibilité, qui permettrait la prise en charge d'une part importante des coûts de formation par les entreprises intéressées, impliquerait toutefois la signature d'une convention de partenariat avec une université préparant au diplôme d'Etat d'audioprothésiste. Celle-ci assurerait les enseignements, leur validation et la délivrance du diplôme.

[177] Enfin, les salariés qui souhaitent préparer le diplôme d'Etat pourraient financer eux-mêmes leur formation. Il est probable en effet que les droits d'inscription fixés par les universités, bien que supérieurs à ceux des étudiants inscrits en formation initiale, n'atteignent pas le niveau de ceux pratiqués par les établissements privés espagnols et par les organismes de formation français qui accompagnent aujourd'hui les salariés en reprise d'études vers l'obtention du diplôme espagnol.

---

<sup>209</sup> Article L6323-4 du code du travail.

<sup>210</sup> « *Sont éligibles au compte personnel de formation les actions de formation sanctionnées par les certifications professionnelles enregistrées au répertoire national prévu à l'article L. 6113-1, celles sanctionnées par les attestations de validation de blocs de compétences au sens du même article L. 6113-1 et celles sanctionnées par les certifications et habilitations enregistrées dans le répertoire spécifique mentionné à l'article L. 6113-6 comprenant notamment la certification relative au socle de connaissances et de compétences professionnelles* ».

[178] Il conviendrait au préalable :

- d'inscrire, comme pour l'apprentissage, le diplôme d'Etat d'audioprothésiste au RNCP ; cette inscription conditionne en effet l'accès au catalogue des formations géré par la Caisse des Dépôts et la prise en charge de la formation par le biais du CPF<sup>211</sup>.
- de spécifier dans les textes qui s'y rapportent, à l'occasion de sa réingénierie, que ce même diplôme est ouvert à la formation continue.

---

<sup>211</sup> Arrêté du 21 mai 2021 relatif à la transmission au système d'information du compte personnel de formation des informations relatives aux titulaires des certifications enregistrées aux répertoires nationaux.

## ANNEXE 7 : Bibliographie succincte

### Communication du gouvernement

Dossier de presse de la réforme « 100% Santé »

### Rapports et études officiels

Assemblée nationale – Conclusion des travaux d'une mission d'information l'organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ? – 2021

Assemblée nationale – Annie Chapelier – Rapport d'information : la formation des professions paramédicales – 2021

Assemblée nationale – Cyrille Isaac-Sibille – Printemps social de l'évaluation : évaluation en continu des LFSS – la mise en place du « 100 % Santé » – 2020

Assemblée nationale – Rapport de la commission des comptes de la santé 2017

CNOM – Accessibilité aux soins, cas particulier des personnes malentendantes et sourdes  
Commission des Relations avec les Usagers Section Éthique et Déontologie – 2021

Cour des comptes – La sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale – 2013

DREES – Étude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête « Handicap-Santé » - 2014

DREES – La complémentaire santé – Acteurs, bénéficiaires, garanties - 2019

HCAAM – Rapport sur la régulation du système de santé - 2021

HCFEA – L'incidence des réformes du « 100% Santé » et de la complémentaire santé solidaire pour les personnes âgées – 2020

IGAS – Evolution et maîtrise de la dépense des dispositifs médicaux – 2010

IGAS – Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées - 2013

IGAS – Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé – 2014

IGAS, IGAENR – Les formations paramédicales : Bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD – 2013

IGAS, IGAENR – Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures de la Grande conférence de santé -2017

IGAS, IGF – La régulation du secteur des dispositifs médicaux – 2015

IHME, Global burden of disease – 2019

Le Bouler, Stéphane – Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation – 2018

Libault, Dominique – Concertation Grand âge et autonomie – 2019

Organisation mondiale de la santé, Rapport sur l'audition dans le monde, 2021 (en anglais)

## Avis et recommandations

Autorité de la concurrence – Avis n° 16-A-24 du 14 décembre 2016 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur des audioprothèses – 2016

HAS – Appareils électroniques correcteurs de surdité – révision des descriptions génériques de la liste des produits et prestations remboursables – 2008

HAS – Avis de projet de modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d’aides auditives au chapitre 3 du titre II de la liste prévue   l’article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale publié au Journal officiel le 21 juin 2018 – 2018

HAS – Qualité et sécurité du télésoin – Bonnes pratiques pour la mise en œuvre – 2021

## Enquêtes, études et documents divers

ALCIMED - Analyse économique du secteur des appareillages optiques et auditifs – 2011 (pour la DSS)

Avonum - EuroTrak France 2009-2018 (pour l’EHIMA)

BVA – Baromètre du 100% Santé – 2021 (pour le SDA)

CNA, Synam, Synea, Unsaf - Déficits auditifs en France : livre blanc – 2017

EHIMA - Getting the numbers right on Hearing Loss Hearing care Hearing Aid Use in Europe – 2020

FNEA – Enquête sur le bilan de la première année d’admission *via* la plateforme numérique Parcoursup – 2021

Gallileo Business Consulting – Etude ORL, réforme 100% Santé : connaissance & impact sur les pratiques des ORL – 2020

Laboratoires Renard – Etude Autonomia sur l’appareillage en EHPAD – 2017

Les Echos pour la DSS - Etude sur le secteur et le marché des audioprothèses – 2020

P.A. Juven et F. Pierru - Sociotechnique de la presbyacousie. Enquête ethnographique auprès d’audioprothésistes et de personnes appareillées – 2018

J. de Kervasdoué et L. Hartmann – Impact économique du déficit auditif en France et dans les pays développés – 2016

SDA - Recueil de bonnes pratiques audioprothésistes – 2020

SFORL – Consensus Formalisé d’Experts concernant L’Audiométrie de l’Adulte et de l’Enfant – 2017

SNITEM – Innovation audiologie – 2019

UFC Que Choisir - Un marché verrouillé au détriment des malentendants – 2015

Unsaf – Analyse sectorielle de l’audioprothèse en France – 2015

## Publications scientifiques

Hélène Amieva et al. (2018): Death, Depression, Disability, and Dementia Associated with self-reported problems: A 25 -Years Study; in The Journals of Gerontology, Series A, January 2018.

Bouccara et al. (2006), Presbyacousie

G. Livingston - Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission - 2020

H. Thai-Van - Telemedicine in Audiology. Best practice recommendations from the French Society of Audiology (SFA) and the French Society of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery – 2021

Jiam et al. 2012, Hearing loss and falls: A systematic review and meta-analysis.

Karpa et al. 2010, Fisher et al. (2014), Genther et al. (2015).

Lin et al. 2012, Hearing Loss and Falls Among Older Adults in the United States.

Lin et al. 2014, Hearing Impairment Associated With Depression in US Adults, National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2010 ;

Lin et al. 2011, Hearing Loss and Incident Dementia

McDaid et al. 2021, Estimating the global costs of hearing loss

Nikolai Bisgaard, Stefan Zimmer, Mark Laureyns & Jennifer Groth (2021): A model for estimating hearing aid coverage world-wide using historical data on hearing aid sales, International Journal of Audiology, DOI: 10.1080/14992027.2021.1962551.

Puel et al. (2012), Physiopathologie de la presbyacousie

## Sites internet professionnels

Audiologie Demain : <https://audiologie-demain.com/>

L'Ouïe Magazine : <https://www.ouiemagazine.net/accueil/>

EDP Audio : <https://www.edp-audio.fr/>

## Bibliographie détaillée de l'IRDES

[179] La mission remercie l'IRDES pour la réalisation d'une bibliographie détaillée (transmise le 17 juin 2021). Celle-ci est disponible en suivant le lien suivant : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-filiere-auditive-en-france-et-a-l-etranger.pdf>



## PIÈCES JOINTES :

# CONTRIBUTIONS ADRESSÉES À LA MISSION

[180] La mission a proposé à l'ensemble des parties prenantes qui lui avaient adressé des contributions directes écrites de les annexer au rapport, si elles le souhaitaient. Parmi les diverses contributions reçues par la mission, les trois organisations suivantes ont exprimé leur souhait de voir leur contribution jointe au rapport :

### Contribution du CNP ORL

#### **Propositions du CNP d'ORL pour faire face à la croissance de la demande d'aides auditives en lien avec le 100% Santé – 25 Septembre 2021**

##### **Un vrai succès**

Le déploiement du 100% santé auditif est un vrai succès. La forte augmentation (près de 68% selon les chiffres de la CNAM) de l'équipement des Français en aides auditives (AA) du premier trimestre 2019 à celui de 2021 est réjouissante. Elle est due à la baisse du coût et au remboursement sans reste à charge des AA entrant dans le « panier 100% santé ». Cela doit nous rendre optimistes pour l'avenir car nous sommes sur la voie de devenir le pays au monde où l'audioprothèse est la plus diffusée parmi les populations en besoin, place tenue à ce jour par le Danemark (53%). Ces bons chiffres ne doivent pas cependant masquer une réalité crue : l'apparition de comportements déviants, de surenchères commerciales, de publicités discutables et omniprésentes, de sur-prescriptions voire d'orientations injustifiées des malentendants vers des AA de classe 2. Si les prescripteurs se doivent d'être au rendez-vous de ce défi de santé publique, tous les acteurs de la filière, médecin ORL, audioprothésistes, organismes payeurs doivent être particulièrement vigilants pour dénoncer les dérives suscitées par l'incontestable effet d'aubaine engendré par la réforme.

##### **Le rôle du Médecin Généraliste dans la primoprescription**

Nous savons qu'en 2019 la primoprescription des AA était, par dérogation, pour 40% le fait des médecins spécialistes en Médecine générale (MG). Ce chiffre national recouvrant cependant de grandes disparités régionales. Cela représente en première approche pour les patients une facilité incontestable.

Ceci étant, gardons à l'esprit trois notions :

1/ Selon la CNAM, la primoprescription ne concernait en 2015 que 35% des AA remboursées. La réforme du 100% santé n'impacte donc en réalité qu'un peu plus d'un tiers des prescriptions honorées. Il est bon de rappeler que pour les deux tiers restants, correspondant au renouvellements d'AA, les MG conservent leur capacité à prescrire sans formation supplémentaire.

2/la prescription de l'AA ne peut représenter une urgence. La précarisation territoriale de la spécialité ORL impacte bien davantage d'autres pathologies sous la responsabilité de l'ORL (cancérologie, vertiges invalidants etc...). Soulignons que le délai d'accès à un ORL en France (chiffres de 2019) est pour l'instant encore assez bon avec des disparités territoriales incontestables qui ne sont pas propres à l'ORL et affectent tout autant sinon plus la MG qui ne peut donc pas souvent venir au secours de l'ORL. Il est ainsi de 19 jours en moyenne (de 2 à 168), meilleur que dans beaucoup de spécialités à fort impact de santé publique. Il est bien meilleur que dans beaucoup de spécialités à

fort impact de santé publique : on compte 109 jours (5-327) pour l'ophtalmologiste, 53 jours pour le cardiologue (2-200), 1 mois pour le chirurgien-dentiste (2-60))

Mais les pouvoirs publics ne peuvent pas ignorer que les prévisions démographiques pour notre spécialité sont préoccupantes à moyen terme. De nombreux départs à la retraite ne seront pas remplacés et les disparités régionales déjà présentes risquent de se creuser.

2/ **cette prescription ne saurait être bradée et dévalorisée.** Elle requiert une grande expertise et doit absolument rester un acte médical authentique, largement basé sur un interrogatoire, un examen clinique et particulièrement otoscopique très attentifs. Le bilan audiométrique qui suit doit être réalisé dans de parfaites conditions et répondre à des critères de qualité opposables, tels que décrits dans le consensus formalisé d'experts de la SFORL (Favier et al. French Society of ENT (SFORL) guidelines (short version): Audiometry in adults and children. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2018 Oct;135(5):341-347. doi: 10.1016/j.anorl.2018.05.009. Epub 2018 Jun 19. PMID: 29929777.).

### La fin de la dérogation de prescription en janvier 2022

La dérogation ouvrant le droit à la primoprescription des AA aux MG sans restriction prend fin au 31 Décembre de cette année. C'est demain...Nous constatons avec regret que cette disposition transitoire ne s'est pas toujours révélée pertinente et a donné lieu à des prescriptions erronées voire excessives poussées par une publicité incontrôlée. Elle ne répond pas en l'état aux exigences de qualité des soins qui s'imposent à la chaîne de prise en charge de la surdité et expose à des risques:

- Une méconnaissance de certaines causes potentiellement graves de surdité
- Une méconnaissance des solutions chirurgicales alternatives à l'AA, telle que la chirurgie fonctionnelle otologique, les implants d'oreille moyenne, les implants auditifs à conduction osseuse, voire les implants cochléaires
- L'association de la surdité à des symptômes ou pathologies susceptibles de la contraindre et souvent méconnues du MG ou du prothésiste
- Un audiogramme support de la prescription réalisé par l'audioprothésiste qui se retrouve de fait juge et partie (conflit d'intérêt évident)

### Naissance du DPC d'Otologie Médicale

De la perception par les parties prenantes de ces dérives regrettables et coûteuses est né sous l'égide de la DGS **un encadrement raisonnable et négocié** de la primoprescription par les MG en posant des barrières pertinentes:

- la restriction de cette prescription aux patients âgés de plus de 60 ans
- un questionnaire Go/no Go permettant d'écarter les cas complexes
- un audiogramme réalisé par le prescripteur, respectant les critères de qualité opposables
- un prérequis d'une formation DPC « d'otologie médicale », sous forme numérique et présentielle
- un suivi par un ORL référent de la qualité des tests réalisés

Quel constat fait-on aujourd'hui en Septembre 2021 alors que la dérogation arrive à son terme?

1. **Il n'y a pas à ce jour de formation DPC « d'otologie médicale » déposée sur le site de l'ANDPC** répondant aux critères définis avec le CMG, et qui sont à nos yeux intangibles. Cette situation pousse certains syndicats de MG à réclamer une prorogation qui n'est à nos

yeux absolument pas souhaitable au vu des nombreuses dérives précitées. On peut essentiellement regretter que les ODPC de MG ne soient pas au rendez-vous pour monter ces offres de formation auxquelles nous sommes disposés à participer. Nous avons tout récemment fait des offres au CMG pour que le CNP d'ORL suscite des centres experts ORL des formations ciblées. Nous en avons les moyens.

2. **Il semble bien qu'il y ait peu d'appétence des MG pour le « DPC d'otologie médicale »** et les contraintes matérielles et financières qu'il impose à juste titre pour l'obtention d'un audiogramme fiable. Par ailleurs, les MG ne sont pas en capacité dans les zones à faibles densité médicale de suppléer les ORL.

### Que faire ou ne pas faire ?

**Dès lors, quelles solutions peut proposer le CNP d'ORL** et quelles autres refuse-t-il, alors que le nombre d'ORL va décroître dans les vingt prochaines années?

#### 1- Que faire : Les 7 Propositions du CNP d'ORL

**Nous formulons 7 propositions** pour augmenter dans les prochaines années l'offre de prescription de l'ORL, qui reste de par sa formation le dépositaire naturel de cette expertise :

1. très rapidement **permettre à l'ORL de s'adjoindre dans un premier temps des soignants**, dument formés à l'audiométrie, pour la réalisation d'audiogrammes sous son contrôle et sa responsabilité, à l'image de ce qui se pratique déjà depuis plus de 40 ans dans les grands centres hospitaliers spécialisés en otologie. L'ORL reste alors maître et responsable du diagnostic de la surdité, de son évaluation et surtout de la pertinence de la prescription. Mais il est déchargé en confiance d'une partie importante de la tâche et se trouve à disposition de davantage de patients. Ce serait une avancée tout à fait considérable à même de pallier une partie du déficit. Ces soignants pourraient de même aider l'ORL lors des missions de télé-expertise et de télé-audiométrie, en se projetant notamment dans les maisons de retraite. Pour accompagner cette mutation indispensable de nos pratiques, le CNP ORL a d'ores et déjà élaboré un programme de formation que nous souhaitons mettre en place le plus rapidement possible afin que les premiers soignants formés soient opérationnels d'ici 2024. Avantage de cette solution : pas de création de nouveau métier.
2. Nous formons assez de chirurgiens, mais sûrement pas assez d'ORL ayant une appétence pour la partie médicale de la spécialité. **L'assouplissement de la maquette devrait permettre d'alléger la formation chirurgicale** pour les internes ayant le plus d'affinité pour les explorations fonctionnelles. Le Collège des enseignants de la spécialité est motivé dans ce sens.
3. **augmenter transitoirement le numerus clausus d'accès au DES d'ORL** (90 au lieu de 80) dans les 10 prochaines années pour casser la courbe de décroissance démographique anticipée qui menace l'égalité d'accès aux soins.
4. **améliorer l'attractivité de l'audiologie ORL :**
  - a. en revalorisant les actes d'audiologie dont le tarif est figée depuis 20 ans. La très faible valorisation de ces actes très consommateurs de temps et nécessitant un matériel coûteux est un frein incontestable.
  - b. en permettant surtout de cumuler l'audiométrie avec d'autres actes cliniques et paracliniques nécessaires au bilan de la surdité, comme l'a obtenu l'ophtalmologie.

- c. Sans cette évolution tarifaire, on peut craindre que les ORL formés se détournent de cette activité au profit d'autres actes mieux valorisés. Le même constat est fait dans d'autres spécialités.
5. Nous permettre de former en 2 ans à l'audiologie et la vestibulométrie (inséparables en vérité) des médecins ne disposant pas du DES d'ORL (MG, gériatres, pédiatres, médecin du travail) afin d'assurer sur le terrain la prise en charge des vertiges et de la surdité :
  - a. soit dans le cadre d'une nouvelle « FST d'audio-vestibulométrie » que nous appelons de nos vœux
  - b. soit dans le cadre d'un « deuxième DES » ouvert aux MG qui souhaitent se réorienter
6. pour les maisons de retraite qui abritent la population la plus fragile sur le plan cognitif et la moins mobile, il convient, comme précédemment évoqué, de développer une offre **de télésanté et de télé-audiométrie** réalisée par l'ORL accompagnée d'une valorisation adaptée à la longueur de l'examen et de sa difficulté dans ce contexte particulier. Certains l'ont déjà expérimenté et mis en place (Dr Schmoll). Cette population fragilisée sur le plan cognitif par la surdité doit avoir un accès facilité à l'AA, en évitant certains abus aujourd'hui constatés.
7. **promouvoir avec le CNU de spécialité des enseignants d'ORL audiologistes non chirurgicaux** développant un haut niveau d'expertise en audio-vestibulométrie pour former au mieux les futurs ORL intéressés par l'approfondissement de la partie médicale de la spécialité et prévoir des post-internats fléchés dans cette thématique.

## 2- Deux erreurs à ne pas faire

1. **Que les audioprothésistes soient autorisés à tester puis appareiller** les patients sans qu'un regard diagnostique de Médecin ait été porté auparavant. La situation actuelle ne le justifie en rien. Cela constitue pour nous une ligne rouge. Par ailleurs cette démedicalisation de la prescription de l'AA constituerait un raccourci très dangereux et particulièrement coûteux pour le collectif, par manque de pertinence de la prescription au regard de l'histoire médicale globale du patient. Les conflits d'intérêt seraient en outre multiples.
2. **Que soit créé un corps d'audiologistes à l'anglo-saxonne**, éventuellement à partir de celui des audioprothésistes, nouveau métier dont les limites seraient floues et très vite soumises à contestation de ses limites. Il y a encore suffisamment d'ORL en France pour que ces « sous-ORL » deviennent nécessaires. Ils alourdiraient et renchériraient la filière de soins. Leur capacité à prescrire et à vendre les aides auditives serait là encore générateurs de conflits d'intérêt.

Signataires de ces propositions :

le Pr Vincent DARROUZET, Président du CNP d'ORL,

le Pr Vincent COULOIGNER, Secrétaire Général de la Société Française d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale,

le Pr Emmanuel LESCANNE, Président du Collège Français d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale,

le Dr Laurent SEIDERMAN, Président du Syndicat National des ORL (SNORL)

le Doyen Elie SERRANO, Président du CNU d'ORL,

Les Pr Hung THAI-VAN, Christophe VINCENT et Frédéric VENAIL experts audiologistes du CNP d'ORL,

les Drs Denis AYACHE et Philippe LETREGUILLY, membres du Bureau du CNP d'ORL

## Contribution du SYNAM (réponse à une trame d'entretien adressée par la mission)

### Introduction

- *Présentez (en 5') votre organisation : missions et statuts, adhérents et représentativité, instances, activités...*

Le SYNAM est le syndicat professionnel constitué de personnes morales qui exercent une activité dans le domaine de l'audition et qui répondent aux conditions visées sous l'article 6 ci-après un Syndicat Professionnel, conformément aux dispositions des articles L. 2131-1 et suivants du code du travail.

Les adhérents du synam sont les personnes morales relevant des dispositions du Code de la mutualité et adhérentes à la FNMF assurant, directement ou indirectement par le biais d'entités sous responsabilité de gestion, l'exploitation d'un établissement d'optique ou d'audition.

Le SYNAM représente 8% de parts de marché.

Le Syndicat a pour objet :

- o L'étude et la défense des droits ainsi que des intérêts professionnels, matériels et moraux, tant collectifs qu'individuels, de ses Adhérents ;
- o La promotion de la présence, du rôle, de l'implication et de la représentation des centres d'audition mutualistes dans le paysage sanitaire français ;
- o La recherche de valorisation de la profession des Adhérents auprès des pouvoirs publics et des régimes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires ;
- o La représentation des intérêts des Adhérents pour toutes les questions techniques, scientifiques, économiques et législatives qui les concernent, grâce à des publications, l'organisation de congrès, de conférences et de séances de formation.

**Ces dernières années, au-delà de travaux inter syndicaux comme la rédaction du « livre blanc », le SYNAM a signé l'accord du 100% santé en audition et fait partie du comité de suivi. Il est également signataire de la nouvelle convention CNAMTS audio qui s'appliquera en 2022.**

- *Présentez (en 15') quels sont, de votre point de vue, les principaux chiffres, données et constats qui doivent être portés à la connaissance de la mission, quels sont les principaux enjeux pour la filière auditive à court (1 an) et moyen-long terme (3-5 ans et au-delà) ainsi que les principales attentes que vous avez vis-à-vis de la mission IGAS/IGESR.*

### Principaux chiffres

Près de 7 millions de malentendants (10,08% de la population), 3,7 millions sont appareillables  
2,87 million sont appareillés.

Plus de 500 000 personnes sont appareillées par an (première fois et renouvellement)

93% sont appareillés en stéréo chez Ecouter Voir

Renouvellement moyen à plus de 5 ans

35% d'équipements de classe 1 vendus depuis début 2021.

### Principaux constats

Réussite de la réforme 100% santé avec 2 bémols :

- La classe 2 est moins bien remboursée que la classe 1 par les complémentaires dans 2/3 des cas alors que le RO a fait un effort sur les deux classes (contrairement à l'optique)
- La C2S est moins bien prise en charge (800€) que l'offre destinée « aux autres personnes » à 950€

Les pouvoirs publics souhaitent améliorer l'accès aux soins en audio mais il reste 3 principaux freins :

- Le maillage territorial des ORL
- Le nombre de diplômés français audioprothésistes
- La primo prescription freinée par la condition de formation des médecins généralistes.

### Principaux enjeux court terme et moyen long terme que nous détaillerons dans les réponses aux questions ci-après et Attentes du SYNAM vis-à-vis de la mission

Le synam souhaiterait que la mission puisse initier des travaux ou des évolutions des textes, notamment sur les 3 grandes thématiques suivantes :

#### 1/ Prévention/information

- **Informar la population par le biais de campagnes de prévention** pour lever les freins psychologiques à l'appareillage (campagne de prévention prévue dans l'accord 100% santé)

#### 2/ Formation des Professionnels et accès aux soins

- **Faciliter l'accès aux audioprothésistes** en augmentant le numerus clausus
- **Travailler à la réingénierie des diplômes** avec le cursus LMD à l'européenne.
  - **Harmonisation de la qualité de la formation d'audioprothésistes au niveau européen.** Faciliter la formalisation de la qualité attendue de l'enseignement dans la reconnaissance des diplômes européens par la France.
  - **Dans le cursus de formation français : nécessité de fixer des règles nationales** afin d'obtenir plus de normalisation dans les cursus de cours, le choix des maîtres de stages ....
- **Faciliter l'accès à la prescription** et permettre aux audioprothésistes d'accéder au DMP
- **Intégrer les audioprothésistes dans les centres de santé, MSP et CPTS** afin de développer des coopérations entre professionnels de santé et contribuer à l'amélioration du parcours de soins.
- **Favoriser les délégations de tâches entre les ORL, les généralistes et les audioprothésistes** en autorisant les audioprothésistes à **renouveler les équipements auditifs**

#### 3/ Nouvelles technologies, évolution des pratiques

- **Faire évoluer la législation sur l'utilisation des nouvelles technologies** applicables aux nouveaux modes de vie : Réglages à distance, téléconsultations, intervention des audioprothésistes dans les lieux de vie epadh, résidence service, domicile... : Intégration de ces nouvelles technologies dans le parcours de soins et la nomenclature (téléaudiologie)

- **Faire évoluer la législation pour permettre aux audioprothésistes d'appareiller les patients dépendants en EHPAD** sous réserve de disposer préalablement d'une prescription médicale.: Le choix de l'audioprothésiste reviendrait au patient afin d'éviter le risque de captation du patient ou de compérage
- **Tendre vers un remboursement de la classe 2 identique à celui de la classe 1** dans les 2 ans.
- **Améliorer l'accès aux soins en expérimentant l'appareillage et le suivi des personnes âgées dépendantes à domicile** par l'audioprothésiste
- **Aligner le montant des appareils vendus aux patients couverts par la CSS sur la classe 1**

### **Epidémiologie**

- *Quelle est la véritable population cible susceptible d'être appareillée ? Combien d'enfants et d'adultes reste-t-il à appareiller en France par des aides auditives ?*

3,7 millions de personnes sont appareillables

2,87 millions de personnes sont appareillées

La problématique des enfants à appareiller n'est pas liée au budget car le remboursement à 1400€ est très ancien. (Choix de certains parents de passer par le langage des signes).

Chez l'enfant (moins de 20 ans) depuis 20 ans le nombre d'appareils ne bouge pas : par an on équipe en moyenne 15 000 enfants alors que le nombre d'équipements augmente beaucoup sur la population nationale, ce qui représente avec le renouvellement 50 000 enfants appareillés. Certaines surdités sont gérées par de la chirurgie

### **Dépistage et sensibilisation de la population**

- *Quels sont les principaux besoins non couverts et les principaux problèmes posés en matière de repérage et de dépistage des troubles de l'audition chez les enfants, les adultes et les personnes âgées ? Les programmes existants (dépistage surdité néonatale, vieillir en bonne santé, PNSE 4, ICOPE, HÖRA...) sont-ils adaptés ? Quelles solutions préconisez-vous pour améliorer ce dépistage ?*

Les programmes existants cités ci-dessus ne sont pas connus et pas soutenus par les pouvoirs publics. **La vaste campagne de prévention prévue par le ministère dans l'accord du 100% santé est attendue par le SYNAM.**

**Le synam souhaite que le repérage et le dépistage à des périodes clés de la vie soit une priorité notamment dès le plus jeune âge** : il est nécessaire pour cela de renforcer les services de médecine scolaires afin qu'ils puissent réaliser des dépistages systématiques en milieu scolaire afin de détecter précocement les problèmes de surdité. Ces dépistages devraient avoir lieu à l'entrée en CP, en fin de primaire, au collège et au lycée aussi bien pour la filière générale que professionnelle. Concernant les jeunes à partir du collège, il est important de mener des actions de sensibilisation sur les risques liés à l'écoute de la musique amplifiée

Parallèlement, il serait opportun de former les équipes éducatives à repérer les signes d'une déficience auditive (en priorité en maternelle et primaire) afin qu'elles puissent alerter les services scolaires et les familles.

**Le SYNAM propose que les audioprothésistes puissent sensibiliser les familles** aux problèmes d'audition de leurs enfants, et de leurs proches en dehors du centre d'audition.

- *Quel peut être le rôle des ORL, des médecins généralistes, des audioprothésistes et d'autres professionnels de santé en la matière ?*

**Tous les acteurs sont mobilisables** mais il manque une impulsion forte des pouvoirs publics. Permettre aux audioprothésistes de faire des actions de dépistage en dehors de leur centre accentuera les démarches en place.

- *Une campagne de sensibilisation de l'impact de la surdité sur la santé (isolement, déclin cognitif) vous paraît-elle nécessaire ? Comment mieux informer le patient pour une prise en charge plus précoce ?*

**Oui elle était prévue dans l'accord 100% santé et elle est nécessaire** car le cheminement vers l'appareillage passe par la prise de conscience des seniors (plus de 55 ans) des bénéfices de l'appareillage pour lutter contre des pathologies qui peuvent être évitées ou freinées.

### **Impact du 100% Santé**

- *Quels sont les principaux impacts quantitatifs et qualitatifs du 100 % santé ? Le profil des clients appareillés et des aides auditives vendues a-t-il changé ? La croissance du volume des ventes est-elle conjoncturelle ou structurelle ?*

**La réforme vient d'être mise en place à taux plein au 1<sup>er</sup> janvier 2021 et elle remporte un large succès. C'est une réponse à l'attentisme financier.**

Aujourd'hui le nombre de patients qui étaient en attentes tend à se réduire

La croissance du volume des ventes était conjoncturelle en début d'année. 2021 est une année de rattrapage de soins non effectués en 2020 et de l'opportunité du 100% santé mais une fois passée cette année-là les appareillages devraient reprendre sur un rythme plus faible (la croissance du marché avant la réforme était de +6,8% par an depuis 2008).

- *Les enfants sourds sont-ils toujours aussi bien pris en charge après la réforme ?*

**Oui et non. La base de remboursement sécurité social n'a pas changé (1400€) mais un plafonnement a été fixé à 1700 euros pour le remboursement total.**

Les complémentaires santé ne peuvent plus rembourser au-delà de 1700€ (alors que ce plafond était de 2100€ avant la réforme) au risque de voir des produits moins performant appareiller certains enfants.

- *Le panier de la classe I est-il satisfaisant ? Idem pour la classe II ? Quelle proportion des patients a vraiment besoin d'un appareillage de la classe II ? A quelles pathologies cela correspond-il ? Serait-il nécessaire de définir les « surdités complexes », qui nécessitent de la classe II ? Comment faudra-t-il faire évoluer les paniers à l'avenir pour bien prendre en compte les évolutions techniques ?*

**Le panier I est satisfaisant et qualitatif.** La parution du panier 1 a éliminé énormément de références de produits qui n'atteignaient pas ce niveau de qualité auparavant.

Au-delà des besoins audiolologiques, le souhait d'un appareil plus performant peut relever d'une moindre fatigabilité offerte par la classe 2 ou de sa capacité à répondre à des situations complexes (80% des français) répondant aux besoins de mode de vie de chaque individu.

## **Le remboursement plus faible de la classe 2 est un frein et oriente le choix vers une classe 1.**

Classe II : pathologies citées par la HAS (document joint). Il ne nous semble pas nécessaire de définir les surdités complexes car ce n'est pas un critère suffisant. D'autres critères existent : problème de manipulation, souhait de performance dans des situations complexes...

Le SYNAM estime qu'il faudra faire évoluer les paniers lorsque l'écart classe II et classe I sera important. La réforme du 100% santé doit intégrer les évolutions des techniques dans la nomenclature en entrée mais aussi en sortie des biens qui s'avèreraient obsolètes.

L'évolution du panier 1 devra alors être concertée avec les acteurs de la filières (fournisseurs, syndicats...)

- *Avez-vous constaté une augmentation du reste à charge pour les audioprothèses de classe II ? Si oui, dans quelle proportion des cas, et quels OCAM/types de contrats de complémentaires ? Pour quels patients cela serait-il particulièrement problématique ? Faut-il fixer un plancher de remboursement des OCAM pour la classe II ?*

Non dans l'immense majorité des cas. **Les complémentaires santé ont joué le jeu de la réforme et ont augmenté la classe 1 en laissant leur remboursement des autres produits au même niveau qu'avant.**

**Le plancher de remboursement existe déjà** : c'est le ticket modérateur qui fixe le plancher de remboursement à 400€ (AMO + AMC) pour les appareils de classe 2.

Une augmentation de ce plancher permettrait de favoriser le libre choix du patient.

- *Pourquoi le tiers-payant intégral a-t-il du mal à décoller ? Quelles sont les discussions que vous avez avec l'inter-AMC ? Quelles sont les perspectives au cours des prochains trimestres ?*

**Pour le SYNAM et l'enseigne Ecouter Voir, le tiers payant intégral (classe 1 et classe 2) est réalisé dans tous les centres.**

L'amélioration des outils et la diminution de leur nombre permettrait de faciliter le travail des équipes car aujourd'hui ce sont 5 ou 6 plateformes différentes qui permettent aux audioprothésistes de faire du tiers payant. Des discussions sur ce sujet devraient être initiées avec toute l'inter AMC. Certains acteurs ont conscience du fait que le système doit évoluer.

Par ailleurs, un accès au tiers payant intégral dans et hors réseaux de soins pour tous les patients et quelle que soit leur aide auditive (Classe 1 ou classe 2) permettrait de faciliter l'accès aux soins.

**Le SYNAM souhaiterait que les audioprothésistes pratiquant le tiers payant puissent être valorisés, ce qui incitera toute la profession à faciliter cet accès aux soins.**

- *Y a-t-il des règles (bilan initial, 30 jours d'essai, devis normalisé...) à changer ?*

**Le devis normalisé doit être plus simple, dématérialisé et des anomalies doivent être corrigées**

- le patient doit cocher classe 1 ou classe 2 alors qu'il ne signe pas à ce moment. Il faudrait rajouter une signature pour le choix de l'aide auditive essayée.
- On liste des caractéristiques sur le devis mais on demande aussi de donner une fiche technique du produit. La fiche devrait suffire.

- Mettre une typographie plus grosse adaptée aux patients âgés.

### **Parcours de soins**

- Pourquoi les parcours de soins ne sont-ils pas précisément définis s'agissant des différents publics entre ORL, médecins généralistes, audioprothésistes, orthophonistes etc.. ?

Le parcours de soin passe par le médecin généraliste qui peut adresser à l'ORL ou prescrire en première intention lorsqu'il, sera formé. Sur la base d'une prescription le patient va chez l'audioprothésiste pour son équipement. Toutes les étapes de l'appareillage sont décrites dans le décret du 14 nov 2018. Ce décret comporte 5 grandes parties :

- Les indications à l'appareillage
  - qui prescrit et quand ?
  - Le rôle des fabricant
  - Le rôle des audioprothésistes
  - Les conditions de prise en charge
- Pourquoi n'y a-t-il pas de protocoles de coopération ni de protocoles organisationnels dans la filière auditive ? Quel est le fond de la question ?
  - Quels sont les problèmes de délais d'accès aux ORL et aux audioprothésistes, en zones urbaines comme en zones rurales ? Comment les limiter à l'avenir ? La mise en place du nouveau circuit pour la primo-prescription (ORL ou MG formés en otologie médicale), vous paraît-elle pertinente ?

Comparativement à l'optique il n'y a pas vraiment de problème de délais d'accès à l'ORL. En revanche le passage par le généraliste est obligatoire dans le parcours audio et dans certaines zones rurales, par manque d'ORL les patients se tournent vers leur médecin Généraliste naturellement.

### **La mise en place du nouveau circuit pour la primo-prescription (ORL ou MG formés en otologie médicale), nous paraît pertinente mais trop lourde pour les MG :**

A la mise en place du 100% santé, les ORL ont demandé que les MG soient formés à l'otologie médicale. La mise en place tardive et la complexité de cette formation laissent à penser que très peu de généralistes se formeront et s'équiperont à l'avenir.

Pourtant les généralistes sont au cœur de la relation patients (vu l'âge de ces derniers). Ils pourraient s'appuyer sur les audioprothésistes pour les prises de mesure notamment, ce qui éviterait les obligations d'achat de matériel spécifique et coûteux.

Deux possibilités :

- Attendre de voir s'il y aura assez de généralistes formés en primo prescription au risque de bloquer l'accès aux soins
- Fixer un nombre minimum de médecins généralistes formés (correspondant au taux actuel constaté par la CNEDiMTS de 23% d'e primo prescription émanant de MG). L'application de cette règle devrait être reportée d'un an ou deux puisque les généralistes n'ont pas encore commencé à se former.

**Intégrer les audioprothésistes dans les centres de santé, MSP et CPTS** afin de développer des coopérations entre professionnels de santé et contribuerait à l'amélioration du parcours de soins. Développer une approche pluridisciplinaire (ORL, audioprothésiste, gériatre, MG) pour

permettre une prise en charge plus globale des patients malentendants (en particulier, dans les zones sous-dotées) est une idée à travailler.

- *Comment faciliter et renforcer l'accès aux audioprothèses pour les personnes dépendantes, à domicile ou en EHPAD ? La vente itinérante dit-elle être autorisée à ce titre comme elle l'a été en matière visuelle ?*

Il s'agit d'un public fragile et il faut différencier le domicile et l'établissement. **Il faut donc faire attention à une réglementation de cette possible vente itinérante pour s'assurer notamment que l'audio est bien choisi par le patient et que le suivi sera bien réalisé après la vente.**

Solution la plus souple et valable à domicile ou en établissement : Le premier RDV serait maintenu dans un centre audio, ce qui permet à la famille et au patient de réellement choisir son audio et d'éviter la captation de patientèle fragile par des audio peu scrupuleux. Ensuite, l'audio pourrait assurer le suivi sur site et/ou de façon distante.

Dans les établissements uniquement (et pas à domicile) : les établissements pourraient se doter d'une pièce calme mise à disposition de l'audioprothésiste qui pourrait intervenir à la demande du patient sur validation du médecin de l'epadh. Le suivi serait ensuite réalisé comme dans le premier cas de façon physique et/ou distante.

Le renouvellement de la prothèse auditive par l'audioprothésiste pourrait être testé dans un premier temps aux personnes dépendantes ou handicapées résidants dans des EHPAD ou à domicile ou bien se faire comme pour les orthophonistes dans le cadre d'un protocole de coopération.

- *Quels aménagements devrait-on apporter aux parcours de soins en fonction des différents profils de patients ? Comment améliorer le suivi des patients par les ORL, par les audioprothésistes, par les généralistes ?*

Les parcours actuels sont satisfaisants mais les nouvelles technologies devraient y être intégrées.

**L'amélioration du suivi pourrait passer par l'intégration de RDV de suivi distanciels**, y compris pour certains rdv normés et uniquement sur demande du patient (ce qui est actuellement interdit, les réglages à distances n'étant possibles qu'en dehors des 2 RDV annuels physiques prévus au-delà de la première année)

Enfin, le développement **des coopérations entre professionnels de santé auxquelles pourraient participer les audioprothésistes (au sein des centres de santé, des CPTS et des MSP permettrait d'améliorer le parcours de soins du patient.** Développer une approche multidisciplinaire de la prise en charge des patients malentendants avec des ORL, audioprothésistes, gériatres, médecins généralistes, orthophonistes et psychologues permettrait de favoriser une prise en charge plus globale des patients malentendants en particulier dans des zones sous-dotées et de favoriser la délégation de tâches. A ce jour, on constate une faible représentation (pas de chiffres précis) des médecins ORL et des audioprothésistes dans les CPTS et MSP ; le *Rapport Charges et Produits 2022* précise qu'en moyenne 15 professionnels de santé exercent dans une MSP dont 0.3 médecins spécialistes et 8.3 professionnels dit « paramédicaux ». Au total 14200 professionnels de santé exercent en MSP dont 46% d'orthophonistes alors que le nombre d'audioprothésistes n'est pas comptabilisé.

- *Etant donné la démographie des ORL et le fait que les audioprothésistes sont amenés à réaliser les bilans initiaux au moment de l'appareillage, faudrait-il envisager une délégation systématique de cette tâche aux audioprothésistes qui pourraient (télé)transmettre le résultat aux médecins ? Faudrait-il développer la télé-expertise de l'audioprothésiste auprès des ORL ?*

La démographie des ORL est en effet inquiétante. Face à ce constat, l'apport des médecins généralistes et des audioprothésistes est important pour faciliter l'accès aux soins des français.

**L'audioprothésiste devrait pouvoir venir en appuis du médecin généraliste pour faire les tests de la primo prescription**, le généraliste se basant sur ces mesures pour établir sa prescription sans avoir l'obligation de s'équiper de matériel lourd et coûteux.

**En renouvellement, les audioprothésistes devraient à l'avenir pouvoir renouveler l'équipement au moins une fois après 4 ans avec l'ordonnance initiale** sans que le patient ait besoin de retourner voir le prescripteur mais sous réserve d'un renvoi systématique vers un ORL pour des situations pathologiques excédant son champ de compétence.

L'audioprothésiste informerait le prescripteur de ce renouvellement (l'accès au DMP faciliterait cette démarche). Le blocage d'un renouvellement minimum après 4 ans est une garantie qu'il n'y ait pas d'abus.

Ce renouvellement pourrait être réservé dans un premier temps aux personnes dépendantes ou handicapées résidant dans des EHPAD ou à domicile ou bien se faire comme pour les orthophonistes dans le cadre d'un protocole de coopération.

Dans l'évolution des compétences, les audios devraient être formés à mieux savoir détecter des pathologies nécessitant de renvoyer le patient vers l'ORL.

Les ORL et les audioprothésistes interviennent sur deux champs d'activité complémentaires mais différents. La télé-expertise ne nous semble donc pas prioritaire.

En collaboration avec d'autres professionnels de santé comme les médecins généralistes, gériatres ou même les psychologues, **l'audioprothésiste pourrait devenir un acteur de la prévention et d'éducation sur les enjeux de l'audition et sur la santé globale du patient.**

### **Compétences et formation des audioprothésistes**

- *Quelle est la situation sur le marché du travail des audioprothésistes libéraux et salariés ? Quels sont les niveaux de rémunération en début de carrière, en cours de carrière, en fin de carrière ?*

Il est encore difficile aujourd'hui de recruter un audioprothésiste formé en France.

Rémunération moyennes : Début de carrière : 40 K€ / Milieu de carrière : 55 K€/Fin de carrière : 70K€

- *Le quota actuel est-il suffisant pour répondre aux besoins du marché ? Si non, quel serait selon vous le bon quota ? Comment pourrait-on l'augmenter (création de nouvelles écoles ou augmentation des quotas des écoles existantes) ? Quels sont les principaux obstacles (financement, terrains de stage) ?*

Le numerus clausus vient d'augmenter très récemment et 300 audio sont formés à compter de cette année ce qui semblait cohérent en France avant le lancement du 100% santé.

Le SYNAM pense néanmoins que ce numerus clausus pourrait être élargi mais uniquement après étude des besoins réels.

La réglementation européenne permettant la reconnaissance des diplômes étrangers est une bonne chose pour compléter les besoins français de recrutements d'audioprothésistes mais une attention particulière doit être portée sur la qualité des formations européennes.

- *Quelles sont les principales évolutions nécessaires des compétences des audioprothésistes ? En matière de repérage/dépistage ? En matière de suivi ? En matière de renouvellement des appareillages ?*

En matière de dépistage, **l'audioprothésiste pourrait devenir un acteur de la prévention et d'éducation sur les enjeux de l'audition et sur la santé globale du patient.**

Il devrait lui être permis de partager les données du DMP pour plus de fluidité entre les acteurs.

Le SYNAM considère que les audioprothésistes devraient avoir la capacité de renouveler les appareils au-delà de 4 ans sur la base d'une ordonnance initiale et ce, maximum 2 fois.

La téléaudiologie ne nécessite pas de compétences supplémentaires de la part de l'audio si ce n'est l'utilisation du logiciel mais cette utilisation se fait déjà en présentiel dans la cabine et puisque dans la cabine l'aide auditive est déjà détectée à distance

Suivi : la nomenclature recommande 2 rdv de suivi annuels. Il serait bien de la faire évoluer pour qu'un de ces deux RDV soit autorisé en distanciel à la demande du patient.

Transfert de compétences de l'audio vers l'assistant : il serait nécessaire de travailler à la formalisation de ce qui peut être réellement délégué en dépistage ou en suivi.

- *Que pensez-vous de la formation actuelle des audioprothésistes ? Des différentes écoles existantes ? Pourquoi la formation n'offre-t-elle pas le niveau licence ? Une réingénierie de la maquette est-elle nécessaire ? Selon quelles orientations ?*

Les 9 écoles françaises dispensent un enseignement de qualité correspondant aux attentes des audioprothésistes.

Il manquerait des compétences en gestion et en communication non suffisamment développées.

Concernant le cursus LMD, l'école d'Evreux, dans ses accords avec la faculté délivre des ECTS permettant à ses étudiants d'avoir la reconnaissance du niveau licence. C'est un exemple à suivre pour les autres écoles.

En effet, **un diplôme d'état de niveau licence pour permettre aux audioprothésistes de s'inscrire dans le cadre du système européen Licence Master Doctorat.** Ce nouveau diplôme permettrait de renforcer le contenu sanitaire de leur formation, de faciliter les évolutions de carrière et de définir plus clairement leurs perspectives professionnelles avec la possibilité, à terme, d'acquérir des compétences plus larges nécessaires à l'appareillage des enfants, des patients acouphéniques, porteurs d'un implant cochléaire ou encore de faire de la recherche clinique et d'accéder ainsi à une formation de niveau Bac +5.

Une réingénierie du diplôme avait été initiée en 2013. Ce travail devrait être repris et approfondi pour s'adapter à la nouvelle nomenclature et nouvelles règles de la profession.

Idée serait d'arriver à un programme de formation unique dispensé par chacune des écoles alors qu'aujourd'hui il existe une variabilité dans l'enseignement.

La formation continue (notamment DPC) qui est obligatoire doit être renforcée.

Le SYNAM souhaite attirer l'attention de la mission sur 2 points relatifs à la formation actuelle en école d'audioprothèse.

**1/ Problème d'absence de liste nationale des maitres de stages :** il y a aujourd'hui une liste par école avec au total plus de 1000 audio maitres de stages : il faudrait une liste nationale.

Il faudrait également une règle nationale pour être habilité à devenir maitre de stage auprès des étudiants des 9 écoles. Cette règle serait basée sur la base de critères nationaux objectifs et transparents (nombre d'années d'exercice, ne pas exercer dans plus de 3 labos ...etc).

Une liste de maitres de stages devrait ensuite être établie par chaque école sur la base de ces règles communes à toutes les écoles pour choisir son maitre de stage.

Chaque commission d'admission des maitres de stages régionales ne pourrait recruter que sur ces critères. Ce n'est pas le cas aujourd'hui car les directeurs d'enseignement sont rattachés à des enseignes (impartialité ?) Tous les syndicats représentatifs devraient siéger dans chacune des commissions régionales qui choisissent les maitres de stage sur la base de critères nationaux.

Plus globalement, il est nécessaire à l'avenir d'introduire plus d'impartialité dans les instances nationales qui régissent la profession. Le Collège national d'Audioprothèse devrait s'ouvrir à tous type d'audioprothésistes, salariés sous enseigne ou indépendants.

2/ De la même façon que pour définir les critères de choix de choix au niveau national des maitres de stages, **il serait nécessaire de renforcer l'aspect « national » du cursus dans les 9 écoles :** types et nombres d'heures des cours dispensés dans chaque école.

- *Quel est votre avis sur les formations d'audioprothésistes en Espagne ? Que peut-on faire face à ce phénomène ?*

Certaines formations espagnoles sont très bien, d'autres ne sont pas du tout au niveau : exemple de l'école « Diploma – Audio Plus », Paris en partenariat avec CEU Institute of Professional Studies, Madrid qui délivre un diplôme en 1 an sur la base de cours distanciés de quelques heures par mois sans stage.

L'équivalence entre diplômes européens n'est normalement possible que s'il n'y a qu'un an de formation d'écart entre deux diplômes.

**Il faut donc intégrer les formations des étudiants étrangers mais en questionner leur qualité.** Le ministère de l'éducation nationale français devrait clarifier les équivalences avec une liste des écoles étrangères aptes à se présenter dans une commission des Directions Régionales Jeunesse et Sport pour obtenir l'équivalence. Le ministère devrait se saisir de l'analyse du contenu des études et pourrait ainsi décider la mise en place de mesures compensatoires (formation complémentaire, stage...).

- *Quels types de passerelles entre formations (médicales et paramédicales) peut-on organiser ? Idem pour les mutualisations ?*

La passerelle pourrait se faire avec la première année commune d'études de santé (en fac de médecine), comme pour des professions type kiné, ergothérapeutes...

Le système actuel parcoursup devrait être facilité pour permettre notamment à un élève bachelier +1 ou +2 +3 de pouvoir re-rentre dans le circuit.

- *Y a-t-il une place pour des masters en audiologie, sans créer nécessairement en regard une profession d'audiologiste ?*

Les études d'audio comme en Belgique pourraient évoluer vers plus de professionnalisation avec un niveau master. Ce sujet sera à aborder dans le chantier réingénierie du diplôme

- *Convient-il de créer une pratique avancée en audiologie ? Pour faire quoi ? Pour qui (infirmiers, audioprothésistes...) ? Quelles délégations de tâches sont-elles possibles et/ou souhaitables ?*

**Le diplôme actuel d'audioprothésiste avec 2 ans de cours et 9 mois de stages devrait être reconnu au niveau licence** (comme c'est le cas pour l'école d'Evreux cité précédemment). Les pratiques avancées devraient permettre d'atteindre un niveau master d'audiologie sur des spécialités.

La possibilité, à terme, devrait être donnée aux audioprothésistes qui le souhaitent d'élargir leurs compétences et **d'accéder à une formation de niveau Master Bac +5 avec des pratiques avancées telles que l'implant, les acouphènes, les enfants**. Ce ne sont pas des « spécialités » assez larges pour permettre le travail de nombreux audioprothésistes.

- *Pourquoi la France se distingue-t-elle des autres par l'inexistence d'une profession intermédiaire de santé ouverte aux audioprothésistes comme aux étudiants en médecine dans le domaine auditif ?*

Audiologiste entre le médecin et l'audioprothésiste : dans beaucoup de pays OTC qui vend au comptoir. En France nous préférons faire monter les audioprothésistes en compétences et créer une délégation de tâches vers les assistants.

Si on devait créer des audiologistes ils travailleraient plutôt avec les ORL alors qu'en France les généralistes nous semblent ne pas devoir être écartés.

- *Convient-il par ailleurs de créer une profession de techniciens en audiologie (à l'hôpital en particulier) ?*

Possibilité d'envisager l'introduction d'une profession en soutien des audioprothésistes comme des techniciens ou l'équivalent des infirmiers en pratique avancée.

Le technicien ou assistant pourrait réaliser des tâches bien définies sous la responsabilité de l'audioprothésiste.

### **Règles professionnelles**

- *Des règles professionnelles vous semblent-elles devoir être adoptées pour les audioprothésistes ? Si oui, sous quelle forme et sur quelle base ? Qu'apporteraient-elles de plus par rapport aux règles de bonne pratique ?*

**Aujourd'hui il n'existe pas de règles de bonnes pratiques professionnelles construites par la profession**. Seul un des syndicats s'est saisi du sujet et a produit ses propres règles qui ne s'appliquent qu'à ses adhérents et que le SYNAM ne partage pas en totalité.

**L'arrêté du 14 novembre 2018 établit en revanche très clairement un certain nombre de règles professionnelles.**

**Le texte de la nouvelle convention des audioprothésistes prévoit également des règles professionnelles** à adopter par les professionnels de la filière auditive (les conditions d'exercice

et les règles de bonne pratique des audioprothésistes, les modalités de délivrance des produits et prestations, les règles de communication...). Néanmoins, le Synam est favorable à un travail sur ce thème pour arriver en effet à des règles communes concertées et diffusées à toute la profession.

- *Peut-on et doit-on faire plus en matière d'encadrement de la publicité des fabricants et des audioprothésistes ? Comment le faire en respectant la réglementation européenne ? Faut-il des règles différentes en audiologie et en optique ?*

**La publicité est nécessaire pour faire connaître les aides auditives et leurs bénéficiaires au grand public.**

La publicité, lorsqu'elle n'est pas trompeuse ni agressive participe à un processus de prévention en « destigmatisant » l'aide auditive.

Les travaux effectués par la CNAMTS pour rédiger la nouvelle convention des audioprothésistes a permis de travailler le sujet de la communication en associant toute la profession. Le texte final prévoit donc des règles professionnelles à adopter par les professionnels de la filière auditive (les conditions d'exercice et les règles de bonne pratique des audioprothésistes, les modalités de délivrance des produits et prestations, les règles de communication...).

**Les règles définies pour encadrer la publicité dans la convention (qui s'appliquera en fin d'année 2021) conviennent au SYNAM qui les trouve raisonnables et respectent la réglementation.**

**Par ailleurs, la réglementation encadre bien la publicité émanant des fabricants des appareils auditifs.**

Quelle que soit la cible (le grand public et les entreprises en audioprothèse), la communication concernant les dispositifs médicaux par et pour les fabricants (marque, modèle, performance) respecte les articles R. 5213-1 à R. 5213-4 du Code de la Santé Publique sur les dispositifs médicaux de classe II. Dès lors que la publicité d'un fabricant vise le grand public afin de promouvoir une marque ou un dispositif médical, elle ne doit pas profiter directement aux audioprothésistes et ne mentionner ni leur nom ni leur adresse. Si la publicité a pour cible les audioprothésistes, elle a pour objectif de promouvoir les produits du fabricant auprès des distributeurs.

### **Modèle économique et innovation**

- *Quels sont les principaux enjeux économiques du secteur de l'audioprothèse ?*

**L'enjeu du secteur c'est de faciliter l'accès aux soins et donc d'augmenter le taux de recours.**

Pour ce faire il est indispensable d'avoir des professionnels à même de répondre à cet enjeu.

La solvabilisation de l'appareillage par les pouvoirs publics et les RC sur la classe 1 permet de répondre à cet enjeu avec du matériel de qualité et un suivi rigoureux des professionnels.

La liberté consentie sur la classe 2 permet l'équilibre économique de la profession.

- *Quelles sont les caractéristiques du marché français par rapport aux autres marchés ?*

**Implication forte des pouvoirs publics et des complémentaires dans la solvabilisation des équipements.** La TVA française sur les équipements audio est basse : 5,5%, ce qui facilite également l'accès à l'appareillage.

Italie, Belgique, suisse et Allemagne ont des systèmes similaires de solvabilisation par l'état et assurance privée mais avec des restes à charge plus importants pour les clients.

Il faut éviter d'aller vers le modèle Hollandais.

**En France les pratiques tarifaires, y compris en classe 2 sont plutôt raisonnables aujourd'hui** alors qu'en comparaison, un produit haut de gamme est facturé plus de 3000€ en Italie.

Le nul tarif existe en Allemagne et en Hollande mais cela ne porte pas sur autant de produits que la classe 1 et la satisfaction des porteurs n'est pas au RDV.

- *Quelles sont les principales stratégies des fabricants d'audioprothèses (intégration verticale, montée en gamme, diversification, développement d'assistants d'écoute, externalisation de certaines fonctions...) et comment sont-elles susceptibles d'évoluer dans les prochaines années ?*

**La montée en gamme est liée à l'évolution technologique. Elle n'engendre pas de grandes modifications de prix de vente puisqu'une nouvelle puce en chasse une ancienne. Les prix de vente des fabricants ont globalement baissé ces dernières années** comme le prix de vente au grand public.

Par exemple en 1996, lors de la sortie du premier appareil numérique, il était vendu 12 000 francs = 1800€. Aujourd'hui le plus haut de gamme vendu chez Ecouter voir est de 1600€ avec des garanties supérieures et un suivi renforcé.

Les fabricants vont en effet vers des intégrations verticales sous le prétexte de maintenir des parts de marché dans chaque pays. Cette intégration verticale pose 2 problèmes :

- Liberté de choix de l'audio au sein d'une enseigne intégrée à un fournisseur
- Financement des concurrents par les enseignes non intégrées qui achètent des aides auditives à ces fabricants = concurrence déloyale.

- *Quels sont les niveaux de marge réalisés par les distributeurs d'audioprothèse par rapport au prix de vente fabricant ?*

Dans un compte de résultat, le résultat net en audio chez Ecouter Voir oscille entre 6 et 8%.

- *Faut-il développer la vente « over the counter » (OTC) ? la vente par internet ? Si oui, avec quelles précautions ? Si non pourquoi ?*

**Non car les produits distribués aujourd'hui dans la classe 1 sont nettement plus qualitatifs.** Avec l'OTC (assistant d'écoute) le patient aurait un RAC qu'il n'a pas aujourd'hui.

L'appareillage nécessite un accompagnement initial et de suivi que ce type de vente et ce type produit ne permettent pas. Ne pas oublier que les produits se destinent à un public fragile.

**L'achat d'un appareil en vente libre (OTC) ou sur internet empêcherait le patient de bénéficier d'un dispositif personnalisé et adapté à sa perte auditive.**

- *Quels impacts vont avoir les innovations technologiques en matière de prévention, d'éducation à la santé, de prise en charge, d'appareillage et de suivi dans les 3 à 5 années à venir?*

Réglage à distance, prévention des chutes chez starkey....Ces nouvelles technologies permettent d'avoir un regard quasi quotidien sur le port de l'appareil et l'utilisation qui en est faite par les proches du patient s'il accepte de leur donner l'accès à l'application liée à ses aides auditives. Tous les capteurs santé vont éviter des frais aux pouvoirs publics (ex détection des chutes).

**Alors que l'audio n'accompagne que sur la surdité aujourd'hui, il devra coacher le patient demain sur sa santé. Son rôle va donc évoluer plus vers un coaching santé avec l'auditions au cœur du suivi.**

- *Les assistants d'écoute vont-ils prendre une importance croissante au cours des années à venir ? Laquelle ?*

**Non, ils n'ont plus de raison d'exister avec la classe 1.**

- *Pourquoi la téléaudiologie dans ses différentes dimensions (téléassistance, télébilan et diagnostic, téléconsultation, téléactes...) est-elle encore peu développée ? Quelles sont ses perspectives ?*

Au moment de l'écriture de la nomenclature (début 2018), la télé audiologie n'était pas développée.

L'article 14 de la nouvelle convention des audioprothésistes, autorise les « Consultations de suivi à distance » réalisées par un audioprothésiste pour des patients déjà appareillés et ne pouvant pas se substituer aux consultations de suivi « en présentiel » prévues par la nomenclature. Elle n'autorise le recours à la télé-audiologie que pour assurer le réglage prothétique à distance des appareils qui disposent de cette fonctionnalité (hors séances d'appareillage prévues en présentiel).

**Le SYNAM souhaiterait aller plus loin et est favorable à l'intégration de la téléaudiologie dans le parcours actuel et notamment en substituant un des 2 RDV de suivi recommandés par an après la première année en téléaudiologie**

La téléassistance (dépannage et mini réglages à distance de l'aide auditive lorsque possible) peut d'ores et déjà être mise en place.

**Des consultations à distance présenteraient un réel intérêt pour les patients en situation de dépendance ou handicapés (EHPAD, domicile) en permettant d'accéder plus rapidement à un audioprothésiste** notamment dans les zones sous-dotées en centres auditifs ou dans les centres auditifs secondaires ayant une présence réduite d'un seul audioprothésiste.

**La possibilité offerte aux audioprothésistes de réaliser des activités de télésoin<sup>212</sup> pourrait également améliorer l'accès aux soins auditifs des personnes dépendantes ou handicapées.** Ainsi, il pourrait être envisagé de proposer des consultations à distance de suivi par des audioprothésistes (3 consultations de suivi : au bout de 3 mois après l'appareillage, 6 mois après et 12 mois après).

---

<sup>212</sup> Décret no 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté et l'arrêté du 3 juin 2021 définissant les activités de télésoin ouvre la possibilité de pratiquer le télésoin aux auxiliaires médicaux dont les audioprothésistes.

- *Le couplage appareil/prestation de suivi est-il satisfaisant ? Ne pourrait-on pas le faire évoluer pour faire baisser le prix des appareillages et pour améliorer l'effectivité et la qualité du suivi ?*  
*Comment*

**Oui le couplage appareil/prestation de suivi est satisfaisant et les prix ont déjà baissé.**

Tout l'objet de la négociation du 100% santé a été un compromis trouvé qui a maintenu un suivi important et normalisé en faisant baisser le prix des produits de grande qualité.

**La prestation de suivi doit rester indissociable du prix de l'appareillage car elle s'intègre dans le service complet de l'équipement auditif du patient.** Ce couplage favorise une approche globale du service (délivrance du produit, accompagnement à l'utilisation et à l'observance, l'adaptation sur la durée de vie de l'appareil).

**La prestation de suivi est contrôlée par le passage de la carte vitale du patient.**

- *Si l'on maintient le couplage, comment améliorer significativement l'effectivité et la qualité du suivi des patients appareillés ? comment améliorer la télé-transmission concernant les prestations de suivi ?*

**Le SYNAM est favorable au passage de la carte vitale pour contrôler le suivi** et cette pratique se diffuse aujourd'hui dans la profession.

Lors de la dernière réunion de suivi du 100% santé avec la CNAMTS, cette dernière s'est dit satisfaite de l'évolution.

- o En 2019, 1 100 passages de cartes par mois,
- o en 2020 1 600 passages de cartes
- o en juin 2021 déjà 30 000 passages de cartes.

**Pour améliorer le suivi, deux possibilités existent :**

- Rendre le DMP accessible aux audioprothésistes
- Publier l'arrêté qui doit préciser les contenus des questionnaires de satisfaction prévus par la réforme du 100% santé, et ensuite les diffuser. Les résultats de ces questionnaires permettront de mesurer l'effectivité de la prestation de et de tirer les enseignements en termes de qualité de service, adéquation de la prestation au besoin.

**Développement durable**

- *Quelles sont les pratiques actuelles en matière de recyclage des audioprothèses ? Quelles pistes suggérez-vous pour assurer une mise en œuvre du 100% santé-filière auditive la plus compatible possible avec les objectifs de développement durable (recyclage des audioprothèses...)?*

L'enseigne Ecouter Voir recycle ses piles.

Les anciennes aides auditives sont également recyclées : données à une association qui, souvent, à partir de 3 aides auditives arrive à en re-fabriquer une à destination de patients du tiers monde.

Par ailleurs l'enseigne Ecouter Voir travaille sur la réduction du packaging pour limiter les déchets.

Un travail doit être menée avec les fournisseurs sur la diminution des PLV par exemple ou les matériaux utilisés dans le packaging.

**Une dématérialisation de tous les documents est à envisager.** Cette tendance évolue avec les nouvelles populations de seniors de plus en plus habitués au digital.

## Contribution de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

### Audition mission IGAS-IGESR sur la filière auditive

#### Trame de questionnement – Synthèse

## I. Présentation de la FNMF

### La FNMF en chiffres :

563 mutuelles dont 339 mutuelles santé qui couvrent 70 % des plus de 65 ans

35 millions de personnes protégées

**1er réseau sanitaire et social accessible à tous** soit plus de 2600 structures de soins et services (SSAM) répartis sur le territoire **dont** :

- 420 centres d'audition
- 750 magasins d'optique
- 46 pharmacies
- 217 EHPAD
- 182 services et antennes de soins et d'accompagnement à domicile
- 50 logements intermédiaires

### 1er acteur privé de prévention

## II. La filière auditive : les principaux chiffres, données et constats.

### 1. L'audiologie : une dépense dynamique en lien avec le vieillissement de la population

- **Les aides auditives représentent 1,4 Md€ de dépenses totales (AMO+AMC+RAC) par an en 2019** avec une dynamique importante (croissance moyenne de +6% par an)<sup>213</sup>
- Les OCAM financent **environ 36 % de la dépense** en audiologie, alors que l'AMO ne couvre que 15 % de ces frais. Les ménages concentrent, quant à eux, 49 % des montants facturés. **La dépense totale des OCAM au titre des audioprothèses (TM et dépassement) représentait 496 M€ en 2019.**
- Entre 2018 et 2019, **les dépenses prises en charge par les OCAM au titre des aides auditives** (TM et dépassement) ont augmenté de 9,18 %<sup>214</sup>. Après une année 2020 marquée par une baisse (-4.8% au titre des aides auditives), l'année 2021 semble emprunter une dynamique forte : les dépenses de janvier à mai 2021 sont en augmentation de +94% par rapport à la même période en 2019<sup>215</sup>.
- En 2019, les audioprothèses (TM et dépassement) représentaient **2 % des dépenses totales** des OCAM<sup>216</sup>.

---

<sup>213</sup> Source : Les Echos, Etudes sur le secteur et le marché de l'audioprothèse

<sup>214</sup> Travail FNMF sur les CNS

<sup>215</sup> source : enquête FNMF sur l'évolution des dépenses mutuelles pendant la crise sanitaire

<sup>216</sup> Source : Comptes Nationaux De La Santé

## 2. La réforme du 100% santé en audiologie :

La FNMF a contribué activement à la définition du périmètre, des conditions d'accès et de mise en œuvre de cette réforme.

- C'est une réforme qui rencontre un certain succès :
  - Les volumes ont augmenté de +4% (janvier –novembre 2019/2020) sur l'ensemble du marché avec une **pénétration de l'offre 100% Santé de 13 % d'équipements de classe I vendus en 2019 et de 11.5% à fin novembre 2020. Depuis le 1er janvier 2021** (date d'entrée en vigueur de l'obligation de remboursement des équipements 100% Santé par les complémentaires) le **taux de pénétration de l'offre 100% Santé est passé à 37%**.
  - L'augmentation des volumes observée entre janvier-mai 2019 et janvier-mai 2021 (+43%) semble à la fois structurelle et conjoncturelle. Depuis dix ans, le marché de l'audioprothèse est structurellement en forte croissance (environ +6.8%/an depuis 2008). L'effet conjoncturel serait dû en 2021 au phénomène du rattrapage de soins non effectués en 2020 et à un attentisme d'une partie des patients lié à la mise en œuvre de la réforme 100% santé au 1<sup>er</sup> janvier 2021.
  - Entre janvier et mai 2021, nous observons une légère augmentation des tarifs des équipements du panier classe II depuis la mise en place de la réforme 100% Santé : le prix moyen des appareils auditifs de classe II était de 1536€ contre 1516€ en 2020. Cependant, nous ne disposons pas encore d'éléments nous permettant d'apprécier l'évolution du reste à charge.
  - **L'impact AMC estimé de la réforme 100% santé en audiologie sur 4 ans (2019-2022) : 270 millions d'€ (chiffage initial)**
- C'est une réforme qui a permis d'octroyer à l'audiologie une place plus importante dans la stratégie nationale et locale de la santé dont l'un des objectifs est d'améliorer l'accès aux soins et de réduire le reste à charge. Afin que l'audiologie s'inscrive pleinement dans cette stratégie, il conviendrait de mettre en place des **mesures en faveur de la prévention et de la réduction des inégalités territoriales de santé** conformément aux autres objectifs de la stratégie<sup>217</sup>.
- C'est une réforme qui vise principalement à répondre au renoncement à l'équipement en définissant et en solvabilisant un panier sans reste à charge au périmètre large et qualitatif.

**S'agissant de l'adéquation des équipements du panier classe I avec les besoins de la population**, au vu du fort taux de recours du panier de classe I, le périmètre de ce panier paraît être adapté à la majorité des situations de la vie courante et des besoins médicaux.

**Sur le principe, la Mutualité Française n'est pas opposée à une révision du panier de la classe I afin d'y inclure certaines aides de la classe II dans l'objectif d'apporter une couverture intégrale du besoin médical par le panier de la classe I.**

**S'agissant des équipements du panier de classe II, la Mutualité Française est opposée à l'alignement du plancher de remboursement de la classe II sur le niveau du remboursement de la classe I car :**

- Il existe déjà un plancher de remboursement : le **ticket modérateur**. Il situe le plancher de remboursement à 400€ (AMO + AMC). Le montant obligatoirement pris en charge par un contrat responsable est passé de 80€ (avant 2021) à 160€ par aide auditive depuis 2021.
- Dès lors qu'il existe des aides auditives qui répondent aux besoins médicaux, l'augmentation du plancher de prise en charge pour d'autres prothèses n'est pas fondée. Selon les garanties choisies par les assurés, il demeure possible de disposer d'un niveau de prise en charge plus important sur la classe II, sans que cela soit obligatoire pour tous les contrats.
- L'alignement du plancher conduirait automatiquement au renchérissement des garanties des contrats et par conséquent à une hausse de cotisations. Cette hausse concernerait tout particulièrement les contrats « entrée de gamme » et augmenterait le risque de renoncement à une couverture de complémentaire santé

---

<sup>217</sup> Outre les mesures dont l'objectif est de limiter les dépenses restant à charge, la Stratégie nationale de santé 2018-2022 prévoit des mesures visant à lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de soins, à garantir l'accès aux soins sur l'ensemble des territoires, impliquer des acteurs de terrain en les laissant libre de développer « des projets adaptés aux spécificité de leur territoire » afin de remédier au problème d'accessibilité à l'offre de santé.

- Les réseaux de soins<sup>218</sup> sont également un levier pour faire réduire le reste à charge des appareils auditifs ; ils contribuent depuis de nombreuses années à faciliter l'accès aux soins en proposant des tarifs d'appareils auditifs inférieurs au prix moyen du marché<sup>219</sup>.

### 3. Une conjonction de facteurs de tension qui fragilise l'accès aux soins auditifs.

#### ➤ 1<sup>er</sup> facteur : le renforcement des conditions de primo-prescription.

La réforme 100% prévoit un renforcement des conditions de **primo-prescription des appareils auditifs** ; la prescription ne pourra être établie à compter du 31/12/2021<sup>220</sup> que par les médecins ORL ou par les médecins généralistes dont le parcours de développement professionnel continu (DPC) en « otologie médicale » sera attesté par le Collège de médecine générale.

**Le renforcement des conditions de prescription risque d'être un facteur de retard dans la détection des troubles auditifs et dans la prise en charge des patients.**

#### ➤ 2<sup>ème</sup> facteur : les effectifs insuffisants des prescripteurs et la répartition hétérogène des audioprothésistes sur le territoire

L'évolution des effectifs des médecins ORL et des médecins généralistes n'est pas proportionnelle à l'accroissement de la demande due au vieillissement de la population :

- Le nombre des médecins ORL est en baisse et leur répartition inégale sur le territoire ; en 2021, on compte 3023 médecins ORL<sup>221</sup> avec une densité moyenne de 4.51 médecins pour 100 000 habitants (dans certaines régions : 1.5 médecins ORL). On estime que la population des ORL diminuera dans les années à venir ; presque 40% des ORL exerçant actuellement auront cessé leur activité et leur nombre chutera à 2516 en 2026.
- Dans certaines zones sous-dotées en ORL, le patient se tourne naturellement vers son médecin traitant pour obtenir une prescription d'appareillage auditif. Toutefois, les effectifs des médecins généralistes progressent faiblement : en 2020, leur nombre est de 101 355 et atteindra 103 179 en 2030<sup>221</sup>.

Bien qu'en constante progression, la population des audioprothésistes est répartie sur le territoire d'une manière très hétérogène :

- Le nombre des audioprothésistes a augmenté entre 2007 et 2018 (en moyenne de 5% /an). En 2021, on compte 4 125 audioprothésistes et leur population atteindra 5 751 en 2051.
- La densité moyenne des audioprothésistes sur le territoire est de 6.15 par 100 000<sup>221</sup> avec une forte concentration sur les régions IDF, PACA, Auvergne-Rhône Alpes (9 audios en moyenne contre 3 dans certaines régions).

Compte tenu des difficultés d'accès à un audioprothésiste dans certaines zones, **la Mutualité Française est favorable à une meilleure répartition des audioprothésistes sur le territoire afin de répondre aux besoins de la population et de faciliter l'accès aux soins.** Des mesures incitatives pourraient être prévues par les pouvoirs publics comme c'est le cas pour les orthophonistes<sup>222</sup>. **La Mutualité Française n'est pas opposée à une augmentation du numéris clausus des audioprothésistes si cela contribue à faciliter l'accès aux soins auditifs.**

<sup>218</sup> Constitué par un ou plusieurs organismes complémentaires, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, il conclut avec des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé des conventions (loi LE ROUX) visant à offrir aux bénéficiaires de ces complémentaires un accès à des produits, à des prestations ou à des soins à des tarifs préférentiels.

<sup>219</sup> Le rapport IGAS « Les réseaux de soins », juin 2017 indique un écart de 10 % de prix moyens constatés entre le hors réseau et les réseaux

<sup>220</sup> L'entrée en vigueur de cette disposition a été reportée (pour la 3<sup>ème</sup> fois) au 31/12/2021 : instruction interministérielle n°DSS/SD1C/2020/125 du 20/07/2020 relative à la prise en charge des aides auditives dans le cadre de la réforme 100% Santé

<sup>221</sup> Données et projections DREES

<sup>222</sup> L'avenant 16 à la convention nationale des orthophonistes prévoit 4 contrats incitatifs avec des aides financières pour les praticiens souhaitant s'installer dans les zones sous-denses

### III. Principaux enjeux pour la filière auditive

#### Les enjeux à court terme :

- 1. Sensibiliser la population aux troubles de l'audition par le biais d'actions de prévention auprès d'une population large (enfants, adolescents, adultes en activité ou retraités), et déstigmatiser afin de lever les freins psychologiques.**

Les troubles auditifs sont un facteur de perte d'autonomie et d'isolement social. Le port d'aides auditives permettrait par exemple de prévenir la démence (à lui seul, l'appareillage permettrait d'éviter 8 % de cas de démence soit 20 % de la totalité des cas évitables)<sup>223</sup>.

D'après l'OMS, « d'ici 2050, près de 2,5 milliards de personnes vivront avec un certain degré de perte auditive, dont au moins 700 millions auront besoin de services de réadaptation. L'inaction sera coûteuse en termes de santé et de bien-être des personnes touchées, outre les pertes financières découlant de leur exclusion de la communication, de l'éducation et de l'emploi »<sup>224</sup>. Face à ce constat, **les mutuelles sont prêtes à prendre toute leur place dans les actions de communication, de sensibilisation** et à jouer un rôle de relais des mesures de prévention qui pourraient être instaurées par les pouvoirs publics telles que :

- **Une campagne nationale de sensibilisation sur les risques auditifs** en adaptant les messages selon les publics et les milieux de vie.
  - Des messages pédagogiques pour sensibiliser la population **aux aides techniques (prothèses auditives) afin de lever les freins psychologiques et informer sur le 100% santé.**
  - **Des repérages et dépistages à des périodes clés de la vie et dès le plus jeune âge via les actions suivantes :**
    - Le repérage des signes d'une déficience auditive (en priorité en maternelle et primaire) par les équipes éducatives formées afin qu'elles puissent alerter les services scolaires et les familles.
    - Les dépistages systématiques en milieu scolaire (à l'entrée en CP, en fin de primaire, au collège et au lycée) par les services de médecine scolaires
    - Un bilan auditif proposé à toute personne âgée en GIR 4 et GIR 5 afin de limiter les risques essentiels de la dégradation de l'état de santé des personnes âgées liés à la perte de l'audition (arrêt progressif des activités, des relations sociales qui mènent à la longue à l'isolement et au repli sur soi)
    - Des dépistages pour les salariés des filières professionnelles soumises à des risques auditifs comme le BTP par exemple.
- 2. Former davantage les médecins traitants au dépistage des troubles de l'audition dans le cadre de leur formation initiale et continue et mettre en place rapidement le DPC pour permettre aux médecins généralistes de diagnostiquer et faire de la primo prescription<sup>225</sup>.**

Les médecins traitants doivent être en capacité d'identifier dans le cadre d'un dépistage la nécessité d'un appareillage ; de prescrire en première intention des appareils auditifs<sup>226</sup> en l'absence de contre-indication médicale ; de mieux orienter les patients vers un médecin ORL en cas de besoin. Le médecin traitant pourrait également être un vecteur important d'informations relatives à la prévention et la promotion de la santé auditive comme une composante de la santé dans sa globalité.

<sup>223</sup> Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission : 40% des cas de démence pourraient être évités ou retardés en ciblant 12 facteurs de risque modifiables, le déficit auditif est le 1er d'entre eux <https://www.thelancet.com/commissions/dementia2020>

<sup>224</sup> Rapport mondial sur l'audition - mars 2021

<sup>225</sup> La primo prescription et le renouvellement de l'appareillage pour les enfants de < 6 ans ne peuvent être assurés que par un médecin ORL. Le renouvellement de l'appareillage est quant à lui autorisé par tout médecin généraliste ayant suivi une formation en otologie pour les adultes et les enfants de plus de 6 ans.

<sup>226</sup> D'après une étude ORL réalisée en février 2020, dans le cadre de la réforme 100% santé «Connaissance & impact sur les pratiques des ORL» (140 ORL interrogés) les médecins ORL n'orienteraient vers l'appareillage que 31% de patients souffrant de problèmes d'audition

S'agissant du DPC, il semblerait qu'à ce jour, il n'ait toujours pas démarré alors que les dispositions de la réforme 100 % Santé relatives aux conditions de délivrance d'une primo-prescription médicale pour un appareil auditif devraient entrer en vigueur au 01/01/2022. Le retard du démarrage du DPC repousse dans le temps la possibilité pour les médecins généralistes d'effectuer la primo prescription et serait **facteur de retard dans la détection et la prise en charge des patients**.

### 3. Améliorer l'accès aux soins en expérimentant l'appareillage et le suivi des personnes âgées dépendantes en EHPAD par l'audioprothésiste sous réserve de disposer préalablement d'une prescription médicale :

A l'instar des protocoles de coopération<sup>227</sup> mis en place dans la filière visuelle, **le dispositif de coopération entre professionnels de santé pourrait être appliqué entre médecins ORL ou généralistes formés et audioprothésistes**. Il permettrait d'assurer une meilleure prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, résidant en EHPAD ou à domicile. Le recours aux audioprothésistes (pour réaliser certains tests, diagnostiquer des troubles auditifs, réaliser des otoscopies et audiométries par exemple) et aux médecins généralistes formés permettrait d'améliorer l'accès aux soins auditifs.

L'appareillage des personnes en EHPAD, nécessiterait une adaptation du cadre législatif<sup>228</sup> de l'exercice du métier d'audioprothésiste en dehors de son établissement afin d'éviter toute dérive «mercantile». Aujourd'hui l'appareillage n'est autorisé qu'au sein d'un local<sup>229</sup> réservé et aménagé à cet effet.

### 4. Mettre en place un suivi de l'observance des patients quant à l'utilisation de leur équipement auditif.

L'inobservance met en péril l'efficacité de l'appareillage et constitue un des points de rupture dans le parcours de santé. Le suivi de l'observance devrait être effectué par l'audioprothésiste **via les questionnaires de satisfaction prévus par la réforme du 100% santé** sous réserve de publication de l'arrêté qui doit en préciser les contenus. Les résultats de ces questionnaires permettraient de mesurer l'effectivité de la prestation de suivi, de contribuer au suivi de la bonne observance, de tirer les enseignements en termes de qualité de service et d'adéquation de la prestation au besoin.

### 5. Rendre le DMP accessible aux audioprothésistes

Actuellement, seul le compte-rendu de l'appareillage doit être transmis au médecin prescripteur, aucun retour n'est fait suite à la réalisation des rendez-vous de suivi post-appareillage<sup>230</sup>. L'accès au DMP permettrait de mieux encadrer le suivi et la transmission des comptes rendus au prescripteur et de partager les informations avec d'autres professionnels intervenants dans le parcours de soins du patient.

<sup>227</sup> En application de l'article 66 de la LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé : protocoles de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes (bilan visuel réalisé par l'orthoptiste salarié ou libéral exerçant dans le même cabinet que l'ophtalmologiste et en son absence pour le renouvellement/adaptation des corrections optiques des 6-15 ans et des 16-49 ans) jusqu'à l'inscription de leurs actes sur la liste des actes et prestations

<sup>228</sup> Au regard de l'article L.4361-6 du Code de la Santé Publique l'activité itinérante de l'appareillage est strictement interdite.

<sup>229</sup> Art. D4361-19 du CSP : soit dans un cabinet et une cabine insonorisée, soit une salle de mesures audioprothétiques d'un volume utile minimum de quinze mètres cubes. Dans les deux cas, le bruit ne doit pas excéder un certain nombre de décibels et un certain temps de réverbération. Le local doit également comprendre une salle d'attente et un laboratoire en cas de fabrication d'embouts ou de coques.

<sup>230</sup> au 3ème, 6ème et 12ème mois

Les enjeux à moyen et long terme :**1. Faire évoluer le cursus de formation des audioprothésistes :**

En établissant, à la place du BAC+2, un diplôme d'état de niveau licence on offrirait aux audioprothésistes la possibilité de s'inscrire dans le cadre du système européen Licence Master Doctorat. Ce nouveau diplôme permettrait de renforcer le contenu sanitaire de la formation, faciliter les évolutions de carrière et définir plus clairement les perspectives professionnelles des audioprothésistes. A terme, il offrirait la possibilité d'élargir leurs compétences et d'accéder à une formation de niveau Bac +5.

**2. Favoriser les délégations de tâches entre ORL/MG et audio.**

Les audioprothésistes pourraient être autorisés, sous certaines conditions, à **renouveler les équipements auditifs**. Le renouvellement pourrait être :

- effectué en adaptant la prescription initiale et sous réserve d'un renvoi systématique vers un ORL pour des situations pathologiques excédant son champ de compétence.
- réservé dans un premier temps aux personnes dépendantes ou handicapées résidants dans des EHPAD ou à domicile ou bien se faire comme pour les orthophonistes dans le cadre d'un protocole de coopération.

**3. Intégrer les audioprothésistes dans les centres de santé, MSP et CPTS**

Le développement des coopérations entre professionnels de santé et une approche pluridisciplinaire (ORL, audioprothésiste, gériatre, MG) favoriserait une prise en charge plus globale des patients malentendants (en particulier, dans les zones sous-dotées). Le **parcours de soins du patient** serait ainsi amélioré.

En collaboration avec d'autres professionnels de santé **l'audioprothésiste pourrait devenir un acteur de la prévention et d'éducation sur les enjeux de l'audition et sur la santé globale du patient.**

**4. Favoriser le recours à la téléconsultation et au télésoin dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins auditifs:**

Sous réserve d'une modification réglementaire, les audioprothésistes pourraient être autorisés à :

- appareiller les patients dépendants en EHPAD en ayant recours à des téléconsultations (ORL) pour obtenir une prescription médicale. Cette téléconsultation pourrait se dérouler en présence d'un audioprothésiste (pour effectuer un audiogramme) dans une cabine adaptée et équipée à cet effet au sein de l'établissement. Le choix du médecin ORL et de l'audioprothésiste reviendrait au patient afin d'éviter le risque de captation du patient ou de compéage.
- proposer des consultations à distance de suivi (3 consultations de suivi post appareillage : au 3<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> mois) uniquement pour les patients en situation de dépendance ou handicapés (notamment dans les zones sous-dotées en centre auditifs ou dans les centres auditifs secondaires ayant une présence réduite d'un seul audioprothésiste). Un élargissement des activités de télésoins<sup>231</sup> serait alors nécessaire.

**5. Rendre obligatoire la pratique du tiers payant par les professionnels de l'audition.**

Contrairement aux complémentaires santé, les audioprothésistes n'ont actuellement pas l'obligation d'appliquer le tiers payant. En effet, à compter de 2022, les contrats responsables devront obligatoirement permettre le bénéfice du tiers payant sur la totalité de la dépense pour les biens relevant du 100% Santé. Cette mesure devrait contribuer à améliorer la part des flux réalisés en TP mais en l'absence d'obligation pour les

---

<sup>231</sup> Décret no 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté et l'arrêté du 3 juin 2021 définissant les activités de télésoin ouvre la possibilité de pratiquer le télésoin aux auxiliaires médicaux dont les audioprothésistes

professionnels de santé, l'objectif de la réforme visant à lever le frein économique ne sera pas pleinement atteint.

#### **IV. Points de vigilance sur les nouvelles modalités de vente des aides auditives, encadrement de la publicité**

##### **1. Nouvelles modalités de vente des aides auditives : « over the counter », par internet**

La pratique de l'audioprothésiste consiste à assurer « 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 ». Cette pratique ne peut avoir lieu que dans le local réservé à cet effet et aménagé selon des conditions fixées par L. 4361-6, D. 4361-19 et D. 4361-20 du Code de la Santé Publique (art.13 de la nouvelle convention des audioprothésistes).

Par ailleurs, la délivrance d'un appareil auditif et sa prise en charge par l'Assurance Maladie et par les OCAM sont subordonnées à la prescription médicale. L'efficacité de l'appareillage d'un malentendant est conditionnée par le choix d'un appareil adapté aux besoins de correction auditive du patient et à ses attentes.

**L'achat d'un appareil en vente libre (OTC) ou sur internet empêcherait donc le patient de bénéficier d'un dispositif personnalisé et adapté à sa perte auditive.**

##### **2. Encadrement de la publicité des fabricants et des audioprothésistes**

**La publicité** sur les aides auditives prévue par la nouvelle convention (art.15<sup>232</sup>) n'est pas soumise à autorisation préalable. Par ailleurs, le contrôle de cette publicité est effectué a posteriori par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Pour renforcer l'encadrement de la publicité sur les dispositifs médicaux, une évolution législative<sup>233</sup> serait nécessaire.

La réglementation en vigueur encadre bien la publicité émanant des fabricants des appareils auditifs ; quelle que soit la cible (le grand public et les entreprises en audioprothèse). La communication concernant les dispositifs médicaux par et pour les fabricants respecte les articles R. 5213-1 à R. 5213-4 du Code de la Santé Publique sur les dispositifs médicaux de classe II. Dès lors que la publicité d'un fabricant vise le grand public afin de promouvoir une marque ou un dispositif médical, elle ne doit pas profiter directement aux audioprothésistes et ne mentionner ni leur nom ni leur adresse. Si la publicité a pour cible les audioprothésistes, elle a pour objectif de promouvoir les produits du fabricant auprès des distributeurs.

---

<sup>232</sup> La publicité doit « concourir à la qualité », « elle ne saurait être trompeuse », elle doit être « loyale et objective dans sa présentation comme dans son contenu ». Par ailleurs, l'entreprise en audioprothèse doit informer le public de manière neutre et objective qu'elle applique le dispositif 100% Santé.

<sup>233</sup> Articles L. 5213-1 et suivants du Code de Santé Publique