

Évaluation de la filière auditive

Tome 1 : Rapport

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

SYNTHÈSE

La filière auditive, qui prend en charge un handicap sensoriel frappant des millions de Français, notamment les plus âgés, était jusque récemment une composante du système de santé moins connue que d'autres. Elle repose essentiellement, pour le traitement et l'appareillage des patients âgés atteints de presbycousie, sur l'activité de 2 800 Oto-rhino-laryngologistes (ORL), de plusieurs dizaines de milliers de médecins généralistes et de 4 400 audioprothésistes (paramédicaux). Elle représente des financements socialisés d'un montant supérieur à un milliard d'euros par an, mobilisés principalement par l'assurance maladie complémentaire et, dans une moindre mesure, par l'assurance maladie obligatoire.

La filière auditive est confrontée depuis quelques années à de rapides changements, dus principalement à la réforme du 100 % Santé mais aussi aux évolutions technologiques, à la concurrence entre distributeurs d'aides auditives et à la démographie préoccupante des ORL.

C'est dans ce contexte que les ministres de la santé et de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ont demandé, par lettre de mission du 25 mars 2021, que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGESR) diligentent une mission d'évaluation de la mise en œuvre du 100 % Santé, de l'évolution des modes d'exercice et des pratiques professionnelles. En lien avec les commanditaires, la mission a écarté de son champ d'évaluation les questions de santé publique liées aux surdités de naissance, aux surdités profondes, aux surdités professionnelles et à la prévention, au dépistage et à la prise en charge des enfants ainsi que le recyclage des audioprothèses. Toutes ces questions mériteraient un rapport d'évaluation spécifique. Les travaux de la mission se sont donc concentrés sur les résultats du 100 % Santé, l'organisation des professions et la prévention, le dépistage et l'appareillage des patients atteints de presbycousie ainsi que leurs parcours de soins et, enfin, la formation des ORL ainsi que celle des audioprothésistes.

La première partie du rapport montre que la réforme du 100 % Santé a eu un fort impact quantitatif à partir de 2021 mais que ses effets qualitatifs sont incertains. Réforme globale et ambitieuse de la prise en charge des aides auditives, le 100 % Santé a été mis en œuvre graduellement et la croissance du volume des ventes d'aides auditives, plus forte qu'attendue si l'on en juge par les chiffres du premier semestre 2021 (+70 %), est intervenue tardivement. La part des aides auditives 100 % Santé, sans reste à charge pour les patients, dites de classe I (40 %), a dépassé également les attentes des acteurs du marché.

Les effets qualitatifs de la réforme sont, pour leur part, difficiles à évaluer à ce stade. S'il ne semble pas y avoir eu de changement majeur du profil des patients, de l'organisation de la filière ni du rôle des acteurs, il n'est pas possible de déterminer si le suivi est effectué correctement ou non, en raison notamment du mode de financement de l'activité des audioprothésistes. L'observance et la satisfaction des personnes appareillées ne sont pas davantage connues. Le rapport souligne les risques de dérive qui en résultent et appelle à mieux surveiller les pratiques promotionnelles, à contrôler plus efficacement le respect de la réglementation et à renforcer le suivi de l'appareillage par les audioprothésistes. Parmi les recommandations prioritaires figurent la mise en place d'un questionnaire de satisfaction simplifié, le lancement d'une campagne de contrôle des audioprothésistes par les Agences régionales de santé (ARS), au titre des règles professionnelles, et les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), au titre de la facturation, la télétransmission systématique et obligatoire des prestations de suivi juste après leur réalisation et l'extension aux

appareils de classe II (à tarifs libres) de l'obligation du tiers payant intégral pour les Organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM), dans des conditions à définir au niveau réglementaire. La mission préconise également, sous conditions, d'activer la clause d'abaissement du prix limite de vente des appareils de classe I à la fin du premier trimestre 2022 puis d'engager une négociation globale sur les caractéristiques du 100 % Santé à partir du deuxième semestre 2022.

La deuxième partie du rapport montre que la réforme agit comme un révélateur des enjeux auxquels la filière auditive est confrontée. Alors que les données disponibles en matière épidémiologique et d'usage en vie réelle sont peu nombreuses et parfois incohérentes, les actions en matière de prévention et de dépistage sont encore limitées dans le domaine de la presbycusie, qui est un enjeu insuffisamment reconnu de santé publique. À cet égard, le rapport recommande en priorité de proposer à toute personne atteignant son cinquante-cinquième anniversaire de réaliser un test d'audition. Pour pallier les difficultés liées à la démographie des ORL et le risque d'allongement des délais de rendez-vous, le rapport préconise également de reporter la date d'entrée en vigueur de l'obligation pour les médecins généralistes d'une formation en otologie médicale pour être autorisés à prescrire des appareils auditifs jusqu'à ce qu'un nombre suffisant d'entre eux soient formés et équipés.

Le rapport analyse aussi la question des tensions sur le marché du travail des audioprothésistes et l'intérêt de préciser leurs compétences et leurs règles professionnelles dans des textes réglementaires. Il pointe la formalisation insuffisante des parcours de soins et plaide notamment pour l'expérimentation d'un protocole adapté pour les personnes âgées dépendantes ayant un déficit de mobilité.

La troisième et dernière partie du rapport appelle à une évolution rapide de la formation des ORL et des audioprothésistes. Les ajustements de la formation des ORL devraient prioritairement viser à renforcer l'attractivité de la pratique médicale de l'ORL en créant notamment au sein du Diplôme d'études spécialisées (DES) un parcours centré sur l'audiologie et les explorations fonctionnelles ainsi qu'une Formation spécifique transversale (FST) en audio-vestibulométrie. S'agissant de la formation des audioprothésistes, dont la maquette n'a pas connu d'évolution depuis vingt ans, la réingénierie du diplôme d'État est désormais urgente. Elle devrait aller de pair avec la reconnaissance du grade de licence, le développement d'une offre de masters spécialisés et le renforcement des mutualisations et des passerelles avec les autres formations paramédicales. Le rapport recommande également l'assouplissement des modalités de réalisation des stages et l'harmonisation à l'échelle nationale des critères d'agrément des maîtres de stage. Afin de tempérer le recours aux formations semi-présentielles en Espagne qui, quoique conforme au droit européen, a pris une extension considérable, et pour faire face à la demande d'audioprothésistes sur le marché, le rapport préconise une augmentation du nombre de diplômés en France. Cela passe par un relèvement significatif du quota de places ouvertes à l'entrée des écoles, de l'ordre de 150 à 200 places, en accompagnant les universités souhaitant ouvrir de nouvelles formations initiales, et par le développement des différents dispositifs de la formation continue (pour les salariés).

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Partie 1 : 100 % Santé				
1	Prévoir un reversement par les audioprothésistes d'une partie du forfait en fonction de la matérialité du suivi	2	DSS/CNAM	2023
2	Normaliser le compte-rendu d'appareillage audioprothétique et rendre obligatoire sa transmission	2	DSS/DGOS/CNAM	2 nd semestre 2022
3	Mettre en place un questionnaire de satisfaction simplifié, court et facilement administrable à des personnes âgées	1	DSS	1 ^{er} semestre 2022
4	Lancer une campagne de contrôles conjoints des audioprothésistes par les CPAM-ARS	1	CNAM/DGOS/SGMAS	1 ^{er} semestre 2022
5	Renouveler la campagne de contrôle de la DGCCRF sur les audioprothésistes	2	DGCCRF	2023
6	Prévoir une télétransmission systématique et obligatoire, en présence du patient, des prestations de suivi juste après leur réalisation	1	DSS/CNAM	1 ^{er} semestre 2022
7	Créer pour les patients un droit opposable à deux rendez-vous de suivi annuels à partir de la deuxième année suivant l'appareillage	2	DSS	2022
8	Enclencher la clause d'abaissement du prix limite de vente des appareils de classe I à 900 € puis engager une négociation globale sur les caractéristiques du 100 % Santé dans la filière auditive	1	DSS	Fin trimestre 2022 puis 2 nd semestre 2022
9	Étendre l'obligation pour les OCAM du tiers payant intégral aux appareils de classe II et définir au niveau réglementaire des spécifications techniques permettant d'assurer son effectivité	1	DSS	PLFSS 2022 puis 1 ^{er} semestre 2022
Partie 2 : Principaux enjeux de la filière				
10	Mettre en place un suivi régulier de l'épidémiologie des déficiences auditives, et notamment de la presbycusie	3	DGS/SPF	2022/2023
11	Proposer à toute personne atteignant son 55 ^{ème} anniversaire de réaliser un test d'audition	1	DGS/CNAM	2022/2023
12	Lancer les travaux d'élaboration d'une stratégie pluriannuelle sur l'audition, intégrée dans la stratégie nationale de santé et le plan national de santé publique	3	DGS/DGOS	2022
13	Favoriser le travail aidé en faveur des ORL libéraux et permettre la délégation de tâches simples des ORL aux infirmiers dans les zones sous-denses	2	DGOS	2022
14	Mettre en place des expérimentations pour soutenir le développement de la télé-audiologie, en commençant par les zones sous-denses et les EHPAD	2	DSS/DGOS/CNAM	2022
15	Reporter la date d'entrée en vigueur de l'obligation, pour les médecins généralistes, d'une formation en otologie médicale jusqu'à ce qu'un nombre suffisant d'entre eux soient formés	1	DSS/DGOS	Décembre 2021
16	Préciser par décret les compétences respectives des audioprothésistes et des assistants audioprothésistes	2	DGOS	2022
17	Prendre un décret en Conseil d'État fixant les règles professionnelles des audioprothésistes	2	DGOS	2022/2023

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
18	Définir plusieurs parcours de soins types, notamment pour les patients atteints de presbyacousie et pour les patients atteints par différentes formes de surdité complexe	2	DGOS/DGS/ HAS	2022
19	Désigner un « référent audition » pour un EHPAD ou un groupe d'EHPAD au sein d'un territoire donné qui pourra former les personnels aux enjeux liés à l'audition et au port des aides auditives	3	DGCS	2023
20	Exp�rimer la mise en place d'un protocole adapté au dépistage, à l'appareillage et au suivi des personnes âgées dans l'incapacité de se déplacer	2	DSS/DGOS/ CNAM	2022
Thème 3 : Formation				
21	Renforcer l'attractivité de la pratique médicale de l'ORL en créant au sein du DES un parcours centré sur l'audiologie et les explorations fonctionnelles ainsi qu'une FST en audio-vestibulométrie	2	DGESIP/DGOS	Rentrée universitaire 2022
22	Développer une filière médicale en ORL <i>via</i> la création de postes de post-internat et d'enseignants-chercheurs spécialisés en audiologie	2	DGRH/DGESIP/ DGOS	2023
23	Engager les travaux de réingénierie du diplôme d'état d'audioprothésiste sur la base d'un référentiel d'activité et de compétences	1	DGESIP/DGOS	1 ^{er} semestre 2022
24	Achever l'universitarisation de la formation des audioprothésistes en permettant au diplôme d'état de conférer le grade de licence et en développant une offre de masters spécialisés	1	DGESIP/DGOS Universités	2022
25	Développer des formations communes aux audioprothésistes et � d'autres professions paramédicales ainsi que des passerelles permettant à des étudiants inscrits dans des filières scientifiques d'intégrer la 2 ^{�me} année d'études d'audioprothésiste et à des étudiants en audioprothèse de poursuivre en �cole d'ingénieur ou en 1 ^{er} cycle d'études de santé	2	DGESIP/DGOS Universités	Rentrée universitaire 2022
26	Adapter les modalités de réalisation des stages prévus dans le cadre de la formation des audioprothésistes et harmoniser à l'échelle nationale les critères d'agrément des maîtres de stage	1	DGESIP/DGOS	1 ^{er} semestre 2022
27	Définir au niveau national des critères en matière de mesures compensatoires et constituer au niveau régional une liste unique de maîtres de stage	3	DGESIP/DGOS	2022
28	Procéder à un relèvement temporaire du quota de 150 à 200 places en accompagnant les universités qui souhaitent ouvrir de nouvelles formations	1	DGESIP/DGOS	1 ^{er} semestre 2022
29	Sécuriser et développer l'accès au diplôme d'état d'audioprothésiste par la voie de l'apprentissage	2	DGESIP/DGOS/ DGEFP	1 ^{er} semestre 2022
30	Développer la formation continue pour les salariés qui souhaitent accéder au diplôme d'état d'audioprothésiste et ajuster en conséquence le quota de places ouvertes en formation initiale	1	DGESIP/DGOS/ DGEFP	1 ^{er} semestre 2022

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	5
RAPPORT	9
1 LA REFORME DU 100 % SANTE A EU UN FORT IMPACT QUANTITATIF A PARTIR DE 2021 MAIS SES EFFETS QUALITATIFS SONT INCERTAINS	11
1.1 UNE REFORME VOLONTARISTE, COMPLEXE ET PLEINEMENT MISE EN ŒUVRE DEPUIS MOINS D'UN AN	11
1.1.1 <i>Une réforme globale et ambitieuse de la prise en charge des aides auditives</i>	11
1.1.2 <i>Une réforme complexe et mise en œuvre graduellement</i>	13
1.2 UN IMPACT QUANTITATIF TARDIF MAIS PLUS FORT QU'ATTENDU.....	15
1.2.1 <i>Une forte croissance des volumes de ventes</i>	15
1.2.2 <i>Une part des aides auditives de la classe I très importante</i>	16
1.2.3 <i>Une combinaison de facteurs de croissance structurels et conjoncturels</i>	17
1.2.4 <i>Des remboursements AMO et AMC qui augmentent fortement en dépit de prix orientés à la baisse</i>	17
1.3 DES EFFETS QUALITATIFS DIFFICILES A EVALUER	18
1.3.1 <i>Aucune évolution majeure du profil des patients, de l'organisation de la filière ou du rôle des acteurs</i>	18
1.3.2 <i>Un mode de financement des audioprothésistes qui ne permet pas de vérifier la matérialité du suivi</i>	19
1.3.3 <i>Un manque d'indicateurs permettant de connaître l'évolution du taux d'observance</i>	21
1.3.4 <i>Une inconnue en matière de satisfaction des personnes appareillées</i>	21
1.4 DES RISQUES DE DERIVE	23
1.4.1 <i>Des indices de sur-appareillage</i>	23
1.4.2 <i>Des pratiques promotionnelles à surveiller</i>	25
1.4.3 <i>La nécessité d'un contrôle plus efficace de la réglementation</i>	25
1.4.4 <i>Des incertitudes sur l'effectivité et la qualité du suivi</i>	27
1.5 DES AJUSTEMENTS NECESSAIRES SUR PLUSIEURS ASPECTS DE LA REFORME	29
1.5.1 <i>Des caractéristiques techniques, calendaires et tarifaires de la nomenclature à rediscuter</i>	29
1.5.2 <i>Une mise en œuvre inaboutie du tiers payant intégral</i>	30
1.5.3 <i>Un niveau de remboursement des OCAM qui fait l'objet d'interrogations de la part des audioprothésistes</i> ..	32
2 LE 100 % SANTE AGIT COMME UN REVELATEUR DES ENJEUX DE LA FILIERE AUDITIVE	33
2.1 DES ACTIONS INSUFFISANTES EN MATIERE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE	33
2.1.1 <i>Une épidémiologie mal connue en dépit des enjeux économiques, sociaux et de santé publique</i>	33
2.1.2 <i>Un dépistage systématique de la presbyacousie à organiser avant 60 ans</i>	35
2.1.3 <i>Une inclusion imparfaite de la presbyacousie dans les priorités et les programmes de santé publique</i>	36
2.2 UNE MODERNISATION NECESSAIRE DES PROFESSIONS DE LA FILIERE	36
2.2.1 <i>Des ORL confrontés à des enjeux démographiques et organisationnels</i>	36
2.2.2 <i>Des audioprothésistes en quête de reconnaissance et dont le nombre et la profession évoluent rapidement</i>	43
2.2.3 <i>Une revalorisation souhaitable du rôle des orthophonistes</i>	48
2.3 UNE FORMALISATION INSUFFISANTE DES PARCOURS DE SOINS	49
2.3.1 <i>Les patients atteints de presbyacousie et les patients dits « complexes »</i>	49
2.3.2 <i>Le cas particulier des patients âgés dépendants en EHPAD ou à domicile</i>	51
3 LE 100 % SANTE APPELLE UNE EVOLUTION RAPIDE DE LA FORMATION DES ORL ET DES AUDIOPROTHESISTES	52
3.1 DES AJUSTEMENTS SOUHAITABLES DE LA FORMATION DES ORL.....	52
3.1.1 <i>Une formation principalement tournée vers la pratique chirurgicale</i>	52
3.1.2 <i>Une augmentation souhaitable du nombre d'ORL se destinant à l'exercice médical de la spécialité</i>	54
3.2 UNE REINGENIERIE NECESSAIRE DE LA FORMATION DES AUDIOPROTHESISTES.....	55
3.2.1 <i>Une formation professionnalisante dont la maquette n'a pas connu d'évolution depuis 2001</i>	55
3.2.2 <i>Une réingénierie reportée à plusieurs reprises et réclamée par l'ensemble des acteurs</i>	56
3.2.3 <i>L'absence de véritable filière universitaire dans le domaine de l'audioprothèse</i>	58

3.3	DES FORMATIONS EN ESPAGNE QUI FONT L'OBJET DE NOMBREUSES CRITIQUES ET POSENT LA QUESTION DES MESURES COMPENSATOIRES	62
3.3.1	<i>Un modèle original mais contesté de formation à distance</i>	62
3.3.2	<i>Un dispositif conforme au droit européen</i>	63
3.3.3	<i>Des critères en matière de mesures compensatoires et d'agrément des maîtres de stages insuffisamment harmonisés</i>	64
3.4	UNE AUGMENTATION SOUHAITABLE DU NOMBRE DE DIPLOMES EN AUDIOPROTHESE EN FRANCE VIA LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE	65
3.4.1	<i>Un relèvement significatif du quota de places ouvertes à l'entrée des écoles</i>	65
3.4.2	<i>La possible création à court terme de nouvelles écoles</i>	67
3.4.3	<i>Une révision souhaitable des modalités de fixation du quota</i>	68
3.4.4	<i>Des perspectives intéressantes de développement de l'apprentissage et de la formation continue</i>	68
	LETRE DE MISSION	73
	LISTE DES ANNEXES	79
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	81
	SIGLES UTILISES	95

RAPPORT

Introduction

[1] Les déficiences auditives, un handicap sensoriel invisible qui frappe des centaines de millions de personnes dans le monde et des millions de Français, en particulier à partir de 60 ans, constituent un enjeu de santé publique encore insuffisamment reconnu à sa juste mesure. Classées au quatrième rang des maladies par années de vie avec incapacité, leur impact sur la santé, en l'absence de prise en charge par un traitement, une opération chirurgicale ou un appareillage (implants cochléaires, aides auditives conventionnelles...), est considérable : langage et parole, cognition, isolement social et solitude, altération de la santé mentale, chutes, mortalité... Et les déficiences auditives représentent également un coût caché très important pour la société.

[2] Une déficience auditive peut survenir à la naissance ou se manifester au cours de l'existence, notamment à la suite d'une exposition au bruit, dans le milieu de travail ou en vieillissant. Parmi les déficiences auditives les plus fréquentes figure, en effet, la dégénérescence neurosensorielle auditive liée à l'âge, connue aussi sous le nom de presbyacousie, qui est l'objet privilégié du présent rapport. Cette surdité de perception, par contraste avec les surdités de conduction liées à un problème mécanique au niveau de l'oreille externe ou interne, se manifeste par une perte bilatérale des fréquences aiguës principalement, qui altère la perception des consonnes. La presbyacousie est une pathologie par nature évolutive qui démarre 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 en sont généralement détectés par l'entourage du patient plutôt que par le patient lui-même. Le vieillissement de la population va inéluctablement accroître le nombre des personnes souffrant de presbyacousie.

[3] La filière auditive est une composante du système de santé français moins connue que d'autres. Elle repose sur l'activité professionnelle au quotidien de 2 800 oto-rhino-laryngologistes (ORL), des médecins généralistes, et de 4 400 audioprothésistes, dont 3 000 salariés, auxiliaires médicaux qui reçoivent dans plus de 6 000 centres d'audioprothèses 450 000 personnes appareillées environ (en 2020) correspondant à la vente de 830 000 aides auditives (en 2020), et cela avec l'aide de quelques milliers d'assistants audioprothésistes¹. Alors que cinq fabricants dominent le marché, la distribution en ville des aides auditives est, pour sa part, atomisée : les enseignes succursalistes ou franchisées représentent 50 % du marché et les indépendants également 50 %, dont 10 % à 20 % pour les indépendants sans enseigne. Les dépenses en aides auditives représentent un montant modeste à l'échelle des dépenses de santé, qui était estimé à 1,3 Md€ en 2018.

[4] Comme la filière visuelle notamment, la filière auditive est caractérisée par de rapides changements, et notamment une progression très forte du volume des ventes d'aides auditives (+70 % au premier semestre 2021). Ces changements sont principalement dus à la réforme du 100 % Santé qui, mise intégralement en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2021, permet le remboursement désormais intégral des aides auditives par l'assurance maladie obligatoire et les OCAM et, donc, la levée d'une barrière majeure à l'accès. Ils sont également liés à la concurrence croissante entre les distributeurs d'aides auditives, à la démographie préoccupante des ORL et à la progression de la télémédecine.

¹ Les orthophonistes et les masseurs-kinésithérapeutes jouent également un rôle clé dans la filière mais peu en matière de presbyacousie.

[5] C'est dans ce contexte que les ministres de la santé et de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ont demandé, par lettre de mission du 25 mars 2021, que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGÉSR) diligentent une mission d'évaluation de la mise en œuvre du 100 % Santé, de l'évolution des modes d'exercice et des pratiques professionnelles.

[6] Les responsables de l'IGAS et de l'IGÉSR ont désigné une équipe de trois membres pour réaliser la mission : MM. Pierre Mainguy et Louis-Charles Viossat pour l'IGAS, et M. Amaury Fléges pour l'IGÉSR. La mission IGAS/IGÉSR a bénéficié du concours de M. Joachim Baba, étudiant en pharmacie en stage à l'IGAS.

[7] Les travaux de la mission se sont déroulés entre les mois de juin et de novembre 2021. La mission a réalisé une centaine d'entretiens avec les commanditaires, les services des administrations centrales et locales, les représentants des patients, les universités et écoles de formation concernées, les représentants des professionnels de la filière et des financeurs de base et complémentaires, et de nombreux experts, consultants et industriels. Elle a également organisé deux cycles d'auditions formelles des principales parties prenantes, en juin 2021 puis en septembre 2021. Elle s'est déplacée sur le terrain, dans des écoles d'audioprothésistes et des universités, des centres d'audioprothèses, et des services hospitaliers d'ORL, dans trois régions (Ile-de-France, Hauts-de-France, Grand-Est). Elle a analysé de très nombreux documents publiés ou de littérature grise ainsi que des données fournies à sa demande par ses interlocuteurs dans l'administration et chez les professionnels.

[8] En lien avec les commanditaires, et compte tenu de la nécessité de prioriser les sujets traités dans le temps imparti, la mission a volontairement écarté de son champ d'évaluation les nombreuses et importantes questions de santé publique liées aux surdités de naissance, aux surdités profondes, aux surdités professionnelles et à la prévention, au dépistage et à la prise en charge des enfants. Il en va de même du recyclage des audioprothèses. Toutes ces questions mériteraient un rapport d'évaluation spécifique. Les travaux d'évaluation se sont donc concentrés sur la prévention, le dépistage et l'appareillage des patients atteints de presbycusie et leurs parcours de soins, l'impact multiforme du 100 % Santé, la formation initiale des ORL et la formation initiale et continue des audioprothésistes.

[9] La première partie du rapport montre que la réforme du 100 % Santé a eu un fort impact quantitatif à partir de 2021 mais que ses effets qualitatifs sont incertains. La deuxième partie souligne combien cette réforme agit comme un révélateur des enjeux de la filière auditive. Enfin, la troisième partie appelle à une évolution rapide de la formation des ORL et des audioprothésistes.

[10] La mission formule trente recommandations concrètes pour l'adaptation du 100 % Santé en audiologie, l'avenir de l'organisation et du fonctionnement de la filière et des parcours de soins, et la réforme de la formation des ORL et des audioprothésistes. Le rapport est complété par six annexes techniques qui détaillent les constats et les propositions qu'il contient.

1 La réforme du 100 % Santé a eu un fort impact quantitatif à partir de 2021 mais ses effets qualitatifs sont incertains

1.1 Une réforme volontariste, complexe et pleinement mise en œuvre depuis moins d'un an

1.1.1 Une réforme globale et ambitieuse de la prise en charge des aides auditives

[11] La réforme du « 100 % Santé » a pour objectif de donner accès à des soins de qualité pris en charge à 100 % par la sécurité sociale et les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM)², donc sans reste à payer pour les patients, dans les filières de l'audiologie, de l'optique, et du dentaire.

[12] Les filières auditive, optique et dentaire partageaient la caractéristique historique de concentrer des restes à charge élevés, dans un contexte français de reste à charge global des ménages très faible au sein des pays de l'OCDE³.

[13] Des trois filières, la filière auditive était celle où le reste à charge était, avant le 100 % Santé, le plus élevé (53 % pour les aides auditives contre 43 % pour les prothèses dentaires et 22 % pour l'optique). Avant le 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 oreille⁴, soit 1 700 € de reste à charge pour un appareillage des deux oreilles, ou plus d'un mois de pension moyenne nette⁵.

Les aides auditives

Les « appareils électroniques correcteurs de surdité » sont 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 ;
- les implants d'oreille moyenne ;
- les prothèses amplificatrices à conduction osseuse ;
- les prothèses auditives dites conventionnelles.

Les prothèses auditives dites conventionnelles 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).

Trois principaux types d'aides auditives sont présents sur le marché :

² Pour les complémentaires santé, le remboursement intégral des soins et équipements relevant des paniers 100 % Santé est une obligation des contrats responsables, qui représentent près de 98 % des contrats – Source : DREES, La complémentaire santé - Acteurs, bénéficiaires, garanties, 2019.

³ 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 – Source : Rapport de la commission des comptes de la santé 2017.

⁴ 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 €.

⁵ La pension moyenne nette était de 1 393 € en 2019 (chiffres DREES).

- les appareils intra-auriculaires (8 % des ventes en 2020), presque invisibles mais peu adaptés aux surdités fortes, 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, (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.



Source : Société française d'ORL (SFORL)

[14] Plus largement, l'ambition du 100 % Santé a été de mettre en œuvre un projet global d'amélioration de l'accès aux soins, y compris les volets de la prévention et de l'organisation des filières, en cohérence avec la stratégie nationale de santé. Dans chacune des trois filières, la définition et la mise en œuvre du 100 % Santé sont passées par une négociation entre l'État, les différents acteurs de l'assurance santé (assurance maladie et OCAM⁶) et les professionnels des secteurs concernés. La mise en œuvre de la réforme fait l'objet de réunions à intervalles réguliers d'un comité de suivi ad hoc⁷.

⁶ Les fédérations d'organismes complémentaires (Fédération nationale de la mutualité française, Fédération française des assurances, Centre technique des institutions de prévoyance) et l'UNOCAM.

⁷ Il est composé des représentants des organismes complémentaires, des associations de patients, de l'Assurance maladie et des syndicats représentant le secteur de l'audioprothèse. Aux termes du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, il peut se réunir en deux formations pour les sujets concernant la filière auditive : en formation restreinte « assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire » et en formation large « audiologie » (les représentants de l'UNOCAM et de l'UNOCAM étant présents au sein de la deuxième formation).

1.1.2 Une réforme complexe et mise en œuvre graduellement

[15] Deux textes principaux ont défini le cadre du 100 % Santé pour la filière auditive. Le protocole d'accord du 7 juin 2018⁸ a tout d'abord permis de convenir entre l'État et les représentants des audioprothésistes⁹ et des fabricants d'aides auditives¹⁰, des principales caractéristiques technico-économiques de la réforme. L'arrêté du 14 novembre 2018¹¹ 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.

[16] Le protocole d'accord du 7 juin 2018, de nature technico-économique, est le résultat d'une recherche délicate d'équilibre entre des objectifs sanitaires et sociaux (donner à tous les résidents du territoire la possibilité de s'équiper en aides auditives de qualité) et économiques (permettre aux acteurs économiques de la filière auditive de préserver la soutenabilité économique de leur activité). Il n'a cependant pas eu vocation à traiter de tous les aspects de la réforme dont certains ne pouvaient être réfléchis et débattus en l'absence d'autres acteurs importants de la filière auditive, en particulier les représentants des Oto-rhino-laryngologistes (ORL) et des OCAM¹².

[17] De nature essentiellement « technico-économique », il a été confirmé et complété en matière sanitaire par l'arrêté du 14 novembre 2018 (cf. encadré infra). Les aides auditives sont désormais répertoriées en deux catégories, dont la classification dépend de la présence et du nombre d'options (cf. schéma suivant) :

- une aide auditive de classe I, dont le prix limite de vente est de 950 € depuis le 1^{er} janvier 2021, doit comporter au moins trois options de la liste A ;
- une aide auditive de classe II, dont le prix est libre, doit comporter au moins six options de la liste A, et au moins une option de la liste B.

⁸ « 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 », signé le 7 juin 2018.

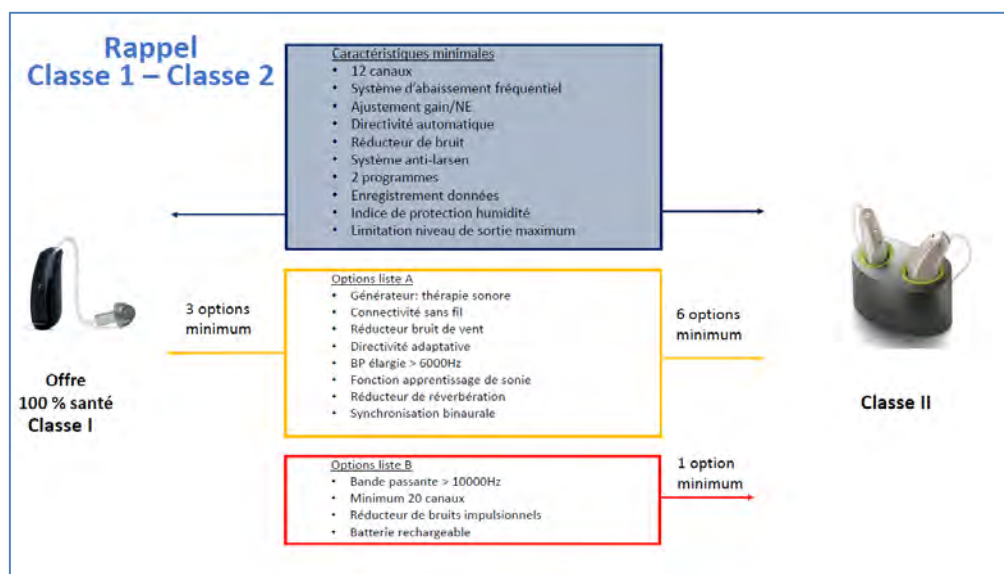
⁹ Les trois syndicats de la filière : Syndicat des audioprothésistes (SDA, ex-UNSAF), représentant des indépendants ; le Syndicat national des audioprothésistes mutualistes (SYNAM) ; le Syndicat national des entreprises de l'audition (SYNEA), représentant des enseignes.

¹⁰ Le groupe audiologie du SNITEM.

¹¹ 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 : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037615111>

¹² 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.

Schéma 1 : Présentation des principales caractéristiques techniques des options attachées aux appareils de classe I et de classe II



Source : Société française d'audiologie (SFA)

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

L'arrêté du 14 novembre 2018

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 au cours de la première année, notamment :

- les séances d'évaluation chez l'audioprothésiste ;
- l'information sur les différentes aides auditives disponibles et leurs accessoires ;
- l'adaptation et le contrôle immédiat de l'aide auditive, ainsi que les séances d'adaptation aux besoins du patient ;
- 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'appareillage¹³ ;
- la gestion administrative du dossier du patient, et notamment l'envoi du compte rendu d'appareillage au médecin prescripteur et au médecin traitant.

Y es également précisé le contenu des prestations de suivi¹⁴, 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.

[19] Les conditions tarifaires et de remboursement ont fait l'objet d'une mise en œuvre progressive à partir de 2019. Depuis le 1^{er} janvier 2021, les patients qui achètent des aides auditives de la classe I

¹³ Pendant les douze premiers mois de l'appareillage, doivent être proposés au minimum : des séances de contrôle de l'efficacité de l'appareillage au troisième, sixième et douzième mois après la délivrance de l'aide auditive ; une évaluation de l'évolution de la perte auditive et de la satisfaction à six mois.

¹⁴ Les prestations de suivi doivent être enregistrées *via* télétransmission tarifée 0,01 €.

bénéficient ainsi d'un reste à charge nul. 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^{er} janvier 2019 et progressivement réduits : 1 300 € en 2019 ; 1 100 € 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^{er} janvier 2021 (soit 240 € pour la sécurité sociale et 710 € pour les OCAM).

1.2 Un impact quantitatif tardif mais plus fort qu'attendu

1.2.1 Une forte croissance des volumes de ventes

[20] Les ventes d'aides auditives ont historiquement progressé, en France, de 6 à 7 % par an jusqu'en 2018 pour atteindre 840 000 cette année-là¹⁵, à comparer à un nombre de 480 000 aides auditives vendues en 2010. La France représente environ 5 % du marché mondial.

[21] La croissance du marché des aides auditives a toutefois ralenti en 2019 (+1,2 %) et en 2020 (+ 4 %), c'est-à-dire au cours des deux premières années de mise en œuvre du 100 % Santé. Cette évolution relativement surprenante peut s'expliquer notamment par la mise en place très progressive, sur trois années, des paramètres de la réforme, qui a pu donner lieu à des phénomènes d'attentisme pour l'acquisition ou le renouvellement d'aides auditives¹⁶ puis, en 2020, par la crise sanitaire.

[22] Une très forte augmentation du marché des aides auditives a été observée ensuite, depuis le début du premier semestre 2021 :

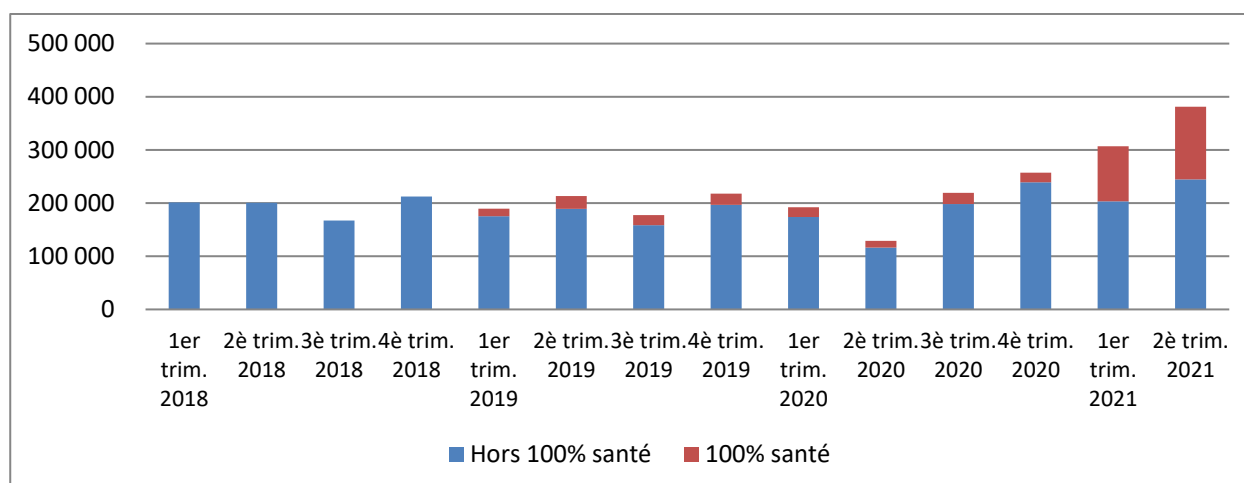
- le nombre de personnes appareillées (hors bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire – C2S) s'est élevé à 360 000 au cours des six premiers mois de 2021, soit une augmentation de 62 % par rapport au premier semestre 2019, ce qui devrait se traduire par un nombre de 720 000 personnes appareillées en 2021¹⁷ ;
- le nombre d'aides auditives (hors C2S) vendues au cours du premier semestre 2021 s'est élevé à plus de 688 000, soit une augmentation de 71 % par rapport à la même période de 2019, ce qui permet d'anticiper des ventes totales de près 1,4 million d'aides auditives en 2021.

¹⁵ Données du pôle audiologie du Syndicat national des l'industrie des technologies médicales (SNITEM), qui faisaient référence dans la filière jusqu'au 100 % Santé. Un changement de méthode de comptabilisation et la mise en œuvre du 100 % Santé ont amené les acteurs de la filière à considérer que les données du Système national des données de santé (SNDS) étaient dorénavant à privilégier.

¹⁶ 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).

¹⁷ Par ailleurs, le taux de renouvellement est estimé à 50 % et le taux d'appareillage binaural est estimé, pour sa part, à 87,9 % en 2021.

Graphique 1 : Evolution trimestrielle du nombre d'aides auditives vendues (2018-2021) – hors C2S



Source : Données CNAM (SNIIRAM)

1.2.2 Une part des aides auditives de la classe I très importante

[23] La part des ventes d'aides auditives de classe I au cours des premiers mois de 2021, estimée à environ 40 % en volume, est aussi significativement supérieure à ce qui était attendu par les professionnels de la filière¹⁸. Le taux de pénétration de l'offre 100 % Santé est en forte progression au premier trimestre 2021 par rapport aux mois précédents où les aides auditives de classe I n'étaient pas encore proposées avec un reste à charge nul. Par ailleurs, selon la CNAM, les ventes d'aides auditives de classe I auraient représenté environ 25 % des ventes en valeur au premier trimestre 2021 (hors bénéficiaires de la C2S).

[24] On peut noter également que la part du panier 100 % Santé en audioprothèses est significativement supérieure à celle du panier équivalent de l'optique.

¹⁸ Le protocole d'accord de juin 2018 a défini un objectif de volume à atteindre pour la classe I (« au moins 20 % pour les aides auditives de classe I »). Selon la DSS, il a été toujours été clair dans les discussions entre l'État et les représentants de la filière que ce taux de 20 % serait un minimum et que la cible réelle se situait entre 20 et 40 % de classe I.

Graphique 2 : 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*

1.2.3 Une combinaison de facteurs de croissance structurels et conjoncturels

[25] Il est difficile de décomposer les différents facteurs d'augmentation du marché au cours des premiers mois de 2021, 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) et d'effets conjoncturels. Les effets conjoncturels peuvent être décomposés de la façon suivante :

- le 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) ;
- l'attentisme de certains patients qui, pour profiter d'un reste à charge nul, ont pu décaler leur appareillage de 2019-2020 vers le début de l'année 2021. Le niveau du marché en 2020 étant comparable à celui de 2018, plusieurs représentants des audioprothésistes considèrent que deux années de croissance à 7 % auraient ainsi été perdues. Le seul retour à des conditions de marché stabilisées aurait ainsi été à l'origine d'une croissance de 22,5 % du marché par rapport à 2018 ;
- un effet d'aubaine sur le renouvellement de très vieux appareils.

[26] A titre indicatif, le Syndicat national des entreprises de l'audition (SYNEA¹⁹) considère que le marché pourrait décrocher de l'ordre de 8 % en 2022, reflétant ainsi la part significative de la dimension conjoncturelle de la croissance attendue en 2021.

1.2.4 Des remboursements AMO²⁰ et AMC²¹ qui augmentent fortement en dépit de prix orientés à la baisse

[27] Le montant des remboursements d'aides auditives par l'assurance maladie obligatoire était de 194,6 M€ en 2020, en hausse de 22,8 % par rapport à 2019 (158,4 M€). En 2021, si on extrapole les

¹⁹ Représentant des enseignes et groupes d'enseignes de centres d'audioprothèses.

²⁰ Assurance maladie obligatoire

²¹ Assurance maladie complémentaire

huit premiers mois de l'année, avec une hausse de près de 124 % par rapport à la même période de 2019, les remboursements de l'AMO pourraient atteindre 380 M€ environ.

[28] Les remboursements des OCAM ont davantage progressé encore, avec un doublement entre le premier semestre 2019 et le premier semestre 2021. Au total, ils pourraient atteindre un montant compris entre 700 et 920 M€ en 2021, selon un opérateur de tiers payant.

[29] Après plusieurs années de stabilité, le prix moyen des aides auditives (y compris C2S) a augmenté en 2019 (de 19 %) en raison de la révision au 1^{er} janvier de cette dernière année des normes minimales de qualité requises pour qu'une aide auditive puisse être remboursée par l'assurance maladie, puis il a baissé en 2020 (de 1,3 %)²².

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

- les aides auditives de la classe I (hors C2S) sont passées de 1 076 € en moyenne au premier trimestre 2019 à 944 € au deuxième trimestre 2021²³ ;
- 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 par une forme de pression induite par la mise en place du 100 % Santé²⁴.

1.3 Des effets qualitatifs difficiles à évaluer

1.3.1 Aucune évolution majeure du profil des patients, de l'organisation de la filière ou du rôle des acteurs

[31] Le profil des patients appareillés, en termes de pyramide des âges ou de type de perte auditive ne semble pas avoir significativement évolué depuis la mise en œuvre du 100 % Santé²⁵. Toutefois, la levée de la contrainte financière liée à la mise en place d'un panier avec un reste à charge nul a donné accès à l'appareillage auditif à des personnes au profil social moins favorisé.

[32] Le SYNEA a récemment réalisé un premier bilan qualitatif du 100 % Santé en s'appuyant sur les données de deux de ses principaux membres, portant sur plus de 52 000 appareillages depuis le début de l'année 2021. Les principales conclusions en sont les suivantes :

- l'âge moyen d'appareillage reste stable autour de 74 ans ; il serait même en légère augmentation, du fait de l'appareillage de patients ayant attendu la levée de l'obstacle financier pour s'appareiller avec des aides auditives de classe I ;
- la répartition de l'appareillage en termes de niveaux de perte n'évolue pas ;

²² Le prix des appareils de la classe I s'élevait à 992 € en 2019 et 883 € en 2020. Le prix médian des aides auditives de classe II était, quant à lui, de 1 564 € en 2020.

²³ Un prix moyen inférieur à 950 € s'explique par les pratiques de certains réseaux de soins qui demandent des prix inférieurs à leurs membres.

²⁴ 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 certains audioprothésistes à progressivement proposer des prix plus bas.

²⁵ Source : étude SYNEA et premières données CNAM (cf. infra).

- 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 mise en place par l'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.

[33] La CNAM n'a pas encore mené, pour sa part, d'analyse générale concernant l'évolution du profil des patients. De telles analyses devraient être conduites à l'issue d'une première année complète après la mise en œuvre de la réforme. Selon les premières données communiquées à la mission, il n'est pas possible de déterminer 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 âgées de 65 à 79 ans : alors qu'elle ne représentait que 45 % environ 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.

[34] 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 de 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.

[35] Enfin, la réforme n'aurait pas substantiellement modifié les parts de marché respectives des fabricants d'aides auditives²⁶. Les principaux fabricants disposent tous d'un nombre significatif de références en classe I et en classe II et les audioprothésistes n'auraient pas fait évoluer significativement leurs achats. Les dérogations techniques prévues dans le protocole d'accord de juin 2018²⁷ restent cependant importantes pour certains fabricants qui, sans cela, seraient en difficulté pour proposer des aides de classe I. Chez certains fabricants, la classe I représenterait désormais 60 % des ventes.

[36] L'évolution des parts de marché respectives des audioprothésistes, en distinguant notamment les groupes d'enseignes et les indépendants, n'est pas connue. Il conviendra d'analyser les effets du 100 % Santé sur la structure de la distribution des aides auditives à l'issue d'une première année complète de mise en œuvre de la réforme.

1.3.2 Un mode de financement des audioprothésistes qui ne permet pas de vérifier la matérialité du suivi

[37] Jusqu'au début de l'année 2021, les prestations de suivi ne donnaient lieu que de façon exceptionnelle à une télétransmission par les audioprothésistes, pourtant prévue par le protocole d'accord de juin 2018. Des progrès ont été réalisés au cours du premier semestre 2021 mais on est resté toutefois bien en-deçà d'une télétransmission systématique (cf. *infra*, 1.4.3). 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, qui soulèvent la question du mode de financement des audioprothésistes.

²⁶ 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.

²⁷ 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 particulier la réduction possible du nombre de canaux, en contrepartie d'autres options.

[38] Leur mode de financement forfaitisé 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. On considère ainsi que les prestations d'adaptation et de suivi sont « indissociables » de la vente de l'équipement. Ce mode de financement couplé, qui existe aussi dans les autres pays d'Europe, n'est pas propre aux audioprothèses. Il prévaut également pour de nombreux dispositifs médicaux de la LPPR. Tel n'est pas le cas toutefois pour les équipements d'optique (qui ne nécessitent cependant pas de suivi) ni, désormais, pour les pompes à insuline.

[39] Les opinions des acteurs de la filière sont convergentes sur le couplage entre matériel et prestations de services. Pour le Syndicat des audioprothésistes (SDA²⁸), rejoint sur ce point par le SYNEA et le Syndicat national des centres d'audition mutualiste (SYNAM), ainsi que par le groupe « audition » du SNITEM, ce mode de financement est un principe essentiel. Ainsi, 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 ».

[40] Les critiques, et notamment UFC-Que Choisir, ainsi que Bucodes SurdiFrance et l'Autorité de la concurrence depuis plusieurs années, soulignent pourtant les inconvénients ou les limites du couplage : il ne permet pas d'isoler le coût de l'appareil lui-même et de faire jouer la concurrence par les prix, d'où potentiellement des marges (trop) importantes ; il ne permet pas non plus d'identifier la quantité d'heures de travail réalisées dans le cadre des prestations initiales et de suivi ; il revient à faire payer à l'avance aux patients des prestations dont une partie ne sera pas effectuée, ou sans « service fait » ; il donne le sentiment aux patients que les audioprothésistes, qui entretiennent d'ailleurs parfois une certaine ambiguïté à ce propos, réalisent les prestations de suivi « à l'œil » ; il rend enfin le modèle économique opaque pour les financeurs et les place dans une situation d'asymétrie d'information par rapport aux audioprothésistes.

[41] Pour répondre à ces enjeux, et face au nombre insuffisant de télétransmissions de suivi constaté depuis la mise en œuvre du 100 % Santé (pour lequel la mission recommande des mesures de correction immédiates – cf. infra, 1.4.3), la mission considère qu'une solution envisageable est le maintien d'un système de paiement forfaitaire mais avec la création d'une obligation de reversement annuel d'une partie du forfait perçu par l'audioprothésiste en fonction de la matérialité du suivi assuré par ce dernier (appréciée par exemple par le taux annuel global de prestations de suivi dans la file active de chaque audioprothésiste), et le cas échéant le versement d'un bonus. Cette nouvelle formule de financement permettrait de maintenir la responsabilité globale de l'audioprothésiste tout en ajustant sa rémunération en fonction du service fait.

[42] L'absence d'évaluation individuelle ou au niveau de chaque centre d'audioprothèse de la qualité du suivi des personnes appareillées est également regrettable. Pour contrôler la qualité des prestations de suivi, 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 (les nouvelles technologies permettent aujourd'hui de connaître à distance les données relatives au port des aides auditives).

²⁸ Représentant des audioprothésistes indépendants, chefs d'entreprises.

[43] Une étude approfondie puis une expérimentation des différentes formules de financement dissocié²⁹ pourraient également être lancées utilement.

Recommandation n°1 Prévoir un reversement par les audioprothésistes d'une partie du forfait en fonction de la matérialité du suivi

1.3.3 Un manque d'indicateurs permettant de connaître l'évolution du taux d'observance

[44] Le succès de la réforme au niveau sanitaire dépend aussi et surtout de la qualité de l'observance par les patients : il convient, en effet, d'éviter le phénomène d'abandon des aides auditives « dans le tiroir de la table de nuit ». L'ensemble des professionnels de la filière auditive considère que seul un port régulier pendant au moins huit heures par jour environ permet d'obtenir un gain audioprothétique significatif. Or, les administrations centrales et la CNAM ne disposent pas d'indicateur permettant d'évaluer l'observance. Il est donc impossible à ce jour de savoir si les patients nouvellement appareillés sont plus ou moins observants qu'auparavant. La plupart des audioprothésistes rencontrés par la mission, et une bonne partie des ORL, craignent cependant que cet indicateur ne se dégrade. De nouvelles technologies permettent déjà de connaître à distance un certain nombre de données relatives au port des aides auditives. A terme, il serait souhaitable de réfléchir à la meilleure façon de les analyser, 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.

[45] 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 d'un compte-rendu d'appareillage au médecin prescripteur et au médecin traitant. Néanmoins, les ORL constatent que cette pratique n'est pas systématique et que le format du compte-rendu mériterait d'être harmonisé. Ils souhaitent, en effet, qu'un format 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. En outre, la transmission systématique d'un compte-rendu d'appareillage indiquant les gains associés aux aides auditives permettrait d'éviter le sur-appareillage.

Recommandation n°2 Normaliser le compte-rendu d'appareillage audioprothétique et rendre obligatoire sa transmission

1.3.4 Une inconnue en matière de satisfaction des personnes appareillées




[46] Un questionnaire de satisfaction adressé aux patients appareillés à la suite de la mise en place du 100 % Santé était censé être rapidement élaboré (cf. schéma suivant). Dans l'attente de la mise en place éventuelle d'outils d'objectivation de la qualité des prestations de suivi, ce questionnaire doit livrer des éléments d'appréciation qualitative notamment sur l'accompagnement assuré par les audioprothésistes. Les attendus de la DSS pour ce questionnaire sont les suivants : évaluer la qualité de la prise en charge (prestation appareillage et panier de soins) ; évaluer la connaissance du patient

²⁹ Extrait du résumé de l'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 : « L'Autorité a entendu proposer des mesures propres à créer les conditions favorables à l'émergence d'un cercle vertueux qui, intensifiant la concurrence, pourrait conduire à une baisse du prix de l'appareillage, tout en maintenant un niveau de qualité élevé pour les patients. À cet égard, la dissociation de la vente de l'appareil et de son adaptation, d'une part, et de la fourniture des prestations de suivi au-delà de la première année, d'autre part, lui paraît un élément nécessaire à un meilleur fonctionnement concurrentiel du marché. En outre, cette dissociation apportera une réponse aux préoccupations des patients en termes de prix, de flexibilité des prestations et de transparence »

sur la réforme du 100 % Santé ; évaluer la présentation de l'offre 100 % Santé par le professionnel au patient ; connaître le rationnel du choix du patient pour son équipement.

[47] Ce questionnaire individuel doit permettre de réaliser des analyses individualisées par patient et ensuite permettre des retours au niveau de chaque médecin prescripteur ou audioprothésiste sur les résultats des enquêtes : agrégés d'une part, et si possible individuels dès lors que le patient aura donné son accord.

Schéma 2 : Objectifs des questionnaires patients 100 % Santé dans la filière auditive

<p>Etape 1</p>  <p>Médecin prescripteur</p>	<p>Etape 2</p>  <p>Audioprothésiste</p>	<p>Etape 3</p>  <p>Audioprothésiste</p>
<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer la connaissance du patient concernant la réforme du 100 % Santé Évaluer la capacité auditive du patient avant appareillage 	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer l'amélioration de la capacité auditive du patient après appareillage Évaluer la satisfaction du patient pour les aides auditives 100 % Santé Connaitre le rationnel du choix du patient quant à l'aide auditive choisie (100 % Santé ou autre) Évaluer la satisfaction du patient concernant la prestation d'appareillage de l'audioprothésiste 	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer la satisfaction du patient concernant les prestations de suivi
<p>Procédure :</p> <ul style="list-style-type: none"> Envoi dématérialisé d'un questionnaire dès la saisie des coordonnées du patient, par le médecin prescripteur lors de la consultation Chronologie envisagée : envoi lors de la saisie des coordonnées 	<p>Procédure :</p> <ul style="list-style-type: none"> Envoi dématérialisé d'un questionnaire après la saisie des coordonnées du patient, par l'audioprothésiste Chronologie envisagée : envoi du questionnaire 3 mois après la saisie des coordonnées 	<p>Procédure :</p> <ul style="list-style-type: none"> Envoi dématérialisé d'un questionnaire sans ressaisie des coordonnées par l'audioprothésiste Chronologie envisagée : envoi du questionnaire 24 mois après la saisie des coordonnées

Source : DSS

[48] Trois ans après le lancement de la réforme, 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. 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, le cas échéant, en sollicitant les compétences d'universitaires spécialistes, avec lesquels certains représentants des audioprothésistes ont déjà engagé des discussions.

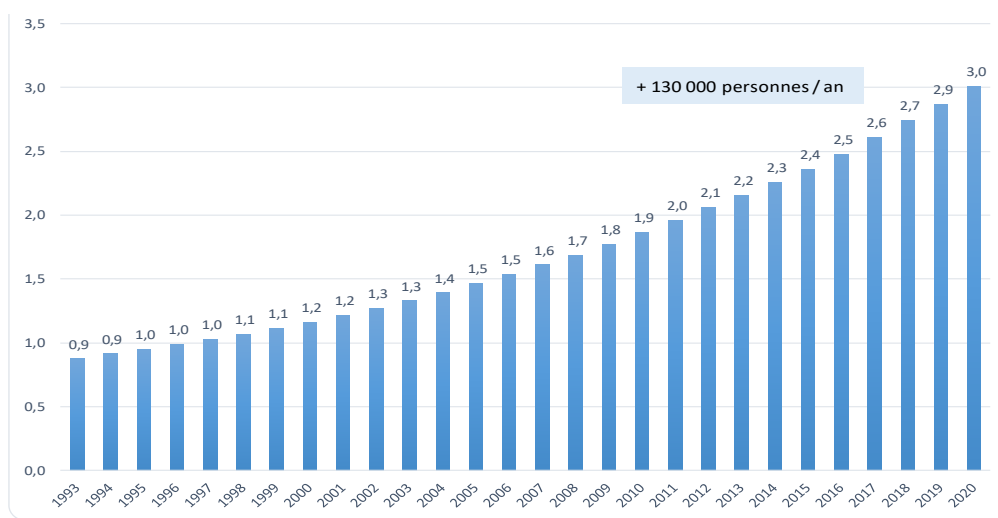
Recommandation n°3 Mettre en place un questionnaire de satisfaction simplifié, court et facilement administrable à des personnes âgées

1.4 Des risques de dérive

1.4.1 Des indices de sur-appareillage

[49] Le taux d'appareillage en France estimé par EuroTrak³⁰ en 2018 était de 41 %, et il atteignait 44 % à la fin de l'année 2020 selon le SYNEA, ce qui correspondrait à 3 millions de personnes appareillées. Ce taux n'est pas encore connu pour 2021 mais il devrait approcher des 50 %. Les professionnels du secteur considèrent que la France pourrait très rapidement devenir le pays avec le plus important taux d'appareillage au monde, dépassant le Danemark, dont le taux d'appareillage (53 % en 2018) de la population malentendante était jusqu'alors considéré comme un plafond difficilement atteignable. On peut donc raisonnablement s'interroger aujourd'hui sur le niveau cible de taux d'appareillage qu'il conviendrait d'atteindre dans notre pays.

Graphique 3 : Evolution du nombre de personnes appareillées estimées par le SYNEA (1993-2020)



Source : SYNEA, à partir de données EuroTrak

[50] Par ailleurs, la part d'appareillage binaural³¹ 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. Il s'agit là, en effet, d'un indicateur de possible mauvaise pratique de certains acteurs de la filière, qui auraient pu appareiller certains patients en stéréo sans nécessité sanitaire avérée. Ce taux de stéréo est d'ailleurs très largement supérieur à celui observé chez nos voisins européens³².

³⁰ EuroTrak est l'étude de référence au niveau européen, qui compare pays par 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.

³¹ Aide auditive bilatérale.

³² Le taux d'appareillage binaural était en 2018, selon les données d'EuroTrak, de 61 % au Royaume-Uni et de 75 % en Allemagne (à comparer avec taux d'appareillage binaural de 70 % en France selon la même source).

Tableau 1 : 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)

[51] Dans ce contexte, la mission estime que les demandes des représentants des audioprothésistes d'un renouvellement des aides auditives par ces derniers sans obtenir de prescription préalable d'un médecin ne doivent pas être retenues.

Le manque de données fiables et d'analyses publiques sur la filière auditive

La filière auditive a historiquement peu fait l'objet d'études et d'analyses quantitatives par la puissance publique. En conséquence, une partie significative des données a, jusqu'à présent, été produite par des acteurs privés et les décisions publiques n'ont pas suffisamment pu s'appuyer sur des analyses partagées et exemptes de tout risque de conflit d'intérêts, s'agissant notamment des thématiques suivantes :

- épidémiologie (cf. infra 2.1.1) : les données de l'enquête Handicap Santé réalisée en 2008 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sont anciennes et les données de l'étude EuroTrak pilotée par l'association européenne des fabricants d'aides auditives font donc référence pour les années récentes et les comparaisons internationales ; les données de la cohorte Constances ne sont pas encore pleinement disponibles. Ces données, ainsi que celles de l'OMS, ne sont pas tout à fait cohérentes entre elles, faute notamment de méthodologie commune ;

- taux d'appareillage : de la même façon, les taux d'appareillage comparés d'un pays européen à l'autre sont tirés des fréquentes études EuroTrak ; les projections sur les taux d'appareillage au niveau national sont inférées par les syndicats d'audioprothésistes à partir de ces données ;

- observance : seules les données de l'enquête EuroTrak donnent une idée du niveau de l'observance des patients en France et permettent ainsi d'affirmer que ce dernier y aurait été particulièrement élevé comparativement à nos voisins (jusqu'au 100 % Santé) ;

- marché (cf. supra 1.2.1) : jusqu'en 2018, les données du pôle audiologie du SNITEM faisaient référence dans la filière. Un changement de méthode de comptabilisation et la mise en œuvre du 100 % Santé ont amené les acteurs de la filière à considérer que les données du Système national des données de santé (SNDS) étaient dorénavant à privilégier ;

- démographie des ORL (cf. infra 2.2.1.2) : la profession d'ORL n'a pas donné lieu à des travaux spécifiques de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) à la différence d'autres spécialités (ophtalmologistes par exemple) ;

- démographie des audioprothésistes et définition du quota (cf. infra 2.2.2.3) : on ne dispose pas de projections du nombre d'audioprothésistes dans les dix prochaines années et la mise en place du 100 % Santé n'a pas donné lieu à une réflexion associant tous les acteurs concernés et s'appuyant sur des données objectives en matière démographique.

1.4.2 Des pratiques promotionnelles à surveiller

[52] Les campagnes promotionnelles des audioprothésistes et à propos des aides auditives ne sont pas un phénomène nouveau. Toutefois, on assiste depuis le 100 % Santé à une floraison de campagnes promotionnelles par les distributeurs et par quelques fabricants. Ces publicités peuvent paraître parfois excessives et ne pas servir suffisamment les objectifs de santé publique³³.

[53] Certaines pratiques actuelles peuvent également constituer 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'État (DGCCRF³⁴) et les tribunaux quand ils estiment que leurs concurrents recourent à de telles pratiques – lesquelles requièrent également la vigilance des services de l'État. Il serait opportun 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 (cf. *infra*).

[54] La mission considère que les pistes visant une interdiction totale de la publicité seraient difficiles à mettre en œuvre juridiquement et comporteraient des risques d'effets pervers. Si les pouvoirs publics voulaient agir pour mieux encadrer les pratiques promotionnelles, ils ont toutefois plusieurs voies à leur disposition :

- renforcer les moyens de l'ANSM afin qu'elle puisse surveiller plus étroitement (*a posteriori*) les publicités sur les aides auditives ;
- instaurer un mécanisme d'autorégulation de la profession ;
- prendre un décret précisant les règles applicables à l'information et la publicité des audioprothésistes 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.

1.4.3 La nécessité d'un contrôle plus efficace de la réglementation

[55] 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 été appelée à plusieurs reprises par des ORL et des audioprothésistes sur diverses infractions : incitation à la prescription d'aides auditives à des médecins généralistes par des audioprothésistes³⁵, exercice illégal de la profession d'audioprothésiste par des assistants, des techniciens ou des opticiens, appareils de classe I vendus avec des restes à charge important moyennant la vente de suppléments

³³ 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.

³⁴ Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

³⁵ Le CNP ORL a transmis à la mission un courrier qui aurait été rédigé par un audioprothésiste à l'attention d'un médecin généraliste lui demandant d'apposer sa signature sur une prescription à partir de tests audiométriques réalisés sur un patient commun.

non réglementaires³⁶, faible présence des audioprothésistes dans les centres, pratique déloyale ou mensongère en matière de promotion...

[56] Plusieurs autorités publiques sont chargées du contrôle du secteur de l'audioprothèse : les Agences régionales de santé (ARS), les CPAM et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour le ministère chargé de la santé, la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) pour le ministère chargé de l'économie, outre l'Autorité de la concurrence. Les ARS rencontrées ne semblent pas réaliser, sauf exception et faute de moyens adaptés et de directives à ce sujet, de contrôles sur les audioprothésistes³⁷. Les contrôles réalisés par les CPAM semblent, pour leur part, focalisés sur la mise en œuvre 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.

[57] Compte tenu de l'enjeu que représente le 100 % Santé, il serait opportun de prioriser le contrôle de la facturation et des prix par les CPAM et de la réglementation professionnelle par les ARS. Il pourrait être envisagé de cibler les centres d'audioprothèses dont des indicateurs de suivi pourraient indiquer de mauvaises pratiques³⁸.

Recommandation n°4 Lancer une campagne de contrôles conjoints des audioprothésistes par les CPAM-ARS

[58] 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^{er} octobre 2020 pour une durée d'un an. L'objectif de la DGCCRF est de réaliser 700 contrôles. Dans ce cadre, 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. Un bilan de l'enquête sera réalisé en fin d'année 2021.

[59] Parmi les problèmes de non-conformité déjà constatés par les services de la DGCCRF, mais pas spécifiquement pour les audioprothésistes, figuraient notamment les points problématiques suivants : 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 %) ou existence de contrats et clauses abusives (4 %).

Recommandation n°5 Renouveler la campagne de contrôle de la DGCCRF sur les audioprothésistes

³⁶ Le SDA a transmis à la mission un exemple de facture comprenant des suppléments importants pour la vente de deux aides auditives de classe I (pour plus de 1 000 €) qui n'apparaîtraient pas sur le devis normalisé ni sur la feuille de soins transmise à l'assurance maladie.

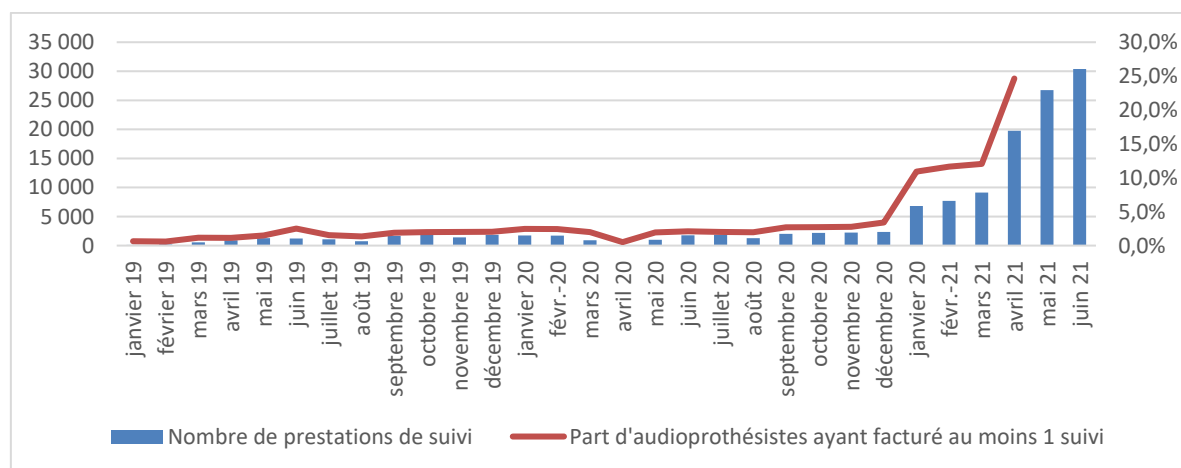
³⁷ S'agissant d'une profession sans ordre, dont l'exercice professionnel est déjà régi par des textes réglementaires et qui devrait, à terme, être précisé par des décrets recommandés par la mission (cf. infra, 2.2.2.1), les ARS sont les seules à pouvoir réaliser des contrôles.

³⁸ Par exemple : nombre d'aides auditives vendues par audioprothésiste, nombre de suivis réalisés au cours du mois ou nombre de centres gérés par audioprothésiste.

1.4.4 Des incertitudes sur l'effectivité et la qualité du suivi

[60] A l'occasion du comité de suivi de la réforme du 100 % Santé du 13 avril 2021, il a été constaté que très peu de 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. Le ministre des solidarités et de la santé a alors 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 des télétransmissions de suivi au cours des derniers mois (cf. graphique suivant).

Graphique 4 : Evolution du nombre de prestations de suivi et de la part d'audioprothésistes ayant facturé au moins un suivi (janvier 2019-juin 2021³⁹)



Source : CNAM

[61] 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 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 suivi⁴⁰, comme pour tout appareil ou accessoire, dans un délai de deux ans et trois mois⁴¹, mais le nombre de télétransmissions de suivi continue d'apparaître nettement insuffisant pour attester de la matérialité du suivi.

[62] 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'État pour ne pas immédiatement mettre en

³⁹ Part d'audioprothésistes ayant facturé au moins un suivi non disponible pour les mois de mai et juin 2021.

⁴⁰ 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.

⁴¹ Principe général prévu par l'article L332-1 du code de la sécurité sociale. 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).

place la dissociation tarifaire de la prestation et de l'appareil. Le devis normalisé actuellement en vigueur ne distingue d'ailleurs plus le prix de l'appareil et le tarif des prestations, contrairement au précédent modèle, qui datait de 2008.

[63] Les responsabilités semblent partagées entre l'assurance maladie et les audioprothésistes, qui n'ont pas mis ce sujet, au moins dans un premier temps, au premier plan de leurs priorités. Dans le détail, les raisons sont les suivantes :

- l'utilisation insuffisante de SESAM-Vitale par les audioprothésistes ;
- une méconnaissance de la part des audioprothésistes des différentes modalités permettant la télétransmission des prestations de suivi ;
- des difficultés de mise en place de la facturation à 0,01€ chez le principal éditeur de solutions logicielles pour les audioprothésistes ;
- des difficultés et délais pour obtenir les cartes CPE / CPS qui permettent de télétransmettre ;
- des difficultés de mise en place de la nouvelle procédure de télétransmission au sein de certaines CPAM.

[64] 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 et effectuée en présence du patient, dans la continuité immédiate de la 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 prestation⁴².

Recommandation n°6 Prévoir une télétransmission systématique et obligatoire, en présence du patient, des prestations de suivi juste après leur réalisation

[65] 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 des deux rendez-vous de suivi annuels. Toujours recommandés pour les audioprothésistes, ces deux rendez-vous devraient en outre devenir un droit opposable pour les patients. Concrètement, les patients qui ne se verraient pas proposer deux rendez-vous de suivi annuels pourraient saisir la CPAM pour obtenir la réalisation de ces derniers par l'audioprothésiste ayant réalisé la vente de leurs aides auditives.

Recommandation n°7 Créer pour les patients un droit opposable à deux rendez-vous de suivi annuels à partir de la deuxième année suivant l'appareillage

⁴² Afin d'éviter les fraudes qui consistent à ce que des assistants réalisent le suivi à la place des audioprothésistes.

1.5 Des ajustements nécessaires sur plusieurs aspects de la réforme

1.5.1 Des caractéristiques techniques, calendaires et tarifaires de la nomenclature à rediscuter

[66] Comme il a déjà été souligné, le protocole d'accord de juin 2018 a défini la majorité des caractéristiques du panier 100 % Santé. Il a fait suite à une négociation de plusieurs mois entre État, fabricants et audioprothésistes. 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 évoqués précédemment.

[67] Les aides auditives de la classe I sont unanimement considérées comme de très bonne qualité. La définition de spécifications techniques de haut niveau pour le panier 100 % Santé a entraîné la disparition de deux niveaux de gamme dans l'offre préexistante des fabricants, qui fait du marché français un marché qualifié de « haut de gamme »⁴³.

[68] Au-delà de ce bilan très général, la mission considère qu'il serait utile d'envisager des adaptations des caractéristiques techniques, tarifaires et temporelles du 100 % Santé dans le secteur audiologique. Celles-ci devraient s'inscrire dans une discussion globale, une fois que le marché sera revenu à un rythme de croissance normal (autour du deuxième semestre 2022) :

- la définition d'indications spécifiques pour lesquelles la classe II serait médicalement recommandée⁴⁴ ;
- une intégration rapide du *bluetooth* dans les caractéristiques de la classe I et, à terme, du rechargeable (une fois que le coût de production de cette option aura significativement baissé) ;
- un relèvement du niveau de remboursement des piles ;
- une révision du plafond de prise en charge pour les enfants (1 700 €⁴⁵) ;
- un relèvement du prix maximum autorisé pour les aides auditives fournies aux bénéficiaires de la C2S, au niveau du droit commun de la classe I.

[69] La « clause volume », qui prévoyait l'abaissement du prix limite de vente (PLV) de la classe I à 900 € en cas de réalisation de diverses conditions de marché, devrait être activée. Les audioprothésistes et les fabricants y sont défavorables, considérant qu'avec près de 40 % de classe I, une condition substantielle de l'accord n'est pas remplie⁴⁶ et que les incertitudes sur l'évolution du marché en 2022 sont trop importantes. L'observation des tendances de marché sur les premiers mois

⁴³ Deux études, l'une de l'UFC Que Choisir concluant à l'absence de supériorité de la classe II sur la classe I, l'autre de la SFA, aboutissant à la conclusion inverse ont été portées à la connaissance de la mission (cf. annexe 2)

⁴⁴ Pour ces cas, un remboursement de la classe II sans reste à charge pourrait être envisagé. Afin d'éviter la sur-prescription d'aides de classe II, des garde-fous devraient être fixés, comme la mise en place d'un système d'accord préalable entre l'audioprothésiste et un médecin conseil de la CPAM, géré de façon électronique.

⁴⁵ Le protocole d'accord de juin 2018 a fixé un plafond de prise en charge pour les contrats responsables à 1 700€ TTC 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 voit imputer un reste à charge.

⁴⁶ Pour rappel, cette appréciation de cette clause n'est pas partagée par l'administration.

de 2022 devrait suffire à confirmer ou, au contraire, infirmer ces craintes. L'activation de la baisse du prix de la classe I pourrait ainsi être envisagée à la fin du premier trimestre 2022.

Recommandation n°8 Enclencher la clause d'abaissement du prix limite de vente des appareils de classe I à 900 € puis engager une négociation globale sur les caractéristiques du 100 % Santé dans la filière auditive

[70] Par ailleurs, la réforme 100 % Santé a fait passer la garantie minimale du fabricant de chaque aide auditive à quatre ans⁴⁷. 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. En première approche, le niveau de tarification des assurances proposées par les audioprothésistes pour couvrir les risques semble excessif⁴⁸. La mission considère donc nécessaire d'inciter les acteurs de la filière à modérer le niveau de ces polices d'assurances, en prévoyant par exemple de limiter l'assurance au seul prix catalogue de l'appareil.

[71] 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. En revanche, au moment du renouvellement, cette période apparaît excessivement longue à certains audioprothésistes, ainsi qu'à des usagers qui souhaiteraient pouvoir se passer de certains rendez-vous. En effet, la phase d'habituation au port des aides auditives et l'accompagnement à leur port ne sont plus indispensables. Pour cette raison, il pourrait être envisagé de réduire la période d'essai du renouvellement à 15 jours.

1.5.2 Une mise en œuvre inaboutie du tiers payant intégral

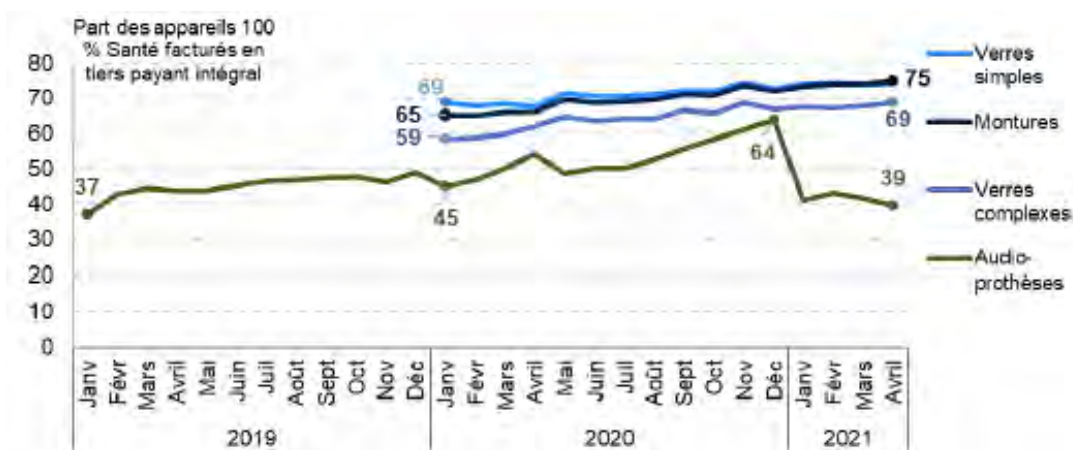
[72] L'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 prévoit que les organismes complémentaires doivent permettre aux assurés, avant le 1^{er} janvier 2022, de bénéficier du tiers payant intégral sur le panier 100 % Santé. Selon les données présentées dans le rapport d'évaluation 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. Les OCAM contestent ces données et estiment que le taux de tiers payant intégral sur la classe I était fin 2020 de l'ordre de 80 %. La part de tiers payant intégral dans le secteur des audioprothèses était, à cette date, très inférieure à celle observée dans l'optique. Depuis le début de l'année 2021, la part de tiers payant intégral aurait significativement diminué⁴⁹.

⁴⁷ 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... ».

⁴⁸ Les primes d'assurances sont établies pour couvrir le remboursement d'un appareil dont le prix patient 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. Ce prix d'achat par le patient couvre également les prestations de suivi de l'ensemble de la période d'appareillage.

⁴⁹ En raison de la baisse relative du poids des bénéficiaires de la C2S dans le nombre total de personnes appareillées, ces derniers bénéficiant obligatoirement du tiers payant intégral.

Graphique 5 : 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

[73] La question de l'accessibilité au tiers payant sur la part complémentaire fait l'objet de débats tendus entre les audioprothésistes et les OCAM. Les premiers 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. Les OCAM reconnaissent la multiplicité des circuits mais indiquent ne pas avoir connaissance de dysfonctionnements particuliers sur ce secteur. 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 processus serait complexifié par l'obligation d'établir un devis avant le choix de l'aide auditive par le patient.

[74] Des évolutions sont nécessaires pour atteindre l'objectif de la LFSS 2021. De manière générale, les relations et les modalités d'échanges avec les organismes complémentaires restent trop complexes. Pour les audioprothésistes, l'identification du processus d'échange avec chaque OCAM reste difficile et une standardisation des conditions de réalisation du tiers payant est nécessaire. La mission considère que la définition au niveau réglementaire des spécifications techniques permettant d'assurer l'effectivité du tiers payant sur le panier 100 % Santé est nécessaire pour atteindre cet objectif⁵⁰. Enfin, les représentants des audioprothésistes considèrent que le tiers payant intégral est indûment employé par les OCAM comme un argument commercial en faveur des réseaux de soins⁵¹. Les audioprothésistes demandent donc un accès identique au tiers payant, quel que soit le centre dans lequel les patients s'équipent, que ce centre adhère ou non au réseau de soins de la complémentaire.

Recommandation n°9 Etendre l'obligation pour les OCAM du tiers payant intégral aux appareils de classe II et définir au niveau réglementaire des spécifications techniques permettant d'assurer son effectivité

⁵⁰ 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.

⁵¹ Les OCAM réserveraient la réalisation du tiers payant sur la part AMC aux seuls membres de leurs réseaux de soins.

1.5.3 Un niveau de remboursement des OCAM qui fait l'objet d'interrogations de la part des audioprothésistes

[75] Les représentants des audioprothésistes considèrent que les patients sont privés de leur « liberté de choix » du fait des pratiques des OCAM qui rembourseraient souvent de façon significativement 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 et bénéficier du même socle de remboursement. Ils seraient libres, ensuite, de payer davantage pour accéder à des appareils de classe II. Le SYNEA a livré à la mission des éléments d'analyse de son « observatoire des remboursements » qui montrerait que 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. *In fine*, selon le SYNEA, la stratégie tarifaire des complémentaires santé se retournerait donc contre ces dernières.

[76] Plus fondamentalement peut-être, selon le SDA, l'absence de plancher fixé aux OCAM pour le remboursement de la classe II (en dehors du ticket modérateur) servirait à ces derniers à vendre aux malentendants des contrats plus chers, s'ils veulent bénéficier de remboursements comparables entre classe I et classe II. Les OCAM développeraient ainsi une stratégie de sélection du risque qui les amèneraient à défavoriser les personnes âgées déficientes auditives.

[77] Au-delà de leur intérêt financier, les audioprothésistes soutiennent que ces pratiques de remboursements significativement inférieurs de la classe II seraient contradictoires avec les objectifs de l'État. Il ferait en effet courir un risque : (i) de moindre observance⁵² du fait d'un choix de produit inadapté ; (ii) d'insatisfaction des assurés, qui ne comprennent pas l'existence d'un remboursement inférieur pour un produit plus sophistiqué et plus adapté à leur besoin, qui risque de nuire à la bonne appréciation de la réforme.

[78] Les représentants des audioprothésistes revendiquent ainsi 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. 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. 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. 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.

[79] Par ailleurs, toute évolution en la matière est fortement liée à l'issue des réflexions relatives au scénario de mise en place d'une « Grande Sécu », actuellement expertisé par le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance-maladie (HCAAM), au même titre que trois autres scénarios. Dans au moins deux scénarios, les conséquences pour le remboursement des aides auditives pourraient être très significatives :

- dans le scénario de « Grande Sécu », la classe I pourrait être intégralement remboursée par l'assurance maladie obligatoire ; ce panier devrait être régulièrement révisé pour intégrer

⁵² Alors même que le haut niveau de l'observance était jusqu'à présent une caractéristique du marché français.

l'innovation ; les OCAM pourraient continuer à proposer des contrats dont certaines garanties permettraient d'assurer tout ou partie du remboursement d'aides auditives à tarif libre⁵³ ;

- dans le scénario de décroisement entre les domaines d'intervention de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires, 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 auditives⁵⁴, et les OCAM deviendraient le financeur unique et le régulateur ;
- dans le scénario d'amélioration dans le cadre de l'architecture actuelle, il pourrait effectivement être envisagé de contraindre davantage les OCAM sur le niveau de remboursement de la classe II, en définissant un plancher plus élevé que le ticket modérateur et qui pourrait aller jusqu'à un alignement avec le remboursement de la classe I (cf. *supra*) ;
- dans le scénario d'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, il n'y aurait pas de raison de changer la situation actuelle.

2 Le 100 % Santé agit comme un révélateur des enjeux de la filière auditive

2.1 Des actions insuffisantes en matière de prévention et de dépistage

2.1.1 Une épidémiologie mal connue en dépit des enjeux économiques, sociaux et de santé publique

2.1.1.1 Des données épidémiologiques qui pourraient être améliorées

[80] Assez peu de données épidémiologiques précises et récentes sont disponibles en France sur les déficiences auditives en général, et notamment sur la presbycousie⁵⁵.

[81] Selon l'enquête Handicap Santé réalisée en 2008 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé de la santé sur une base purement déclarative, 10 millions de personnes avaient des limitations fonctionnelles auditives (LFA)⁵⁶, dont une partie étaient appareillées d'aides auditives. Parmi elles, environ 5,5 millions étaient concernées par une limitation moyenne à lourde, dont 360 000 par une LFA très grave ou totale. La prévalence

⁵³ Selon certaines analyses de représentants d'OCAM, la conséquence directe pour la filière auditive (de même que pour l'optique et le dentaire) serait la contraction forte du réseau des audioprothésistes : la mise en place de la « Grande Sécu » favoriserait nettement la classe I et fragiliserait ainsi l'équilibre économique des centres d'audioprothèses les moins robustes. Par voie de conséquence, ce scénario pourrait accroître les difficultés d'accès dans certains territoires.

⁵⁴ Le HCAAM constate que dans ce scénario, on pourrait s'attendre « à une 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 surreprésentées parmi les sortants ».

⁵⁵ 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.

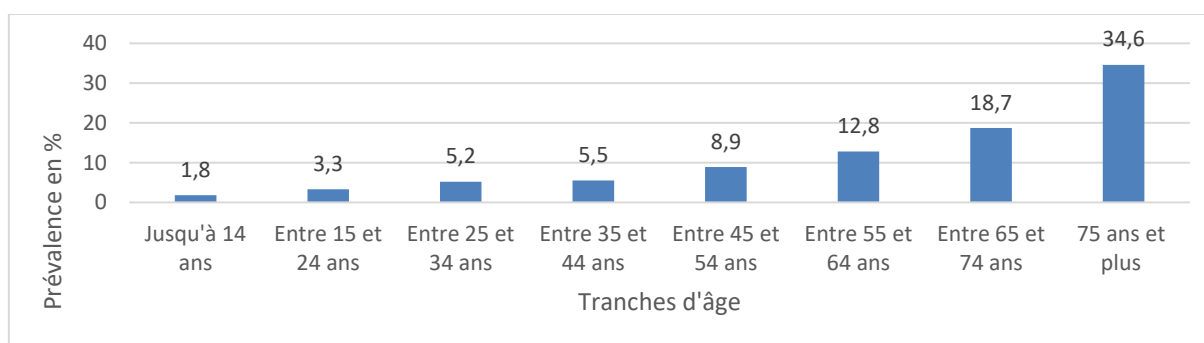
⁵⁶ Les personnes ayant déclaré souffrir de surdité, malentendance, ou d'une autre déficience auditive ainsi que celles ayant des difficultés à entendre ce qui se dit dans une conversation avec plusieurs personnes sont considérées comme ayant une limitation fonctionnelle auditive.

globale, en tenant compte des personnes en institution, était évaluée à 16 %. Si l'on exclut les limitations « légères », le taux de prévalence était de 8,6 %.

[82] Selon les enquêtes EuroTrak, la prévalence des déficiences auditives en France était un peu différente : 10,0 % en 2018, soit un niveau à peu près stable au cours du temps⁵⁷.

[83] Les déficiences auditives augmentent néanmoins fortement avec l'âge : elles concernent ainsi 5 % des personnes entre 25 et 44 ans, 12,8 % entre 55 et 64 ans, 18,7 % entre 65 et 74 ans et près de 35 % après 75 ans. Une grande majorité des déficients auditifs, et en particulier des personnes atteintes de presbycousie, sont ainsi des personnes âgées ou très âgées.

Graphique 6 : Prévalence des troubles de l'audition par tranches d'âge en France



Source : EuroTrak 2018

[84] Le vieillissement de la population va donc entraîner mécaniquement une augmentation de la population malentendante en France, et en particulier des cas de presbycousie. Le SYNEA estime ainsi qu'il y aura huit millions de malentendants en France à l'horizon 2035, soit une augmentation de près de 20 % par rapport à 2020. On ne connaît pas, toutefois, le nombre des personnes qui seront atteintes spécifiquement de presbycousie, et pas davantage le nombre des personnes susceptibles de faire l'objet d'un appareillage par des aides auditives pour raisons médicales.

[85] Il serait opportun de mettre en place, à l'avenir, un suivi régulier de l'épidémiologie des déficiences auditives, et notamment de la presbycousie, afin que les autorités de santé et les acteurs de la filière auditive disposent d'une vision fine et actualisée de la situation. Il serait également important d'évaluer plus précisément le nombre de personnes appareillables pour des motifs médicaux et de suivre l'observance en vie réelle sur différents échantillons de population.

Recommandation n°10 Mettre en place un suivi régulier de l'épidémiologie des déficiences auditives, et notamment de la presbycousie

2.1.1.2 Des enjeux importants de santé publique

[86] La publication par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) du premier rapport mondial sur l'audition, en 2021, a permis d'inscrire les déficiences auditives parmi les priorités internationales de santé publique. Ce rapport place, en effet, les déficiences auditives au quatrième rang en 2019 des maladies qui entraînent le plus grand nombre d'années d'incapacité (4,7 % du total), après le mal au

⁵⁷ En 2009, selon EuroTrak, la prévalence était estimée à 10,4 %, à 9,4 % en 2012 et à 9,3 % en 2015.

dos, la dépression et la migraine, et au premier rang s'agissant des personnes de plus de 70 ans (9,3 % du total)⁵⁸.

[87] L'OMS insiste notamment sur le fait qu'une déficience auditive non traitée peut avoir de nombreux impacts négatifs sur la santé, tant en matière d'écoute et de communication, que de langage et de parole, de cognition (la surdité est le principal facteur de risque évitable des démences liées à l'âge), d'isolement social et de solitude ou encore d'altération de la santé mentale et de la perception de l'environnement sonore et spatial – laquelle peut aboutir à des pertes de l'équilibre et à une augmentation du risque de chute ; certaines études identifient enfin la surdité comme étant associée à une augmentation du risque de mortalité.

[88] Les déficiences auditives ont également un impact économique considérable. Le rapport mondial sur l'audition de l'OMS estime le coût global de la perte auditive non corrigée à plus de 980 Mds de dollars dans le monde, dont 225 Mds de dollars dans la région Europe. Selon un rapport de Jean de Kervasdoué et de Laurence Hartmann le coût économique du déficit auditif en France se serait élevé, en l'absence de toute prise en charge audioprothétique, à 24 Mds€ en 2016⁵⁹.

2.1.2 Un dépistage systématique de la presbyacousie à organiser avant 60 ans

[89] Les consultations auprès des ORL et des médecins généralistes sont une occasion privilégiée de sensibiliser les patients atteints de presbyacousie à leur situation et de les dépister sur un mode opportuniste. Il n'existe pas, à la différence des surdités professionnelles, de programme national de prévention ni de dépistage en matière de presbyacousie. Plusieurs initiatives intéressantes existent toutefois. La « journée nationale de l'audition » est ainsi l'occasion d'événements dans toute la France en matière de prévention et de dépistage. Les audioprothésistes proposent également de très nombreux tests auditifs et bilans auditifs à titre gracieux. L'application « avancer en âge en bonne santé » lancée par Santé Publique France fin 2020 permet, par ailleurs, une auto-évaluation des besoins et offre des conseils opérationnels personnalisés pour une prévention renforcée dès 40-45 ans ; il faut enfin mentionner l'expérimentation dans plusieurs régions d'un programme de dépistage de la fragilité selon la démarche ICOPE⁶⁰, conçue par l'OMS et qui inclut les déficiences auditives.

[90] L'absence de dépistage organisé de la presbyacousie se traduit notamment par un décalage de plusieurs années entre l'apparition des premiers symptômes et l'âge moyen auquel intervient le premier appareillage (entre 73 et 75 ans avant le 100 % Santé, d'après les données disponibles).

[91] A l'avenir, il serait souhaitable de réaliser un dépistage de la presbyacousie de manière plus large et plus précoce pour les personnes entre 55 ans et 60 ans, qu'il conviendrait de répéter périodiquement ensuite. L'existence d'outils simples et rapides (test de la voix chuchotée, questionnaire HHIE-S⁶¹ en dix questions, application Höra) permettrait d'atteindre cet objectif pour un coût relativement faible. Il appartiendrait à la CNAM de mettre en place ce dépistage organisé, qui pourrait être expérimenté dans une dizaine de départements dans un premier temps.

Recommandation n°11 Proposer à toute personne atteignant son 55^{ème} anniversaire de réaliser un test d'audition

⁵⁸ 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 bien sûr.

⁵⁹ Jean de Kervasdoué et Laurence Hartmann. *Impact économique du déficit auditif en France et dans les pays développés*, 2016, 96 p.

⁶⁰ « Integrated Care for Older People »

⁶¹ « Hearing Handicap Inventory for the Elderly Screening », traduit en français par une équipe du CHU de Bordeaux.

2.1.3 Une inclusion imparfaite de la presbycousie dans les priorités et les programmes de santé publique

[92] Depuis le plan triennal 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, il n'existe plus de plan global ni de stratégie spécifiquement consacrés à l'audition, ni *a fortiori* à la presbycousie, alors que les surdités néonatales, l'exposition au bruit ou encore les surdités professionnelles sont considérées comme des priorités de santé publique et font l'objet de programmes spécifiques.

[93] 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 presbycousie, 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.

Recommandation n°12 Lancer les travaux d'élaboration d'une stratégie pluriannuelle sur l'audition, intégrée dans la stratégie nationale de santé et le plan national de santé publique

2.2 Une modernisation nécessaire des professions de la filière

2.2.1 Des ORL confrontés à des enjeux démographiques et organisationnels

2.2.1.1 Des ORL au cœur de la filière auditive

[94] L'Oto-rhino-laryngologie (ORL) est une des quatre spécialités médico-chirurgicales avec la chirurgie générale, la neuro-chirurgie et l'ophtalmologie. C'est aussi une spécialité très vaste : elle est consacrée aux anomalies de l'oreille, du nez et des sinus, de la gorge et du cou et 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. Ce n'est pas une spécialité en accès direct, à la différence des ophtalmologistes pour certaines indications.

[95] En 2020, selon l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) 2 809 médecins de moins de 70 ans en activité déclaraient avoir un exercice principal en ORL et chirurgie cervico-faciale. Cela représente seulement un peu plus de 1 % du total des médecins en activité et une densité de 4,2 ORL pour 100 000 habitants et de 15,7 ORL pour 100 000 habitants de 60 ans et plus – soit deux fois moins que les ophtalmologistes. L'âge moyen des ORL est de 51 ans et on ne compte parmi eux que 30 % de femmes, même si l'on assiste depuis quelques années à une féminisation forte et rapide de la profession.

[96] A la différence de ce qui se passe dans d'autres pays, les ORL ont tendance à se spécialiser dans leur exercice hospitalier. En ville, leur activité ORL est nécessairement plus diversifiée mais l'otologie représente une part importante, et semble-t-il en forte croissance, de l'activité des ORL libéraux (de l'ordre de 40 %). Ces derniers se consacrent également de façon croissante, depuis plusieurs années, à la prise en charge des pathologies du sommeil, de l'odorat et du goût. Selon la CNAM, les audiogrammes représentent, au total, entre 37 % et 39 % du volume total des actes effectués par les

ORL (2,1 millions d'actes en 2019)⁶². Parmi les audiogrammes, les deux principaux actes sont les « audiométries tonales ou vocales⁶³ » (63 % du total), loin devant les « audiométries tonales avec tympanométries⁶⁴ ». Selon le Conseil national professionnel (CNP) d'ORL, l'activité chirurgicale diminue progressivement et devrait continuer à reculer au profit de la médecine préventive (par exemple le traitement des syndromes d'apnées obstructives du sommeil – SAHOS) et de la pratique médicale.

[97] 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 moins⁶⁵, mais non pour les autres patients. Jusqu'au 1^{er} 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.

Tableau 2 : Règles de prescription des aides auditives 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

[98] Lors d'une primo-prescription, l'ORL indique, en principe, si l'appareillage envisagé doit être uni ou bilatéral et, dans le cas d'un appareillage unilatéral, les contre-indications éventuelles à l'appareillage pour la seconde oreille. Il indique également si l'appareillage correspond à une pathologie complexe. A la différence de l'ophtalmologiste, qui prescrit la correction requise (l'opticien-lunetier ne faisant que la mettre en œuvre), l'ORL ne se prononce pas sur le choix de telle ou telle aide auditive. C'est le rôle de l'audioprothésiste qui, connaissant les appareils disponibles, la choisit en fonction du type de déficience, de l'environnement sonore du patient et qui effectue les réglages⁶⁶.

[99] En pratique, les ORL effectuaient avant le 100 % Santé environ 70 % des prescriptions d'aides auditives⁶⁷, la moitié de ces prescriptions concernant un renouvellement. Très peu d'ORL se spécialisent apparemment dans la prescription d'appareillages : 6 % seulement d'entre eux prescrivent plus de 31 aides auditives par an alors que près de 60 % en prescrivent entre 6 et 20 par an.

⁶² Les données de 2020 ne sont pas représentatives.

⁶³ Code de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) : CDQP00210.

⁶⁴ Code CCAM : CDQP01510.

⁶⁵ Pour la primo-prescription des patients de moins de six ans, l'ORL doit avoir suivi une formation spécifique.

⁶⁶ Le rôle relativement effacé de l'ORL par rapport à celui de l'ophtalmologiste tiendrait au caractère historiquement très peu sophistiqué des aides auditives.

⁶⁷ Source : opérateur de tiers-payant (cf. infra, 2.2.1.4 pour les données détaillées).

2.2.1.2 Des contraintes démographiques fortes

[100] Comme pour de nombreuses autres professions de santé, la démographie des ORL constitue une source de préoccupation en raison de plusieurs facteurs⁶⁸. Selon des travaux déjà un peu anciens de la DREES, publiés en 2015, le nombre d'ORL en exercice devrait décroître sensiblement (-500) au cours de la décennie 2020 puis remonter lentement au cours de la décennie 2030 pour s'établir en 2040 à un niveau légèrement supérieur à celui atteint en 2022 (+130). Entre 2015 et 2040, les ORL seraient ainsi l'une des très rares spécialités à connaître une diminution du nombre de praticiens en activité (-5,1 %), avec les médecins du travail (-16,2 %) et les dermatologues (-12,7 %).

Tableau 3 : 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

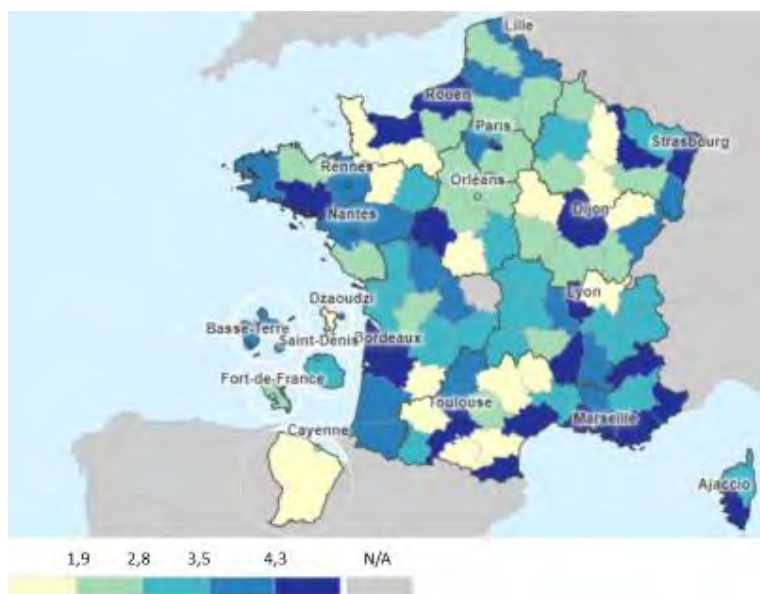
[101] Les enjeux démographiques sont accentués, dans la filière auditive, par le départ à la retraite de la génération des médecins titulaires de l'ancien Certificat d'études spécialisées (CES) et par l'évolution du profil et du mode de vie des nouveaux médecins – deux facteurs qui accélèrent la réduction du temps médical disponible en ORL.

[102] Du fait de la concentration des ORL dans quelques régions (45 % sont installés en Ile-de-France, PACA et Auvergne Rhône-Alpes), plusieurs départements comptent déjà très peu d'ORL exerçant en libéral, comme le montre la carte ci-dessous. La répartition départementale fait également apparaître, selon le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), des situations de tension démographique, avec dans certains cas une proportion d'actifs retraités supérieure à 50 %.

[103] Cette situation est appelée à se dégrader au cours des prochaines années. Ainsi, selon les projections du CNOM, de nombreux départements comme l'Ain, la Gironde ou l'Yonne devraient connaître une situation alarmante en 2030.

⁶⁸ 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 à la différence d'autres spécialités (ophtalmologistes par exemple).

Carte 1 : Densité des ORL par département en 2021



Source : CNOM

[104] De fortes disparités dans la densité des ORL existent aussi à un niveau territorial plus fin, comme le montre le cas des Hauts-de-France. La concentration en cours de l'activité chirurgicale sur quelques gros plateaux techniques hospitaliers publics et privés va également contribuer à rendre encore plus inégale la répartition sur le territoire des ORL libéraux.

[105] Selon les données publiées par la Société française d'audiologie (SFA), les délais moyens de rendez-vous chez un ORL, bien que variables, demeuraient cependant raisonnables en 2019. Ils s'établissaient en effet à un mois pour 35 % des patients et à trois mois et plus pour 15 % des patients. Dans les villes avec une densité d'ORL élevée, comme Paris, ils ne dépassaient pas de deux à trois semaines mais pouvaient atteindre plusieurs mois dans des départements mal dotés comme la Lozère. Ils ne semblent pas, par ailleurs, avoir augmenté significativement 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 selon des données collectées par Doctolib à la demande de la mission.

[106] Ce délai est toutefois très variable selon les départements selon les données fournies à la mission par Doctolib. Il est compris, pour les rendez-vous pris en ligne, entre dix et quinze jours environ dans de petits départements ruraux (Ardennes, Aveyron, Aude...), autour de 20-25 jours à Paris et en banlieue ou dans le Var, plus de 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 et plus dans l'Ariège, en Haute-Saône et dans la Vienne. Des exemples de délais de l'ordre de six mois ont par ailleurs été fournis à la mission pour des villes comme Brest et Nantes.

2.2.1.3 Un développement nécessaire du travail aidé des ORL, des protocoles de coopération avec les autres professionnels et de la télé-audiologie

[107] 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, le diagnostic, qu'il réalise, le traitement, qu'il prescrit et qui peut être médical, audioprothétique ou chirurgical – jusqu'au suivi personnalisé.

[108] Toutefois, à la différence des ophtalmologistes, les ORL libéraux ont conservé dans l'ensemble un mode d'exercice essentiellement mono-site et font peu appel pour les seconder à d'autres professionnels de santé paramédicaux au sein ou en dehors de leur cabinet. Ils ont également limité pour l'instant les actes délégués ou transférés à d'autres professionnels. Ainsi, les ORL et les médecins en général 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 2007⁶⁹. De même, seuls les médecins peuvent, en principe, extraire un bouchon de cérumen.

[109] Il n'existe pas non plus de protocole de coopération national ou local ni de protocole organisationnel en ORL. 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, Potentiels évoqués auditifs – PEA, otoémissions...). Une telle perspective semble au demeurant peu réaliste concernant ces deux catégories de professionnels, dans la mesure où leurs représentants ne le souhaitent pas – les orthophonistes affirmant être débordés par leurs tâches actuelles et les audioprothésistes risquant d'être considérés comme étant en situation de conflit d'intérêts (cf. *infra*).

[110] Les représentants des ORL souhaitent toutefois s'engager désormais dans la voie du travail aidé dans leur cabinet ou à distance pour la réalisation d'examen simples, notamment les explorations fonctionnelles. Aux yeux du CNP 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 des examens comme l'audiométrie tonale, l'audiométrie vocale, l'audiométrie vocale dans le silence et dans le bruit et l'impédancemétrie tympanique.

[111] Ils envisagent, pour cela, de recourir à un spectre très large de professionnels, en particulier de santé (infirmiers, puéricultrices, manipulateurs en électroradiologie, auxiliaires de puériculture et aides-soignants). Le Syndicat national des médecins spécialisés en ORL et chirurgie cervico-faciale (SNORL) a ainsi fait part à la mission d'un projet de création d'assistants médicaux. Il ne paraît toutefois pas envisageable, dans l'immédiat, d'ouvrir aussi largement le champ des professionnels de santé susceptibles de se voir confier ces nouvelles activités. Afin de sécuriser la qualité des explorations fonctionnelles, le niveau de formation et de compétences des IDE serait adapté. Néanmoins, une telle ouverture ne pourrait *a priori* bénéficier qu'à un nombre aujourd'hui limité d'ORL libéraux, essentiellement ceux exerçant dans des cabinets de groupe et/ou Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Seuls ces derniers pourraient, en effet, disposer d'un volume d'activité suffisant pour rentabiliser un investissement dans des ressources humaines de ce niveau.

[112] Il devrait aussi être envisagé que certaines tâches, comme l'extraction des bouchons de cérumen, soient réalisées à l'avenir par des professionnels paramédicaux qualifiés et expérimentés (infirmiers), en priorité dans les zones de sous-densité médicale d'ORL.

Recommandation n°13 Favoriser le travail aidé en faveur des ORL libéraux et permettre la délégation de tâches simples des ORL aux infirmiers dans les zones sous-denses

⁶⁹ 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.

[113] Si l'on veut que le travail aidé se développe, il conviendra aussi, en plus de la conclusion d'un ou de plusieurs protocoles de coopération et de l'évolution des textes réglementaires, de lever une partie des contraintes liées au modèle économique 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, de dégager, sauf exception, suffisamment de marges pour financer des assistants ou des collaborateurs dans leurs cabinets. De ce point de vue, le processus de révision générale de la nomenclature des actes médicaux, engagé 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 à la nomenclature d'actes d'exploration fonctionnelle désormais assez répandus 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 cumul de tarification des actes et des consultations, sur le modèle des ophtalmologistes.

[114] Il n'existe pas en ORL d'équivalent du protocole de télé-médecine dit « Rottier » chez les ophtalmologistes⁷⁰. Alors que l'otoscopie à distance est réalisable techniquement, la mission n'a pas eu non plus connaissance d'un déploiement significatif de télécabines pour des consultations à distance, notamment installées chez les audioprothésistes, comme il en existe pour les ophtalmologistes chez les opticiens, ni de plateforme de téléconsultations spécialisée en ORL comme il en existe également en ophtalmologie⁷¹. La priorité devrait être de développer les différents aspects de la télé-audiologie en ORL pour les personnes en situation de dépendance ainsi que dans les zones en sous-densité de médecins.

Recommandation n°14 Mettre en place des expérimentations pour soutenir le développement de la télé-audiologie, en commençant par les zones sous-denses et les EHPAD

2.2.1.4 L'apport des médecins généralistes pour la prescription des aides auditives

[115] Les médecins généralistes jouent, notamment 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 des troubles de l'audition que d'orientation vers l'ORL mais aussi de prescripteurs d'audioprothèses, en primo-prescription comme en renouvellement.

[116] 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 exigeant un avis spécialisé ou une exploration spécifique. Excessivement rares seraient toutefois les médecins généralistes équipés d'appareils 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.

[117] Selon les textes en vigueur, les médecins généralistes peuvent prescrire des audioprothèses pour tous les enfants de plus de six ans et pour 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 médecins généralistes sur les quelques 100 000 généralistes installés en ville, soit plus du tiers d'entre eux, ont effectivement primo-prescrit des audioprothèses en 2019, à 84 000 patients au

⁷⁰ La CNAM a évoqué devant la mission un protocole concernant des audiogrammes à distance pour la pose d'implants cochléaires.

⁷¹ Une telle expérience, menée par une startup récemment rachetée par WSA Audiology avec le réseau de soins Santéclair, a fait l'objet des critiques d'un certain nombre de représentants de la filière.

total. 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. 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 croître depuis lors puisque plus de 34 % des aides auditives auraient été prescrites par des médecins généralistes au cours du premier semestre 2021.

Tableau 4 : Part des différents prescripteurs d'aides auditives

	2018	2019	2020	Premier semestre 2021
Médecins généralistes	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*

[118] 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 2018⁷², 25 % des aides auditives étaient alors primo-prescrites par des médecins non ORL, dont 23 % par des médecins généralistes. Selon un sondage du SDA auprès de plusieurs de ses membres à la demande de la mission⁷³, les médecins généralistes auraient prescrit près d'un tiers des aides auditives au cours des premiers mois de l'année 2021. Concernant les primo-appareillages, les médecins généralistes représentaient encore environ un quart des prescriptions.

[119] 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 entraient effectivement en vigueur au 1^{er} janvier 2022, après deux reports successifs. Celles-ci, longuement et difficilement négociées entre le CNP 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 justifient de la participation à l'intégralité d'un programme de Développement professionnel continu (DPC), validé par l'Agence nationale du DPC (ANDPC) et respectant des règles communes élaborées et recommandées par le CNP d'ORL et le CMG, et s'ils disposent d'un équipement adéquat.

[120] En pratique, le parcours prévu par l'accord CNP d'ORL-CMG n'a pas été validé à ce stade par l'ANDPC ni mis en œuvre. Aucun médecin généraliste ne répond donc à ce jour aux critères qu'il pose. Et les différentes parties prenantes se renvoient la responsabilité de la situation de blocage⁷⁴. La question se pose pourtant d'un nouveau report de l'échéance d'entrée en vigueur du dispositif au 1^{er} janvier 2022 car une application stricte du protocole entraînerait une réduction soudaine du nombre de primo-prescripteurs d'audioprothèses, qui serait divisé par dix, et un allongement probable des délais de prises de rendez-vous.

[121] Un report de l'entrée en vigueur de l'accord devrait intervenir jusqu'au moment où un nombre significatif – à établir de façon concertée – de médecins généralistes aura été formé. Il convient aussi de mettre en place le plus rapidement possible les formations adaptées et de prévoir le financement

⁷² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/aides_auditives_avis.pdf

⁷³ 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.

⁷⁴ Le CNP 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.

public de tout ou partie des équipements d'exploration fonctionnelle nécessaires chez les médecins généralistes.

Recommandation n°15 Reporter la date d'entrée en vigueur de l'obligation, pour les médecins généralistes, d'une formation en otologie médicale jusqu'à ce qu'un nombre suffisant d'entre eux soient formés

L'absence d'audiologiste, une singularité française

La plupart des pays du monde, notamment les États-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'audiologistes qui est ancrée au cœur de la filière auditive.

Le rôle de ces professionnels 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.

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 ». Aux États-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. 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.

Dans l'Union européenne, l'audiologiste recouvre, par exemple en Belgique, l'audiologue 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, et l'audicien qui, principalement en centre auditif, et comme les audioprothésistes en France, pratique la correction de la fonction auditive déficiente grâce à des dispositifs mécaniques, électroacoustiques et électroniques. Les audiologistes néerlandais sont, pour leur part, des ingénieurs dans le domaine de l'acoustique qui se spécialisent dans le domaine de l'audition. En pratique, les audiologistes diplômés dans les autres pays européens ne peuvent pas exercer leur profession en France.

Il existe, en France des partisans de l'institution d'audiologistes. 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.

2.2.2 Des audioprothésistes en quête de reconnaissance et dont le nombre et la profession évoluent rapidement

2.2.2.1 Une profession en quête de reconnaissance

[122] Les audioprothésistes disposent, sur prescription médicale d'un ORL ou d'un autre médecin, du monopole de la vente des audioprothèses ainsi que des prestations de services associés. Ce sont, au sens du code de la santé publique, des professions de santé paramédicales, ou auxiliaires médicaux, qui font partie des professions de l'appareillage, comme les orthoprothésistes ou les opticiens-lunetiers. Ce sont également des commerçants, inscrits au registre du commerce.

[123] Deux des trois organisations représentatives de la profession assument cette double qualité de professionnels de santé et de commerçants. La troisième, le SDA, revendique, pour sa part, un statut de professionnel de santé intervenant dans le domaine du « *care* ». Alors que ce ne sont pas,

juridiquement, des professions libérales, le SDA représente d'ailleurs la profession au sein de l'Union nationale des professions libérales (UNAPL) et de l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS).

[124] 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, les audioprothésistes ne disposent pas d'un décret de compétences⁷⁵. Un tel 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 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 externes.

[125] Un futur décret de compétences pourrait également inclure une définition du rôle et des tâches des milliers d'assistants audioprothésistes qui travaillent dans les centres d'audioprothèses⁷⁶. 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, de bien préciser ces tâches et d'étendre à cette occasion leur champ de compétences à la réalisation d'audiométries.

Recommandation n°16 Préciser par décret les compétences respectives des audioprothésistes et des assistants audioprothésistes

[126] Les audioprothésistes ne disposent pas d'un ordre comme la majorité des autres professions paramédicales mais la création de cette instance n'est pas demandée par les professionnels ni souhaitée par les autorités de santé. Si des règles professionnelles sont déjà présentes dans le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et les dispositions du projet de convention qui lie la profession à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) - en cours d'agrément par le ministère de la santé -, les audioprothésistes ne disposent pas non plus d'un décret en Conseil d'État à ce sujet pourtant prévu par l'article L4361-11 du code de la santé publique.

[127] Un tel décret pourrait reprendre les règles existantes et 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.

[128] Un consensus entre les trois organisations représentatives de la profession devrait être recherché en préalable à la rédaction de ce texte : c'est pourquoi, au demeurant, l'une des organisations privilégie plutôt à ce stade le recours à un avenant à la convention avec l'UNCAM. Il conviendrait également de veiller à ce que les nouvelles règles professionnelles ne soient pas à l'origine d'entraves à la concurrence ou de distorsions de concurrence, ainsi qu'à une stricte économie de moyens, en évitant l'inflation des règles dont le contrôle serait, ensuite, difficile à mettre en pratique.

⁷⁵ Cf. *a contrario* le décret du 2 mai 2002 pour les orthophonistes ou le décret du 5 décembre 2016 pour les orthoptistes.

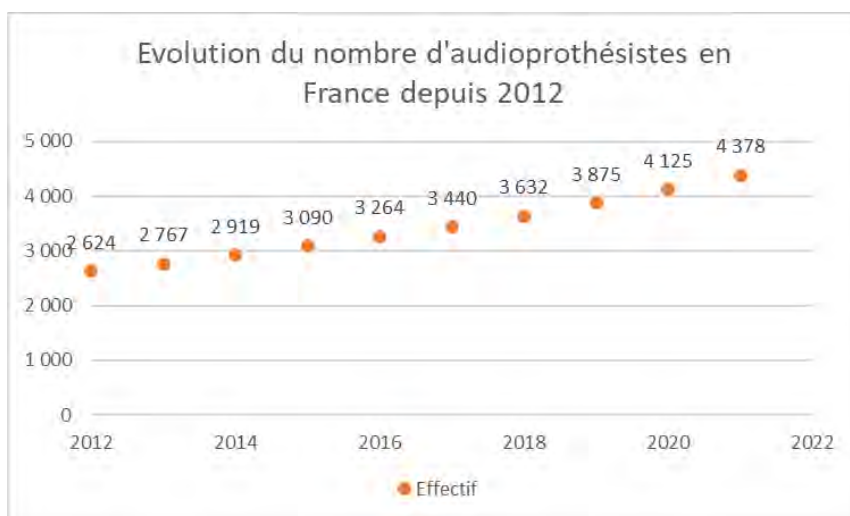
⁷⁶ Les centres d'audioprothèses comprennent systématiquement au moins un assistant audioprothésiste qui réalise essentiellement des tâches administratives (facturation notamment). Les représentants des audioprothésistes ont indiqué à la mission qu'une fois que le volume d'activité du centre d'audioprothèses 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.

Recommandation n°17 Prendre un décret en Conseil d'État fixant les règles professionnelles des audioprothésistes

2.2.2.2 Une profession dynamique au cours des dernières années

[129] Il y avait, au 1^{er} janvier 2021, 4 378 audioprothésistes exerçant en France, soit 6,5 pour 100 000 habitants. Alors qu'on comptait deux ORL pour un audioprothésiste en 2000, il y a désormais trois audioprothésistes pour deux ORL. Les audioprothésistes demeurent néanmoins beaucoup moins nombreux que les opticiens-lunetiers, qui sont près de 40 000. 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.

Graphique 7 : Evolution du nombre d'audioprothésistes depuis 2012



Source : DREES

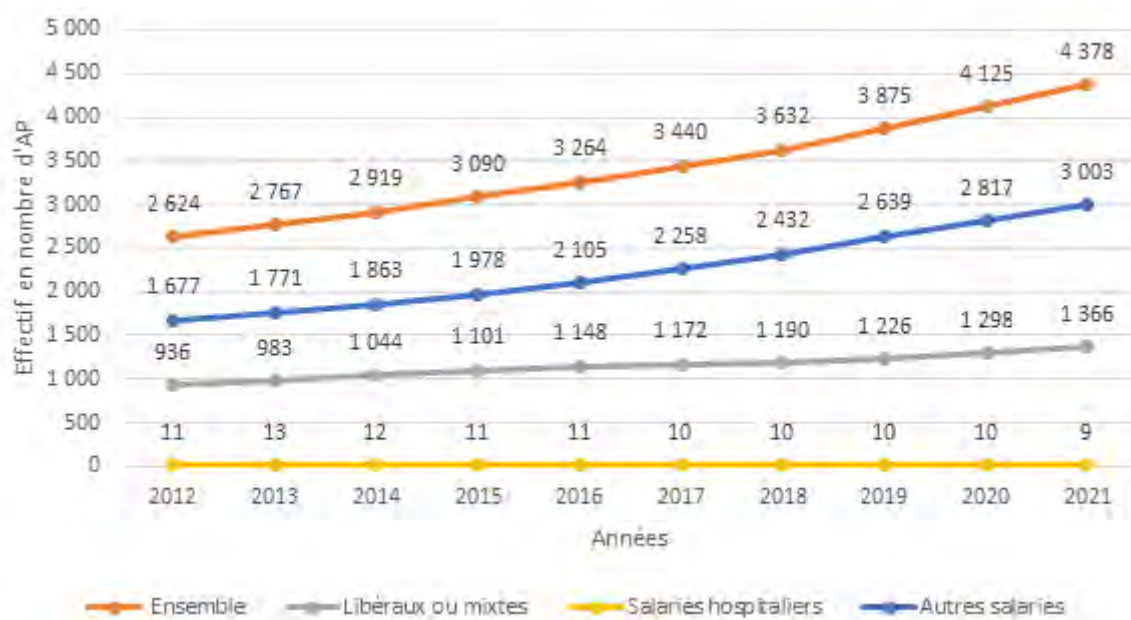
[130] Les audioprothésistes exercent dans près de 6 100 centres d'audioprothèses répartis sur le territoire national. En pratique, le même audioprothésiste partage son temps de travail le plus souvent entre deux centres, voire parfois trois ou quatre ou même plus, afin d'assurer des rendez-vous de proximité pour la population malentendante. Il y a une assez bonne corrélation entre la proportion de la population âgée de 75 ans et plus et le nombre d'audioprothésistes par région. Il existe cependant aussi une corrélation entre la faible densité géographique des audioprothésistes et celle des ORL, ce qui accroît la difficulté de l'accès aux soins auditifs dans bon nombre de départements.

[131] 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 dispose de données précises, concernant l'accès à des audioprothésistes spécialisés dans la prise en charge des enfants de moins de six ans⁷⁷. Par ailleurs, la mise en place du 100 % Santé semble avoir donné lieu à un allongement des délais de rendez-vous au cours des premiers mois de 2021, sans que ces derniers dépassent un mois, selon les professionnels rencontrés par la mission.

⁷⁷ Pour rappel, la mission n'a pas traité la question des surdités infantiles.

[132] Le métier d'audioprothésiste s'exerce presque exclusivement en ville. Les 1 366 audioprothésistes qui ont un statut d'indépendant (ou mixte) en 2021 représentent 31 % du total des audioprothésistes (contre 36 % en 2012), et les audioprothésistes purement salariés sont 3 003 en 2021 contre 1 677 en 2012, en progression de 79 %.

Graphique 8 : Evolution du statut professionnel des audioprothésistes entre 2012 et 2021



Source : DREES

[133] La distribution en ville des prothèses auditives est atomisée. 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 représentent le cœur historique de la profession, et de 50 % pour les enseignes (succursalistes ou franchisés⁷⁸). Aucun acteur ne représente plus de 15 % du marché français et n'est en position dominante. 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 Voir⁷⁹). 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.

[134] La distribution d'audioprothèses a profondément évolué au cours des dernières années du fait de la montée en puissance rapide de deux nouvelles catégories d'acteurs. D'une part les « discounters », comme VivaSon et Idéal Audition, et d'autre part les chaînes d'optique, via le développement de réseaux entièrement dédiés à l'audition – comme chez Afflelou Acousticien (300 centres fin 2019) ou Audio 2000 (250 centres fin 2019) – ou de « corners » audio au sein de boutiques d'optique, comme chez Optical Center (504 centres fin 2019), Audio 2000, Krys Audition (122 centres fin 2019) et Alain Afflelou (150 corners fin 2019).

⁷⁸ Le modèle de la franchise a récemment été développé notamment par les « discounters » VivaSon et Idéal Audition.

⁷⁹ Anciennement « Les Opticiens Mutualistes » et « Audition Mutualiste », qui ont fusionné en 2010.

[135] Elle a été également marquée, mais plus marginalement, 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. 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 canaux jouent un rôle clé dans de nombreux pays, au premier rang desquels les États-Unis.

2.2.2.3 Une profession qui fait face à des tensions sur le marché du travail et à des enjeux de prise en charge des patients

[136] Le nombre d'appareils vendus par audioprothésiste est resté assez constant 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 correspondait à une file active moyenne de 500 à 650 patients par audioprothésiste.

[137] La hausse des ventes en 2021 fera bondir ce chiffre à 320 appareils environ et interroge sur les capacités qu'auront les audioprothésistes à assurer un suivi de qualité, dans les années à venir, de tous leurs clients appareillés.

Tableau 5 : Nombre d'appareils vendus par audioprothésiste entre 2000 et 2021

	2000	2010	2014	2018	2021
Appareils vendus	268 248	482 155	597 543	840 000	1 400 000
Nombre d'audioprothésistes	1 422	2 437	3 064	3 632	4 378
Nombre d'appareils vendus par audioprothésiste	189	198	195	231	320

Source : Mission⁸⁰

[138] Dans ce contexte, l'un des traits marquants de l'activité des audioprothésistes réside dans les écarts en volume entre les centres d'audioprothèses. Un nombre significatif d'audioprothésistes avait, du moins avant le 100 % Santé, 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...

[139] Un second enjeu réside dans la forte tension sur le marché de l'emploi des audioprothésistes. Elle se traduit notamment par la difficulté pour les enseignes et les indépendants à leur compte à recruter en dehors de certaines régions, dans les nouveaux centres d'audioprothèses ou dans les « corners » récemment ouverts et par la tendance à l'allongement des délais de rendez-vous. Elle se traduit aussi par la difficulté, pour les entreprises, à retenir leurs salariés quand ces derniers sont approchés par des concurrents, ce qui pose parfois des problèmes de continuité du suivi pour les personnes appareillées. Elle se traduit enfin par un niveau élevé des rémunérations à l'embauche, en

⁸⁰ Données SNITEM jusqu'en 2018, projection de la mission à partir des données du SNDS pour 2021

particulier en dehors de Paris. Des exemples de rémunérations à hauteur de 55 à 60 K€ bruts par an à la sortie d'école (bac + 3) 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.

[140] On ne dispose pas de projections du nombre d'audioprothésistes dans les dix prochaines années. Sa croissance devrait rester importante, ne serait-ce qu'en raison du vieillissement de la population et de la concurrence entre distributeurs, mais certains facteurs peuvent la contraindre, notamment le système de formation et les choix faits sur les quotas. Une mission pourrait être confiée à ce propos à l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), comme souhaité par le SDA et la Fédération nationale des étudiants en audioprothèse (FNEA).

[141] Après avoir pris connaissance de deux modélisations du besoin en audioprothésistes en 2030, réalisées par le Collège national d'audioprothèse (CNA⁸¹) et le SYNEA⁸², la mission estime nécessaire d'augmenter significativement dès maintenant le nombre de diplômés. Cela apparaît indispensable pour garantir la qualité de la prise en charge et du suivi, condition *sine qua non* du maintien d'un taux élevé d'observance, et pour lever une partie des 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.

2.2.3 Une revalorisation souhaitable du rôle des orthophonistes

[142] 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 pilier⁸³.

[143] Les orthophonistes sont très présents auprès des enfants en général, notamment ceux souffrant de troubles de l'audition et équipés d'implants cochléaires, d'où l'extension de leurs compétences en 2017⁸⁴. Alors que le besoin de prise en charge orthophonique des patients atteints de presbycusie est important (il a été estimé par un interlocuteur de la mission à environ 50 % des patients), seule une petite minorité, de l'ordre de 2 % selon le même interlocuteur, serait effectivement suivie par un orthophoniste, dans le contexte de pression démographique à laquelle est soumise cette profession.

[144] 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

⁸¹ Le CNA 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 au cours des dernières années) et qui impliquerait donc des gains de productivité importants et une répartition parfaitement équilibrée de la demande sur le territoire.

⁸² Le SYNEA 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 SDA 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.

⁸³ 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 ».

⁸⁴ 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).

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 presbycousie. Sur le terrain, aucun exemple de coopération entre audioprothésistes, ORL et orthophonistes au profit des patients atteints de presbycousie n'a été signalé à la mission. Il serait donc 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 presbycousie. Cela pourrait être fait dans le cadre d'une prochaine campagne des Délégués de l'assurance maladie (DAM).

2.3 Une formalisation insuffisante des parcours de soins

2.3.1 Les patients atteints de presbycousie et les patients dits « complexes »

[145] 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.

[146] Pour le moment, les patients souffrant de presbycousie peuvent s'inscrire dans le parcours de soins coordonnés « classique » (consultation du médecin traitant, puis d'un ORL⁸⁵ – 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 généraliste⁸⁶.

[147] Malgré la diversité des parcours observée par la mission, la grande majorité des acteurs de la filière considère que le parcours de soins des patients atteints de presbycousie est assez lisible et ne soulève pas de difficulté particulière. Les représentants des ORL ne revendiquent pas non plus, à ce jour, la mise en place d'un accès direct à leur spécialité⁸⁷. Ils considèrent que la prise en charge des patients atteints de presbycousie ne présente pas un caractère d'urgence particulier, s'agissant de déficiences auditives à évolution lente et progressive.

[148] Un objectif important de santé publique en matière de presbycousie n'en est pas moins d'assurer sa prise en charge plus précoce, ce que la réforme 100 % Santé ne semble pas avoir permis jusqu'à présent. Quel que soit le point d'entrée dans le parcours de soins des patients malentendants, plusieurs facteurs de rupture peuvent expliquer que ces derniers finissent par ne pas être appareillés. Si des raisons médicales l'expliquent quand un appareillage auditif n'est pas la solution privilégiée, la raison principale était, jusqu'à la mise en place du 100 % Santé, l'important reste à charge auquel devaient faire face les patients. D'autres facteurs expliquent aussi l'absence d'appareillage : les barrières psychologiques dues à la stigmatisation sociale associée au port d'aides auditives, les déficiences auditives perçues comme peu gênantes ou la difficulté d'accès à un ORL ou à un médecin prescripteur d'aides auditives dans certains territoires.

[149] La dernière étude EuroTrak quantifie les différentes ruptures qui peuvent intervenir dans le parcours de soins des malentendants en France : sur les quelque six millions de personnes malentendantes, 58 % auraient obtenu en 2018 une prescription d'aides auditives, 48 % auraient consulté ensuite un audioprothésiste et 41 % auraient fini par être effectivement équipées. En dépit

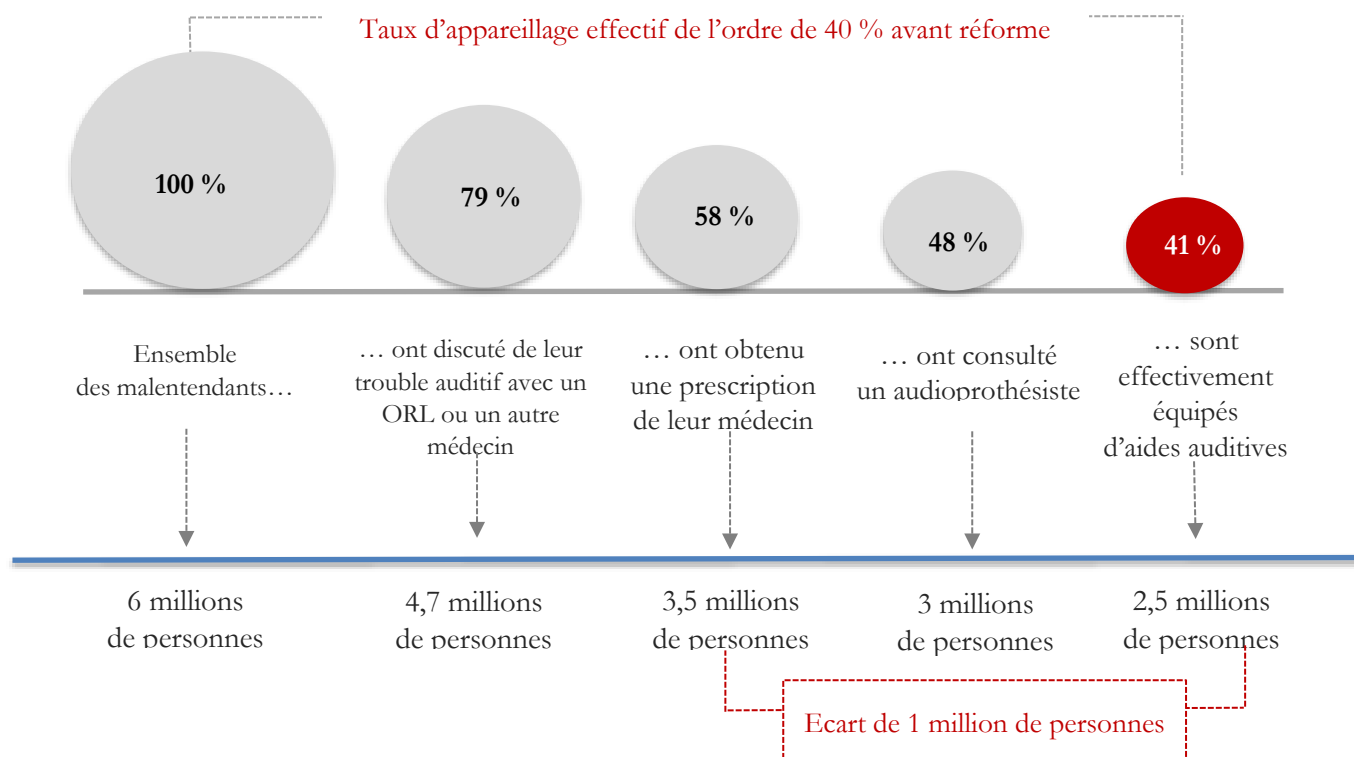
⁸⁵ La spécialité ORL n'est pas directement accessible, à la différence notamment des ophtalmologistes. Il demeure que certains patients accèdent directement à l'ORL et que les médecins généralistes prescrivent un quart environ des aides auditives.

⁸⁶ Le médecin généraliste peut lui-même prescrire une aide auditive, jusqu'au 1^{er} 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.

⁸⁷ La position du SNORL sur la question a évolué.

de ces freins à l'appareillage, les études EuroTrak montrent une évolution positive du taux d'équipement au cours des dix dernières années : le taux d'appareillage est ainsi passé de moins de 30 % en 2009 à 41 % en 2018.

Schéma 3 : Ruptures dans le parcours de soins des personnes malentendantes



Source : Les Echos Etudes d'après l'enquête EuroTrak France 2018

[150] L'enquête EuroTrak France 2018 montre, en outre, que les ruptures tout au long du parcours de soins sont d'autant plus importantes que la perte auditive est faible.

[151] Il serait opportun de définir un parcours de soins type du patient malentendant afin d'améliorer la lisibilité, notamment pour les patients atteints de presbycusie, et de définir des modalités de prise en charge coordonnée entre les différentes parties prenantes de la filière auditive. De même, des parcours de soins pourraient utilement être définies pour les différents types de patients complexes, que la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS), au sein de la Haute autorité de santé (HAS) a identifiés de la façon suivante en 2018 :

- surdité au moins sévère (> 70 dB selon les recommandations du bureau international d'audiophonologie) unilatérale ou bilatérale ;
- multihandicap ;
- surdité permanente congénitale ;
- acouphène invalidant, nécessitant une prise en charge multidisciplinaire dans laquelle l'audioprothésiste est impliqué ;

- troubles neurocognitifs suspectés après retour de l'essai prothétique et confirmés par un bilan neurocognitif ;
- neuropathies auditives ;
- troubles centraux de l'audition ou troubles du traitement auditif.

[152] A ce titre, il pourrait être demandé à la HAS de travailler à la définition de parcours de soins types, dont la forme pourrait prendre par exemple celle de recueils de bonnes pratiques. Il s'agirait d'indications de parcours et non de parcours obligatoires.

Recommandation n°18 Définir plusieurs parcours de soins types, notamment pour les patients atteints de presbyacousie et pour les patients atteints par différentes formes de surdité complexe

2.3.2 Le cas particulier des patients âgés dépendants en EHPAD ou à domicile

[153] 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 sont atteintes de presbyacousies « simples », qui pourraient être compensées grâce à un appareillage auditif adapté.

[154] Or 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 adapté de leur appareillage à partir du moment où leur mobilité diminue. 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 de ces patients.

[155] Pour la majorité des représentants de la filière rencontrés par la mission, une meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes, en particulier dans les EHPAD, constitue une priorité. D'autres appellent toutefois à la prudence sur ce point en raison des problèmes importants d'observance chez ce public fragile et des risques élevés de surconsommation et de pratiques commerciales déloyales. 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 précocement, afin notamment de freiner le développement des troubles cognitifs.

[156] 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, de ce point de vue, insuffisante aux personnes rencontrées par la mission. 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 une 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 audition⁸⁸ » dans chaque EHPAD ou pour un groupe d'EHPAD au niveau d'un territoire donné, où le référent audition serait susceptible d'intervenir.

Recommandation n°19 Désigner un « référent audition » pour un EHPAD ou un groupe d'EHPAD au sein d'un territoire donné qui pourra former les personnels aux enjeux liés à l'audition et au port des aides auditives

[157] La future convention liant la profession à l'UNCAM prévoit déjà, à son article 14, les conditions dans lesquelles une expérimentation dédiée aux personnes âgées dépendantes pourrait être

⁸⁸ Ce référent serait un professionnel de l'EHPAD familier de la manipulation et de l'usage des aides auditives.

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 établissement⁸⁹. 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* ».

[158] 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. Elle pourrait intervenir dans le cadre des conditions prévues par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018⁹⁰, dont le décret du 21 février 2018⁹¹ précise les modalités de mise en œuvre.

[159] L'expérimentation pourrait, en outre, s'inspirer des conditions d'encadrement prévues pour celles concernant les opticiens⁹². Une telle expérimentation pourrait 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.

Recommandation n°20 Expérimenter la mise en place d'un protocole adapté au dépistage, à l'appareillage et au suivi des personnes âgées dans l'incapacité de se déplacer

3 Le 100 % Santé appelle une évolution rapide de la formation des ORL et des audioprothésistes

3.1 Des ajustements souhaitables de la formation des ORL

3.1.1 Une formation principalement tournée vers la pratique chirurgicale

[160] L'ORL-Chirurgie cervico-faciale (CCF) fait partie, depuis la réforme du troisième cycle des études de santé dans les années quatre-vingt, des spécialités médico-chirurgicales⁹³. La profession

⁸⁹ « 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 ».

⁹⁰ 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.

⁹¹ 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>

⁹² 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.

⁹³ L'Ophtalmologie et l'ORL-CCF sont des spécialités médico-chirurgicales, dans la mesure où il n'existe pas de spécialité médicale correspondante, contrairement à d'autres spécialités comme la Gynécologie obstétrique, la Chirurgie thoracique

considère cette double valence comme un acquis auquel elle est majoritairement attachée et ne semble pas disposée à revenir à la situation antérieure, dans laquelle 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 par la chirurgie dans les enseignements théoriques et dans les stages tend à détourner de la spécialité des étudiants attirés plutôt par la pratique médicale. Or, celle-ci représente une part importante de l'activité des ORL, en particulier libéraux. Elle tend par ailleurs à s'accroître du fait du développement d'alternatives à la chirurgie, alors que le nombre de praticiens spécialisés en audiologie et en explorations fonctionnelles ne cesse 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.

[161] La formation des ORL, comme celle des autres spécialités médicales, dure douze ans et comprend plusieurs étapes. Dès le deuxième cycle des études médicales, la préparation du Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM) permet d'acquérir des connaissances fondamentales en ORL. Sur les vingt items au programme, quatre sont plus particulièrement dédiés aux troubles de l'audition : « 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 » et « Otites infectieuses ». Le troisième cycle, d'une durée de six ans, est consacré à la préparation du Diplôme d'études spécialisées (DES) d'ORL-Chirurgie cervico-faciale (CCF), qui permet d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité. En 2020, 8 820 étudiants ont passé avec succès les Epreuves classantes nationales (ECN), à l'issue desquelles étaient proposés 81 postes dans la discipline ORL-CCF, qui se situait au sixième rang des spécialités les plus demandées. La maquette de la formation, modifiée en 2017, définit une phase socle (un an), une phase d'approfondissement (trois ans) et une phase de consolidation (deux ans).

[162] La formation couvre l'ensemble du champ correspondant à la spécialité (pathologies de l'oreille, des cavités rhino-sinusiennes, de la face et du cou, des voies aéro-digestives supérieures, oncologie appliqués à l'oto-rhino-laryngologie). Elle est centrée sur la pratique chirurgicale mais permet d'acquérir des connaissances de base dans le domaine de l'audiologie (explorations fonctionnelles en ORL, pathologies de l'oreille, audiophonologie). Les futurs ORL sont par ailleurs formés à l'approche pluridisciplinaire des problèmes de santé en ORL et à la prise en charge coordonnée des patients avec les pédiatres, gériatres, médecins généralistes, audioprothésistes, orthophonistes et kinésithérapeutes.

[163] Les compétences spécifiques acquises lors de la phase d'approfondissement, au-delà du diagnostic des pathologies courantes et de leur prise en charge thérapeutique, sont de nature essentiellement chirurgicale mais incluent les actes d'audiométrie, d'otologie et d'exploration vestibulaire. Sur les 15 domaines principaux abordés au cours de cette phase, trois concernent directement les questions d'audition (explorations fonctionnelles en ORL, pathologies de l'oreille, audiophonologie et phoniatrie)⁹⁴.

[164] Les étudiants inscrits au DES peuvent également suivre une option « Audiophonologie » d'une durée de deux semestres. Celle-ci permet aux futurs ORL qui se destinent plus particulièrement

et cardiovasculaire ou la Chirurgie viscérale et digestive, auxquelles correspond une spécialité médicale (Gynécologie médicale, Médecine cardiovasculaire, Hépato-gastro-entérologie).

⁹⁴ La phase socle comporte deux stages, l'un dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en ORL-CCF dans un secteur hors explorations fonctionnelles, l'autre dans un service chirurgical hors ORL. La possibilité de mettre en application les gestes techniques d'explorations fonctionnelles compte toutefois parmi les critères d'agrément de ces stages. La phase d'approfondissement prévoit quatre stages en milieu hospitalier, dont un au moins dans le secteur d'explorations fonctionnelles, auxquels s'ajoutent un stage dans un service de chirurgie non principalement ORL et un stage libre.

à l'exercice médical de la spécialité de se former au dépistage et à la prévention des troubles auditifs, à l'approche clinique et aux explorations audio-vestibulaires chez l'adulte et chez l'enfant, ainsi qu'à la prise en charge thérapeutique et à la coordination des professionnels intervenant dans le parcours de soins – en identifiant les pathologies ne relevant pas d'une réhabilitation prothétique ou chirurgicale, les indications et contre-indications des différents types de réhabilitation (chirurgie de l'oreille moyenne, prothèses auditives conventionnelles ou implantables) et les freins potentiels à la l'appareillage audio-prothétique.

[165] Les places ouvertes dans cette option représentent environ un tiers des places en ORL⁹⁵ mais ne sont pas toutes pourvues. Seuls 10 % à 15 % des inscrits au DES choisissent en effet cette voie⁹⁶, qui prépare à l'exercice médical de la spécialité.

3.1.2 Une augmentation souhaitable du nombre d'ORL se destinant à l'exercice médical de la spécialité

[166] 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 (83 en 2021, contre 81 en 2018)⁹⁷. 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.

Tableau 6 : Evolution de la spécialité ORL-CCF aux Epreuves classantes nationales

	2017	2018	2019	2020	2021
Nb de postes ouverts	77	81	79	81	83
Nb d'inscrits	77	81	79	81	83
Rangs limites	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

[167] Cette situation conduit à s'interroger sur la couverture des besoins en matière de prise en charge des troubles de l'audition et notamment des cas de presbycusie. 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.

[168] Il conviendrait en premier lieu de renforcer l'attractivité de l'option « Audiophonologie ». Le président du Collège d'ORL-CCF a ainsi adressé en mars 2021 au comité de suivi de la réforme du 3^{ème} cycle des études de santé une demande de révision de la maquette du DES visant à créer au sein de ce dernier un parcours davantage centré sur la dimension médicale de la spécialité, afin d'attirer des étudiants intéressés par cette option sans remettre en question la double valence médico-chirurgicale de la formation et du diplôme.

[169] La création d'une Formation spécifique transversale (FST) en audio-vestibulométrie d'une durée de deux semestres, accessible à l'issue du quatrième ou du sixième semestre du troisième

⁹⁵ 21 places sur 79 en 2019, 29 places sur 83 en 2021.

⁹⁶ 11 sur 74 inscrits au DES d'ORL en 2017, 6 sur 73 en 2018. Le nombre d'inscrits au DES ayant choisi l'option « Audiophonologie » n'est pas encore connu pour les promotions 2019, 2020 et 2021.

⁹⁷ On peut toutefois s'attendre à une augmentation du nombre d'ORL, comme du nombre de médecins formés en général, à partir de 2026.

cycle, permettrait par ailleurs à des internes issus d'autres spécialités de se former à la pratique de l'audiologie, élargissant ainsi au-delà des seuls ORL le nombre de praticiens susceptibles de traiter les cas de presbycusie et de prescrire le cas échéant des aides auditives. Cette mesure, qui permettrait de former cinq à dix praticiens chaque année, ne résoudrait toutefois que très partiellement les difficultés d'accès à un spécialiste des troubles de l'audition.

Recommandation n°21 Renforcer l'attractivité de la pratique médicale de l'ORL en créant au sein du DES un parcours centré sur l'audiologie et les explorations fonctionnelles ainsi qu'une FST en audio-vestibulométrie

[170] L'attractivité de la pratique médicale en ORL dépend également des perspectives de carrière offertes 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 considèrent que l'ouverture, si possible dans chaque Centre hospitalo-universitaire (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 maitres de conférence – 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 faisant le lien entre l'acoustique, la psycho-acoustique et leurs applications médicales.

Recommandation n°22 Développer une filière médicale en ORL *via* la création de postes de post-internat et d'enseignants-chercheurs spécialisés en audiologie

3.2 Une réingénierie nécessaire de la formation des audioprothésistes

3.2.1 Une formation professionnalisante dont la maquette n'a pas connu d'évolution depuis 2001

[171] La formation conduisant au Diplôme d'État d'audioprothésiste, créée en 1967, est régie par l'annexe au décret du 10 juillet 2001⁹⁸. Celui-ci met l'accent sur les connaissances scientifiques et sur le caractère professionnalisant de la formation, dont la durée a été portée de deux à trois ans en 2001. Il prévoit 860 heures d'enseignements théoriques et de travaux pratiques et dirigés (en mathématiques, informatique, physique, audiologie et otologie, audioprothèse, sciences humaines et sociales, linguistique et phonétique, gestion et comptabilité⁹⁹), 48 semaines de stages dans un centre d'audioprothèse, un service hospitalier (stage d'observation) et chez un fabricant – soit les deux-tiers du volume horaire total – ainsi que la rédaction d'un mémoire en fin de troisième année.

⁹⁸ 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'État d'audioprothésiste.

⁹⁹ 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 et la pathologie de l'oreille externe, moyenne et interne, 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 incluent en première année l'étude des différents types de prothèses auditives, des implants d'oreille moyenne, 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 l'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.

Neuf écoles, rattachées à l'Université et donc financées par l'Etat, dont plusieurs de création récente

Quatre écoles (Cahors en 2013, Bordeaux en 2014, Evreux et Lille en 2019) sont récemment venues s'ajouter aux cinq existantes (Fougères, Lyon, Montpellier, Nancy et Paris). Les modalités d'admission ont changé en 2020 avec la suppression des concours au profit d'un recrutement sur dossier *via* la plateforme nationale de préinscription dans l'enseignement supérieur Parcoursup, qui s'est traduite par une augmentation du nombre de néo-bacheliers parmi les inscrits en 1^{ère} année.

Tableau 7 : 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

L'audioprothèse est, avec l'orthophonie et l'orthoptie, l'une des trois formations paramédicales dispensées uniquement à l'université. Les formations délivrées dans les neuf écoles n'en présentent pas moins une certaine hétérogénéité, tant du fait de leur rattachement à différentes composantes universitaires (facultés de médecine, de pharmacie, institut des sciences de la réadaptation, etc.) que du point de vue de leur mode de financement (Université, Région, CCI, ARS, fondations, taxe d'apprentissage, etc.) et de leurs ressources humaines (part des enseignements assurés par des enseignants-chercheurs, des audioprothésistes, etc.).

Ces écoles aux effectifs très réduits (de 17 à 52 inscrits en première année) ne disposent pas, pour la plupart, de véritable statut¹⁰⁰ ni de budget propre. Leurs équipes administratives sont très réduites et leurs moyens en crédits comme en emplois gérés directement par la composante à laquelle elles sont rattachées. Elles constituent ainsi, davantage qu'une structure, un simple parcours de formation. Elles n'en sont pas moins attractives, reconnues par les professionnels du secteur pour la qualité de leur enseignement (bien que certains jugent celle-ci inégale selon les écoles) et relativement bien intégrées dans leur environnement universitaire et socio-économique, comme en témoigne leur double pilotage par des enseignants-chercheurs et par des audioprothésistes.

3.2.2 Une réingénierie reportée à plusieurs reprises et réclamée par l'ensemble des acteurs

[172] Tous les professionnels et les responsables de formation rencontrés par la mission ont insisté sur la nécessité de procéder très vite 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 guère aller plus loin aujourd'hui sans modifier la structure et l'économie générale de la

¹⁰⁰ Elles ne disposent pas de la personnalité morale et ne sont ni des UFR ni même des départements d'UFR.

formation – les adaptations auxquelles elles ont procédé conduisant, par ailleurs, à des écarts susceptibles de remettre en cause l’effectivité du caractère national du diplôme.

[173] Une première tentative de réingénierie est intervenue en 2011-2012 mais n’a pas abouti, pour des raisons apparemment 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 qu’il était urgent d’achever la réingénierie des professions paramédicales – parmi lesquelles l’audioprothèse – et de les inscrire dans le schéma licence-master-doctorat¹⁰¹. De même, le rapport Le Bouler mentionnait en 2018 « *la relance des travaux de réingénierie et l’actualisation des référentiels de formation* » comme le premier des douze chantiers prioritaires identifiés par la mission sur l’universitarisation des formations paramédicales¹⁰².

[174] Il apparaît désormais nécessaire d’engager au plus vite ce travail de réingénierie. Le ministère chargé de la santé doit élaborer tout d’abord, en concertation avec les professionnels du secteur, 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 du 14 novembre 2018 et à la nouvelle convention entre les organisations professionnelles en audioprothèse et les organismes financeurs du système de santé. Le ministère de l’enseignement supérieur, de la recherche et de l’innovation (MESRI) pourra alors procéder à la rédaction du référentiel de formation, qui devrait entrer en vigueur à la rentrée 2022, après validation par les instances compétentes.

[175] La refonte de la formation conduisant au diplôme d’État doit permettre de répondre à plusieurs enjeux : l’actualisation des connaissances et compétences attendues à l’issue de la formation, en tenant compte de l’évolution des technologies et en introduisant certaines compétences transversales, parfois déjà intégrées par les écoles au contenu de leur formation ; leur harmonisation, afin de garantir que tous les audioprothésistes disposent d’un même niveau de qualification (chaque école pouvant par ailleurs proposer des parcours d’approfondissement spécifiques en fonction de son environnement hospitalo-universitaire) ; la possibilité pour le diplôme d’État de conférer le grade de licence, comme c’est le cas aujourd’hui pour le certificat de capacité d’orthoptiste ; le décloisonnement de la formation et le développement de mutualisations avec les autres formations paramédicales ; une meilleure répartition des stages au cours de l’année, afin d’optimiser les capacités d’accueil ; l’ouverture, enfin, d’une voie d’accès au diplôme dans le cadre de la formation continue.

Recommandation n°23 Engager les travaux de réingénierie du diplôme d’État d’audioprothésiste sur la base d’un référentiel d’activité et de compétences

¹⁰¹ 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.

¹⁰² 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.

3.2.3 L'absence de véritable filière universitaire dans le domaine de l'audioprothèse

3.2.3.1 La nécessaire reconnaissance du grade de licence

[176] Cette réingénierie ouvrirait, en premier lieu, la voie à la reconnaissance du grade de licence, laquelle serait cohérente avec la durée de la formation et l'évolution des autres formations paramédicales.

Tableau 8 : 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

[177] Elle répondrait aux attentes 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'État dans le schéma LMD¹⁰³. Elle permettrait de créer une véritable filière universitaire ouvrant de nouvelles perspectives aux diplômés en audioprothèse et facilitant pour certains d'entre eux une poursuite en master voire en doctorat. Il conviendrait pour cela d'augmenter le volume horaire des enseignements théoriques (il éte déjà été porté à 944 heures à Lyon, 1 058 heures à Nancy et 1 335 heures à Cahors) sans remettre en cause le caractère professionnalisant de la formation, de généraliser la délivrance de crédits ECTS¹⁰⁴, déjà effective dans certaines écoles, et de mettre en place une session de rattrapage.

3.2.3.2 La création souhaitable de masters spécialisés

[178] La reconnaissance du grade de licence faciliterait la poursuite d'études en master là où le diplôme actuel, sans équivalence universitaire ni perspectives de poursuite d'études clairement identifiées, constitue une impasse pour les 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, des orthophonistes et des médecins et forme notamment au réglage d'implants. Plusieurs diplômes d'université (DU) et diplômes interuniversitaires (DIU) sont, par ailleurs, ouverts aux

¹⁰³ 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, qui recommande de « conférer le grade de licence à l'ensemble des formations de niveau bac+3 [afin de] reconnaître aux diplômés de la formation d'audioprothésiste, de prothésiste-orthésiste et de pédicure-podologue le grade de licence ».

¹⁰⁴ L'European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS), développé depuis 1998 dans le cadre du processus de Bologne et de la création d'un espace européen de l'enseignement supérieur, permet d'attribuer des crédits capitalisables et transférables à chacune des unités d'enseignement qui composent une formation, afin de faciliter la mobilité des étudiants et la reconnaissance mutuelle des diplômes délivrés par les États membres de l'Union européenne.

audioprothésistes qui souhaitent approfondir les connaissances acquises au cours de leur formation et se spécialiser dans des domaines non couverts par celle-ci.

[179] La poursuite en master concernerait un nombre réduit d'étudiants, la plupart visant une insertion professionnelle à bac+3. Elle n'en revêt pas moins, au-delà de la reconnaissance du caractère universitaire de la formation d'audioprothésiste, une réelle importance aux yeux des professionnels et des responsables de formation. Ces derniers considèrent, en effet, que le cursus en trois ans, s'il permet d'assurer l'appareillage et le suivi de la plupart des patients atteints de presbycusie, 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, etc.) ou de certains actes (réglage des implants cochléaires). L'expertise développée dans ces différents domaines par certains audioprothésistes, parfois titulaires d'un master voire d'un doctorat et qui contribuent à l'activité des CHU et à la formation dans les écoles, ne fait pas aujourd'hui l'objet d'une reconnaissance formelle et n'apparaît pas suffisamment valorisée.

[180] Les représentants de la profession, les responsables de formation et les ORL plaident en conséquence pour la création d'un nombre limité de masters, le cas échéant cohabilités entre plusieurs universités, dans des domaines aujourd'hui abordés dans le cadre de DU (explorations fonctionnelles, audiologie pédiatrique, prothèses implantables). Ces formations, qui seraient ouvertes à des médecins, à des orthophonistes voire à d'autres professions paramédicales, répondraient à des besoins de santé non couverts aujourd'hui de façon pleinement satisfaisante et permettraient aux audioprothésistes qui le souhaitent de se spécialiser sans allonger la durée d'études pour l'ensemble de la profession. Elles contribueraient également à développer une culture commune entre les différents professionnels intervenant dans le domaine de l'audition. Complémentaires du développement de la filière « audiophonologie » en ORL, elles permettraient enfin de mieux couvrir les besoins de formation en créant un vivier d'enseignants-chercheurs, de développer l'audiologie en France et de relancer la recherche et l'innovation dans le domaine de l'audioprothèse¹⁰⁵.

[181] L'obtention du grade de licence pourrait, par ailleurs, ouvrir d'autres perspectives de poursuite d'études aux titulaires du diplôme d'État, comme c'est déjà le cas à Lyon, où le partenariat avec l'école d'ingénieurs Polytech Lyon permet à des étudiants en audioprothèse de valider un double cursus d'audioprothésiste-ingénieur en cinq ans, voire de s'engager dans la préparation d'un doctorat.

Recommandation n°24 Acheter l'universitarisation de la formation des audioprothésistes en permettant au diplôme d'État de conférer le grade de licence et en développant une offre de masters spécialisés

3.2.3.3 Des mutualisations et des passerelles aujourd'hui limitées avec les autres formations paramédicales

[182] Le développement de formations communes aux audioprothésistes et à d'autres spécialités paramédicales serait de nature à favoriser la pluridisciplinarité au niveau du parcours de soin, jugée nécessaire par de nombreux interlocuteurs de la mission. Il permettrait de sensibiliser les futurs professionnels à l'intérêt d'une prise en charge globale du patient. La création à Lyon et à Bordeaux

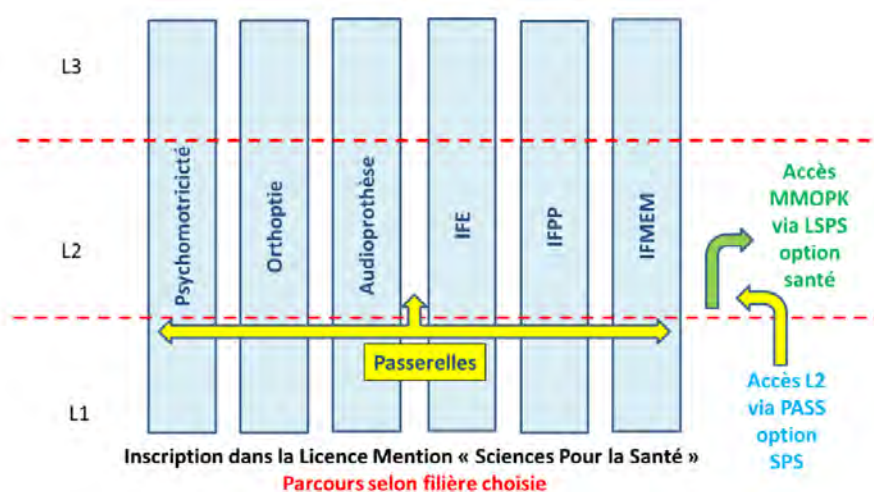
¹⁰⁵ Le rapport Le Boulter préconisait ainsi « renforcer l'articulation des cursus universitaires et paramédicaux pour faciliter les poursuites ou les reprises d'études au niveau master voire doctorat pour les étudiants et professionnels de ces filières » (*Op. cit.*, p. 7). Ce point figurait déjà au programme de l'universitarisation des formations de santé initiée en 2018. Un groupe de travail constitué en mars 2018 devait produire dans un délai de trois mois un rapport sur « l'offre de master pouvant s'articuler aux diplômes d'État et permettre une poursuite d'études pour les étudiants qui le souhaitent ».

d'instituts dédiés aux sciences et techniques de la réadaptation, qui regroupent plusieurs filières paramédicales et se situent à l'interface de plusieurs champs disciplinaires, apparaît ainsi propice à la définition d'une politique de formation commune et à l'émergence d'une activité de recherche propre au domaine de la réadaptation.

[183] Ce décloisonnement peut revêtir deux formes. La première consisterait à renforcer, dans le cadre actuel de la préparation au diplôme d'État, les enseignements communs et les mutualisations avec d'autres formations, notamment celle des orthophonistes, qui fait une large place aux questions liées à l'audition. Une prise en charge conjointe avec ces derniers des cas de presbyacousie peut, en effet, améliorer les résultats de l'appareillage auditif (développement de la lecture labiale, éducation au port et à l'usage de l'audioprothèse, etc.). Il serait intéressant, à cet égard, d'inclure dans la formation des ORL, des audioprothésistes et des orthophonistes un module élaboré par les représentants des trois professions et dédié à l'intérêt thérapeutique et aux modalités concrètes d'une prise en charge coordonnée des patients malentendants.

[184] La seconde réside dans l'intégration de la formation d'audioprothésiste au sein d'une mention de licence de type « Sciences pour la Santé », comprenant plusieurs parcours permettant chacun d'obtenir le diplôme d'État ou le certificat de capacités correspondant à la profession visée. L'Université Toulouse 3 Paul Sabatier, dont dépend l'école de Cahors, s'est ainsi engagée à la rentrée 2021 dans une expérimentation d'une durée de cinq ans visant à mutualiser le socle universitaire de plusieurs formations paramédicales inscrites dans le champ de la rééducation-réadaptation, des soins et du médico-technique, sans modifier les conditions d'accès aux formations concernées et en garantissant le respect de leurs référentiels de compétences.

Schéma 4 : Organisation de la licence mention « Sciences pour la Santé » de l'Université Toulouse 3



Source : Université Toulouse 3

[185] Plusieurs directeurs d'écoles et responsables de composantes ont fait part à la mission de leur intérêt pour cette expérimentation et de leur intention de travailler à leur tour à une intégration du diplôme d'État 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 en raison de la charge de travail liée à la réforme de l'accès aux 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.

[186] Le décloisonnement de la formation passe également par le développement des passerelles avec d'autres filières, comme le prévoit la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Il conviendrait ainsi, d'une part, de diversifier le vivier de recrutement des futurs audioprothésistes en donnant à des étudiants inscrits en études de santé, paramédicales ou dans d'autres filières scientifiques (licences du domaine « Sciences et techniques », écoles d'ingénieur intégrées, etc.) et ayant validé au moins 60 ECTS la possibilité d'intégrer directement la deuxième année de préparation au DE d'audioprothésiste¹⁰⁶ ; d'autre part d'ouvrir aux étudiants en audioprothèse de nouvelles perspectives de poursuite d'études en développant comme à Lyon des partenariats avec des écoles d'ingénieurs et en rendant effectives les dispositions du décret du 4 novembre 2019, qui permet aux étudiants ayant déjà validé au moins 60 crédits ECTS dans une formation de trois années minimum conduisant à un titre ou à un DE d'auxiliaire médical d'accéder directement au premier cycle des études de santé.

Recommandation n°25 Développer des formations communes aux audioprothésistes et à d'autres professions paramédicales ainsi que 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

3.2.3.4 Une évolution souhaitable du calendrier et de l'organisation des stages

[187] La réingénierie de la formation d'audioprothésiste permettrait enfin d'assouplir le calendrier des stages, jugé trop rigide par l'ensemble des responsables de formation. Le texte de 2001 impose, en effet, d'effectuer celui de dix semaines dans un service hospitalier et celui de 16 semaines dans un centre d'audioprothèse respectivement en fin de première et de deuxième année, après dispensation des enseignements théoriques et pratiques. Or, les terrains de stages, notamment en CHU, ne sont pas suffisamment nombreux pour accueillir tous les étudiants au même moment. La tension est d'autant plus forte qu'ils sont inégalement répartis sur le territoire et qu'aux stages prévus dans le cadre de la préparation au DE s'ajoutent ceux imposés aux titulaires d'un diplôme étranger qui déposent une demande d'autorisation d'exercice en France. Un étalement des stages, qui pourraient être effectués à différentes périodes de l'année, et le cas échéant la possibilité d'effectuer une partie de celui réalisé aujourd'hui en milieu hospitalier dans un cabinet d'ORL équipé du matériel nécessaire et présentant un niveau d'activité suffisant dans le domaine de l'audition permettraient d'éviter la saturation des terrains de stage, qui risque d'entraîner une dégradation des conditions d'accueil et limite *de facto* le nombre d'étudiants susceptibles d'être formés.

[188] Chaque école établit, par ailleurs, sa propre liste de maîtres de stage, selon des critères qui lui sont propres et qui 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, non officiels, liés à l'appartenance à tel réseau ou telle enseigne d'audioprothèse. Là où certaines écoles proposent des terrains de stage représentatifs de l'ensemble de la profession, d'autres privilégient au contraire certains réseaux, au motif qu'ils répondraient à une conception plus exigeante de la profession. Deux des trois organisations représentatives des entreprises de distribution d'audioprothèse, le SYNEA et le SYNAM, dénoncent

¹⁰⁶ 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 dernière pratique et réclament l'adoption de règles nationales et transparentes en matière d'agrément des maîtres de stage.

[189] 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, que les critères de sélection et d'évaluation de ces derniers soient harmonisés à l'échelle nationale et que les trois organisations représentatives de la profession soient 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* des listes de maîtres de stage.

Recommandation n°26 Adapter les modalités de réalisation des stages prévus dans le cadre de la formation des audioprothésistes et harmoniser à l'échelle nationale les critères d'agrément des maîtres de stage

3.3 Des formations en Espagne qui font l'objet de nombreuses critiques et posent la question des mesures compensatoires

3.3.1 Un modèle original mais contesté de formation à distance

[190] La filière auditive et le secteur de l'audioprothèse sont 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 technicien supérieur en audiologie prothétique, qui ouvre l'accès à la profession d'audioprothésiste en Espagne et par voie de conséquence en France, conformément à la directive du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles au sein de l'Union européenne (cf. *infra*).

[191] 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 audioprothésistes¹⁰⁷. 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 « *lorsque l'examen des qualifications professionnelles (...) fait apparaître des différences substantielles au regard des qualifications requises pour l'exercice de la profession en France* »¹⁰⁸.

[192] La nouveauté du phénomène réside moins dans le fait que des titulaires d'un diplôme délivré par un autre État membre de l'Union européenne effectuent une demande d'autorisation d'exercice en France (on comptait jusqu'alors une vingtaine de demandes en moyenne chaque année) que dans le nombre de dossiers déposés et dans la constitution d'une véritable filière permettant d'accéder en France à une profession réglementée *via* une formation étrangère presque entièrement dématérialisée. Les formations espagnoles ont, en effet, accueilli environ 150 étudiants français en 2020-2021 et sont susceptibles d'en former à court terme environ 200, soit les deux cinquièmes des diplômés entrant chaque année sur le marché du travail.

¹⁰⁷ Article R4361-17 du code de la santé publique, modifié par l'article 2 du décret n°2019-1554 du 30 décembre 2019.

¹⁰⁸ Article L.436-4 du code de la santé publique.

[193] Le déploiement de Parcoursup a conduit les deux principaux organismes privés de formation assurant 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. Ils effectuent une présélection parmi les candidats à cette formation et les accompagnent dans leurs démarches d'inscription, mettent à leur disposition l'intégralité des cours en ligne traduits en français, assurent une mise à niveau dans les matières scientifiques et proposent des cours de soutien, une préparation aux examens, des séances de découverte de la pratique professionnelle et des conférences assurées par les fabricants. Ils peuvent enfin accompagner l'étudiant dans la recherche de stages et dans les démarches de demande d'autorisation d'exercice en France.

[194] Les différences entre les deux programmes portent essentiellement sur la durée de la formation et sur la part des enseignements assurés en Espagne. Le cursus de Progress Santé dure 18 mois et les étudiants effectuent des déplacements réguliers à Madrid ; le programme de Diploma Audio, d'une durée inférieure (14 mois), est en revanche conçu de façon à limiter au maximum les déplacements en Espagne. Un seul séjour est prévu à Madrid pour une séance de travaux pratiques et trois autres pour passer les examens.

[195] L'un et l'autre s'adressent à des professionnels qui envisagent une évolution de carrière, notamment des opticiens et des assistants en audioprothèse qui souhaitent accéder à la profession d'audioprothésiste sans interrompre leur activité professionnelle (66 % des inscrits chez Progress Santé et 64 % chez Diploma Audio sont des salariés en reprise d'études). Ils répondent ainsi à une demande de formation non satisfaite en France et proposent une solution sur mesure à un public disposé à s'acquitter de frais d'inscription élevés (14 090 € chez Progress Santé et 13 000 € chez Diploma Audio) pour acquérir une qualification leur permettant d'exercer à terme un métier attractif.

[196] De nombreux interlocuteurs de la mission ont mis en cause la qualité de la formation reçue par les étudiants inscrits dans les établissements espagnols. Leurs critiques portent notamment sur le volume horaire et le contenu des enseignements, sur les modalités d'acquisition et de validation des connaissances et sur le caractère effectif des périodes de formation en milieu professionnel. Ils dénoncent une formation « *au rabais* », 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.

3.3.2 Un dispositif conforme au droit européen

[197] 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 pose un principe de reconnaissance et de confiance mutuelle, en vertu duquel 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, dès lors que celui-ci permet d'exercer la profession d'audioprothésiste en Espagne.

[198] L'UNSAF (devenu dans l'intervalle SDA) et le Collège national d'audioprothèse (CNA) ont assigné le 17 mai 2019 la société Progress Sup – à laquelle appartient Progress Santé – devant le tribunal de grande instance de Paris, aux motifs qu'elle violait l'article L.731-1 du code de l'éducation en dispensant sans agrément ministériel des cours en France en vue de l'obtention d'un diplôme étranger dans le domaine paramédical et que le fait d'obtenir le diplôme espagnol en suivant la quasi-intégralité du cursus en France s'apparentait à un contournement du système français de formation.

[199] Par jugement en date du 1^{er} juillet 2019, le tribunal a rejeté le recours, estimant qu'il n'était « pas établi (...) que la mission assurée par Progress Sup excéderait l'organisation de simples cours de soutien détachés de la formation » et qu'elle ne nécessitait pas en conséquence de disposer d'un agrément ministériel. La Cour d'appel de Paris a confirmé ce jugement de rejet le 23 août 2019 en indiquant qu'il ne lui appartenait pas d'apprécier la conformité du diplôme au droit espagnol 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.

[200] Le contournement de la législation nationale, en l'occurrence du quota, est par ailleurs inhérent aux libertés d'exercice et d'établissement – la plupart des personnes formées en Espagne relevant en outre de la formation continue et n'ayant pas vocation à entrer, si le diplôme était accessible en France via cette dernière, dans les effectifs soumis au quota. Enfin, le montant des droits d'inscription ne saurait être invoqué, dès lors qu'aucune règle de l'Union ne prescrit une harmonisation de ces droits. Il apparaît ainsi difficile de contester la validité du diplôme espagnol et la possibilité pour ses titulaires d'exercer la profession d'audioprothésiste en France.

3.3.3 Des critères en matière de mesures compensatoires et d'agrément des maîtres de stages insuffisamment harmonisés

[201] Le seul levier dont disposent dès lors les autorités françaises pour s'assurer des qualités professionnelles des audioprothésistes formés dans un autre pays de l'Union est celui des conditions posées en matière d'autorisation d'exercice. La plupart des interlocuteurs de la mission ont ainsi exprimé le souhait que les mesures compensatoires ne se limitent pas, comme aujourd'hui, à des stages mais que les intéressés soient soumis à un examen permettant de vérifier les connaissances et compétences acquises au cours de leur formation. Cela nécessiterait toutefois de faire évoluer la réglementation actuelle, qui leur laisse le choix entre épreuve d'aptitude et stage d'adaptation¹⁰⁹ – tous les candidats privilégiant au demeurant cette seconde modalité¹¹⁰. La durée même de ces mesures compensatoires, qui varie entre 40 et 49 semaines, n'apparaît pas en revanche excessive, dans la mesure où les stages occupent un volume horaire sensiblement plus important dans le cursus français (1 715 heures) que dans le cursus espagnol (370 heures) et qu'ils constituent à ce titre une « différence substantielle » entre les deux formations.

[202] Sans aller jusqu'à l'établissement d'une commission nationale d'autorisation d'exercice, réclamé par certains mais qui nécessiterait une évolution réglementaire et rigidifierait à l'excès la procédure, il apparaît souhaitable que les commissions régionales disposent de critères harmonisés sur lesquels fonder leurs décisions en matière de mesures compensatoires. Cela 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 – et à celle des responsables des DREETS, soucieux de sécuriser juridiquement la procédure.

¹⁰⁹ Si les articles L.4361-4 et R.4361-15 du code de la santé publique disposent que l'autorité compétente peut, après avis d'une commission composée notamment de professionnels, imposer au titulaire d'un diplôme délivré par un autre État membre et donnant accès à l'exercice de la profession d'audioprothésiste dans cet État soit d'effectuer un stage d'adaptation soit de subir une épreuve d'aptitude soit encore lui imposer l'une ou l'autre ou les deux, l'arrêté du 30 mars 2010, la circulaire DGOS du 11 mai 2011 et l'arrêté du 11 juin 2020 indiquent en revanche que le choix doit être laissé au demandeur entre ces deux types de mesures compensatoires.

¹¹⁰ Etant entendu que le contenu et les conditions dans lesquelles pourraient être organisées les épreuves d'aptitude ne sont, par construction, pas connus des candidats puisque ces épreuves ne sont pas organisées jusqu'à présent.

[203] 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. La constitution d'une liste unique, sur la base d'un accord entre les écoles et les ARS, simplifierait la procédure, garantirait l'égalité de traitement entre les diplômés français et les titulaires d'un diplôme délivré par un autre État membre de l'Union européenne et limiterait les risques de contentieux qui en résultent.

[204] 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.

Recommandation n°27 Définir au niveau national des critères en matière de mesures compensatoires et constituer au niveau régional une liste unique de maîtres de stage

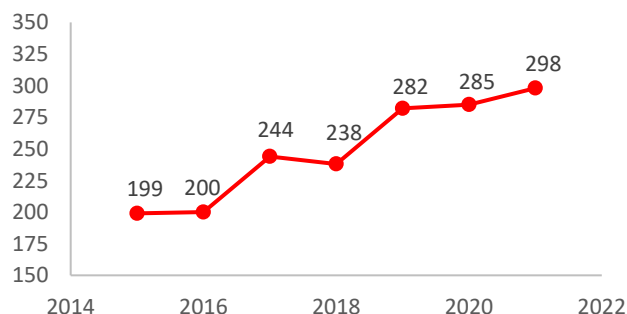
[205] Si les formations délivrées en Espagne ne semblent pas attaques juridiquement, la situation créée par un afflux de professionnels formés à l'étranger ne peut être considérée comme satisfaisante ni pour le système de santé français ni pour les intéressés eux-mêmes, au regard du coût de ces formations et des difficultés rencontrées pour obtenir l'autorisation d'exercice. Elle est de nature en outre à créer des tensions au sein de la profession en renforçant son hétérogénéité et en dégradant son image. Elle pose enfin la question de la cohérence des politiques publiques dans le contexte de la mise en place du 100 % Santé et de la capacité des établissements français à assurer la formation d'un nombre suffisant de professionnels de santé.

3.4 Une augmentation souhaitable du nombre de diplômés en audioprothèse en France *via* la formation initiale et continue

3.4.1 Un relèvement significatif du quota de places ouvertes à l'entrée des écoles

[206] 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 places, il a connu une augmentation régulière, avec un palier en 2019 lié à la création des écoles de Lille et d'Evreux, qui a permis de passer de 238 à 282 places (+22 %). Il a été fixé à 295 places par l'arrêté du 25 juin 2021 et porté à 298 par un arrêté modificatif du 27 juillet 2021 – trois places supplémentaires ayant été ouvertes à Lille.

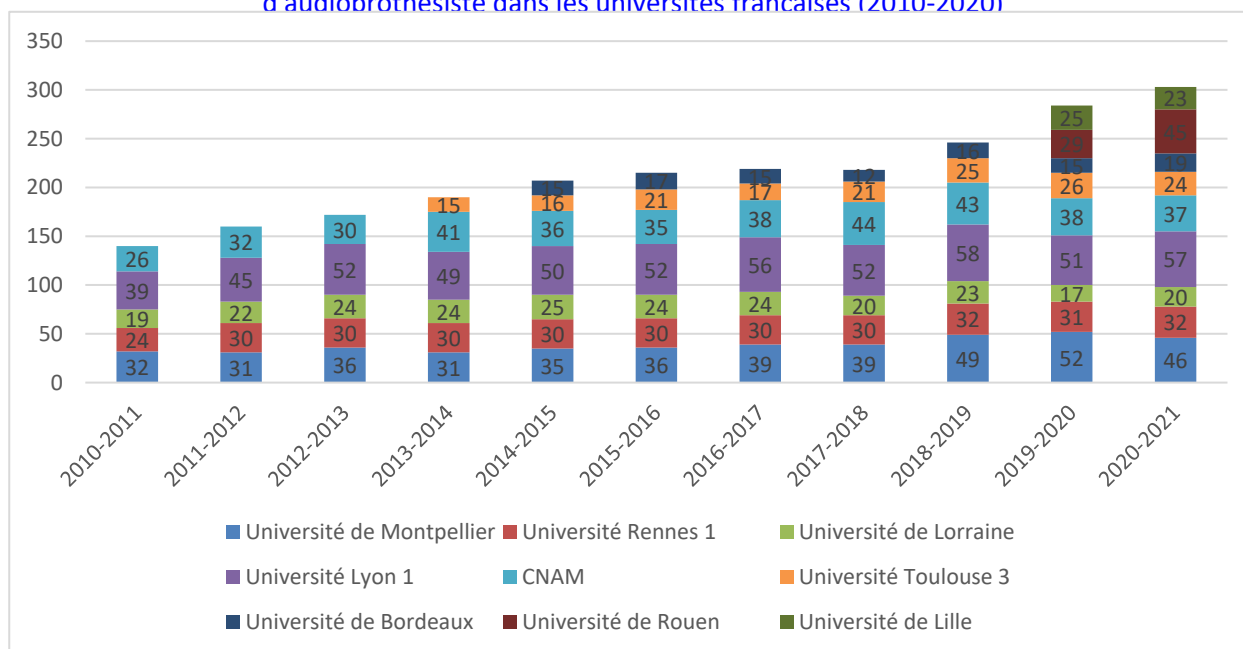
Graphique 9 : Evolution du quota d'étudiants en audioprothèse



Source : Mission

[207] 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.

Graphique 10 : Évolution du nombre d'étudiants inscrits en première année de formation d'audioprothésiste dans les universités françaises (2010-2020)



Source : MESRI-SIES / Système d'information sur le suivi de l'étudiant (SISE)

[208] Les représentants des indépendants, s'ils conviennent de la nécessité d'augmenter de façon raisonnée le nombre de professionnels en activité, en particulier dans le contexte du 100 % Santé, considèrent néanmoins que les effectifs actuels suffisent pour l'essentiel à faire face à l'augmentation de la demande et plaident à ce titre en faveur d'un relèvement progressif et limité du quota. Ils évoquent, en outre, les capacités d'accueil réduites des écoles et des terrains de stage et le risque de dégradation de la qualité de la formation. La FNEA partage cette dernière préoccupation. Enfin, le CNA estime que le nombre d'audioprothésistes actuellement en exercice en France est adapté au nombre de patients et qu'un relèvement du quota n'est pas nécessaire pour faire face à l'évolution de la demande.

[209] À 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. 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.

[210] La mission, après avoir pris connaissance des différentes modélisations du besoin en audioprothésistes en 2030, estime pour sa part nécessaire d'augmenter significativement le nombre de diplômés (cf. 2.2.2.3). Le relèvement du quota pourrait ainsi se situer dans une fourchette de 150 à 200 places supplémentaires pendant cinq ans. Il pourrait intervenir à la rentrée 2022 ou 2023, en fonction des délais de mise en œuvre des formations concernées. La mission considère toutefois qu'un relèvement dès 2022 constituerait un signal fort à l'égard des porteurs de projets de nouvelles écoles – sans préjuger des dates d'ouverture de ces dernières, qui pourraient s'échelonner sur deux ans. A plus long terme, la définition d'une nouvelle méthode de réflexion nationale stratégique et concertée (cf. infra, 3.4.3) permettra de déterminer à quel niveau le quota pourra être fixé.

3.4.2 La possible création à court terme de nouvelles écoles

[211] 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 nécessaires à l'activité d'enseignement) et de l'existence d'un nombre suffisant de terrains de stage ; de sa soutenabilité économique enfin, au regard de l'évolution de la masse salariale et des investissements nécessaires.

[212] La première condition semble être aujourd'hui remplie, si l'on considère l'attractivité des formations conduisant au DE d'audioprothésiste. Certains représentants de la profession soulignent toutefois que le quota n'a pas pour seul objectif la régulation de l'offre de soins et la maîtrise des dépenses de santé, qu'il permet également de garantir la qualité de la formation et qu'une augmentation significative 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.

[213] Les entretiens conduits par la mission permettent d'envisager la levée de ces deux obstacles. La révision de la maquette permettrait en effet un étalement des stages, évitant ainsi de saturer les terrains d'accueil. La question des capacités de formation pourrait, par ailleurs, être résolue moins par l'augmentation du nombre de places dans les écoles existantes – lesquelles ne pourraient contribuer au relèvement du quota qu'à hauteur d'une trentaine de places¹¹¹ – que par la création de nouvelles formations dans des établissements qui n'en disposent pas aujourd'hui.

[214] Pas moins de trois universités envisageraient ainsi d'ouvrir à court terme une formation d'audioprothésiste à Tours, Grenoble et Clermont-Ferrand. Une quatrième, s'adressant 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 (cf. infra 3.4.4), n'en contribuerait pas moins à augmenter les 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 environ 25 chacune et que les écoles existantes ouvrent une trentaine de places. Ces créations devraient permettre une augmentation significative du nombre d'entrants en formation en 2022 et/ou 2023, en même temps qu'un meilleur maillage du territoire.

[215] Ces créations devront être accompagnées par le MESRI dans le cadre du Dialogue stratégique et de gestion (DSG) conduit avec les universités et faire l'objet de discussions avec les Régions concernées, qui pourraient être intéressées à l'augmentation du nombre d'audioprothésistes formés sur leur territoire.

Recommandation n°28 Procéder à un relèvement temporaire du quota de 150 à 200 places en accompagnant les universités qui souhaitent ouvrir de nouvelles formations

¹¹¹ Si certaines écoles sont susceptibles d'accueillir davantage d'étudiants, d'autres considèrent en effet qu'elles ne disposent pas des locaux et des équipements nécessaires pour augmenter leur effectif.

3.4.3 Une révision souhaitable des modalités de fixation du quota

[216] La mission s'interroge, par ailleurs, sur les modalités actuelles de fixation du quota. Celui-ci est 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 est ainsi instruite dans le cadre d'un dialogue bilatéral avec les opérateurs au niveau régional. Cette procédure censée prendre en compte au mieux les réalités du terrain ne repose pas sur une stratégie nationale définie en amont – pas plus qu'elle ne s'inscrit dans un cadre pluriannuel qui permettrait d'anticiper les besoins et de lisser le cas échéant les évolutions nécessaires – mais sur une approche empirique consistant à agréger des besoins exprimés localement. L'initiative est ainsi laissée aux acteurs locaux, qui ne peuvent se substituer aux administrations centrales, garantes d'une vision d'ensemble. On peut notamment s'étonner que la mise en place du 100 % Santé n'ait pas donné lieu à une réflexion associant tous les acteurs concernés et s'appuyant sur des données objectives en matière démographique.

[217] La Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP), par ailleurs, n'interroge pas l'ensemble des universités proposant des formations de Santé mais seulement les établissements qui disposent d'une école d'audioprothésiste. Elle prend ainsi en compte les seules capacités de formation déjà existantes. 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 Direction générale de l'offre de soins (DGOS) n'interroge pas formellement les représentants des professionnels du secteur, pourtant directement concernés par le nombre de diplômés formés.

[218] Il conviendrait ainsi d'inscrire la procédure conduisant à la fixation du quota dans le cadre d'une réflexion stratégique menée au niveau national en associant l'ensemble des acteurs et en prenant en compte l'ensemble des capacités de formation des établissements.

3.4.4 Des perspectives intéressantes de développement de l'apprentissage et de la formation continue

3.4.4.1 Une voie d'accès au diplôme par l'apprentissage récente et encore limitée

[219] Le nombre d'apprentis inscrits dans une formation d'audioprothésiste 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'apprentis en deuxième et en troisième année et en augmentant de ce fait le montant collecté au titre de la taxe d'apprentissage auprès des entreprises travaillant dans le domaine de l'audition. La même volonté se retrouve à Evreux, où l'apprentissage est mentionné dans la convention de partenariat signée en novembre 2019 avec l'Université de Rouen et la Région Normandie comme une modalité de financement de la nouvelle école.

[220] Le développement de l'apprentissage apparaît comme une perspective intéressante, tant en matière d'élargissement de l'accès aux études d'audioprothèse que de financement de la formation. Il apparaît, par ailleurs, bien adapté à la nature de cette dernière, qui fait déjà une large place aux périodes de formation en milieu professionnel, et permettrait de proposer une pédagogie différente de celle sous statut étudiant. Il est enfin compatible avec l'obligation d'effectuer un stage dans

différents types de structures. 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 le nombre d'entreprises d'accueil et la durée du stage¹¹². Il conviendrait toutefois que le MESRI procède dans les meilleurs délais à l'inscription du diplôme d'État au Répertoire national des qualifications professionnelles (RNCP).

Recommandation n°29 Sécuriser et développer l'accès au diplôme d'État d'audioprothésiste par la voie de l'apprentissage

3.4.4.2 Une ouverture nécessaire à la formation continue

[221] Une alternative au moins partielle au relèvement du quota, qui implique un renforcement des capacités d'accueil dans les écoles existantes et/ou la création de nouvelles écoles, serait le développement d'une voie d'accès au diplôme d'État dans le cadre de la formation continue. Cette alternative répondrait à la fois à une demande forte de la part d'opticiens et d'assistants en audioprothèse qui souhaitent évoluer professionnellement et à la nécessité de former davantage d'audioprothésistes tout en limitant l'afflux de diplômés formés dans un autre pays membre de l'Union européenne. Elle permettrait, par ailleurs, de couvrir au moins une partie du coût de la formation *via* les fonds de la formation professionnelle ou l'acquittement par les intéressés de droits d'inscription sensiblement supérieurs à ceux versés par les étudiants en formation initiale. Elle limiterait enfin les difficultés liées au manque de locaux et d'équipements disponibles grâce à la mise en place de temps de formation décalés et à l'hybridation des enseignements (à distance et en présentiel).

[222] Si certains directeurs d'école avec lesquels s'est entretenue la mission ont évoqué des difficultés éventuelles de mise en œuvre¹¹³, d'autres en revanche ont exprimé leur très vif intérêt pour le développement de cette nouvelle voie. Des projets ambitieux de développement de la formation continue existent ainsi à Evreux et à Lyon – ce dernier en partenariat avec Aix-Marseille Université (AMU). Ils prévoient d'associer validation partielle des acquis de l'expérience (VAE), formation continue en ligne ou en présentiel et stages répartis sur deux ou trois années.

[223] La création de ces formations, qui garantiraient un même niveau de compétence pour tous les diplômés, pourrait s'accompagner de la mise en place, en amont du cursus conduisant au diplôme d'État, d'une certification permettant aux assistants et techniciens exerçant dans les centres d'audioprothèse de valider leurs acquis professionnels – aujourd'hui non clairement reconnus – et de se préparer s'ils le souhaitent à intégrer la formation d'audioprothésiste.

[224] 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 aux salariés qui souhaiteraient accéder au DE d'audioprothésiste. Ces derniers pourraient en revanche bénéficier d'un financement dans le cadre du Compte personnel de formation (CPF). Les employeurs ont ainsi la possibilité depuis 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

¹¹² Articles R. 6223-10 et R. 6223-11 du code du travail.

¹¹³ Les économies d'échelle en matière de locaux et d'équipements ne s'appliqueraient pas en matière de ressources humaines, l'augmentation du nombre d'étudiants se traduisant par une augmentation de la charge d'enseignement et de la charge administrative (scolarité, gestion des intervenants extérieurs).

individuel ou dans le cadre d'un accord d'entreprise¹¹⁴. La formation de professionnels en activité pourrait, par ailleurs, s'inscrire dans le cadre du plan de développement des compétences, qui remplace depuis le 1^{er} janvier 2019 le plan de formation et peut concerner toutes les entreprises¹¹⁵. Elle pourrait s'appuyer sur les Centres de formation des apprentis (CFA) universitaires existant ou sur la création de CFA privés, dans le cadre d'un partenariat entre une organisation d'employeurs – laquelle financerait les locaux, les équipements et les dépenses de fonctionnement – et une université qui assurerait les enseignements et la délivrance du diplôme.

[225] Il conviendrait au préalable de spécifier dans les textes qui s'y rapportent que le diplôme d'État est ouvert à la formation continue et de l'inscrire au RNCP. Ce dernier point conditionne en effet l'inscription de la formation au catalogue géré par la Caisse des dépôts et des consignations (CDC) et sa prise en charge par le biais du CPF.

[226] 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. Il pourrait bénéficier chaque année à une centaine de salariés en reprise d'études, qui viendraient s'ajouter à la trentaine de diplômés supplémentaires susceptibles d'être formés dans les écoles actuelles et aux 60 à 90 issus des trois écoles en projet à Clermont-Ferrand, Grenoble et Tours. Il contribuerait ainsi pour moitié à l'augmentation du nombre de diplômés, qui passerait d'un peu moins de 300 actuellement à près de 500, dont environ 400 au titre de la formation initiale. Le quota de places ouvertes au titre de cette dernière pourrait être adapté en fonction du nombre d'inscrits en formation continue.

Recommandation n°30 Développer la formation continue pour les salariés qui souhaitent accéder au diplôme d'État d'audioprothésiste et ajuster en conséquence le quota de places ouvertes en formation initiale

¹¹⁴ La loi 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 de la demande de son titulaire (...), lorsque le coût de cette formation est supérieur au montant des droits inscrits sur le compte (...), d'abondements (...) pour assurer le financement de cette formation ». Elle prévoit en outre « qu'un accord d'entreprise ou de groupe peut définir les actions de formation (...) pour lesquelles l'employeur s'engage à financer (...) [d]es abondements. Dans ce cas, l'entreprise peut prendre en charge l'ensemble des frais et peut demander le remboursement à la CDC des sommes correspondantes ».

¹¹⁵ 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 au titre du plan de développement des compétences des employeurs de moins de 50 salariés. Des ressources supplémentaires peuvent être collectées en application de l'article L. 6332-1-2 du code du travail.

Conclusion

[227] Le bilan de la réforme 100 % Santé dans la filière auditive apparaît difficile à établir à ce stade : sa pleine mise en œuvre, intervenue seulement le 1^{er} janvier 2021, laisse en effet peu de recul à l'analyse. Ses effets, avérés et massifs au niveau des volumes de ventes d'aides auditives et des taux d'appareillage, est plus incertain au niveau qualitatif (questions relatives à l'effectivité et à la qualité du suivi, à l'évolution de l'observance, au profil des patients nouvellement appareillés...).

[228] La mise en œuvre du 100 % Santé a agi, en tout cas, comme un révélateur des défis auxquels la filière auditive est confrontée. Le succès de la réforme est subordonné à des modifications dans l'organisation de la filière, des adaptations du parcours de soins des patients atteints de presbyacousie et à une évolution plus ou moins marquée des cursus conduisant aux professions concernées (ORL, médecins généralistes, audioprothésistes, orthophonistes). Sur ce dernier point, le relèvement du quota d'étudiants susceptibles d'être admis en première année d'études d'audioprothésiste et l'universitarisation plus poussée de la formation conduisant au diplôme d'État revêtent une importance particulière.

[229] Au-delà de ces points qui ont fait l'objet d'investigations détaillées de sa part, la mission souhaite attirer l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité d'élaborer des outils permettant d'acquérir une connaissance fine de la situation de la filière et de nourrir la réflexion sur ses perspectives d'évolution à moyen/long terme. Il est indispensable en particulier d'engager des travaux d'évaluation et d'analyse de la filière auditive :

- en matière quantitative : les estimations du marché des aides auditives et les projections relatives à la démographie des différentes professions de la filière, reposent aujourd'hui très largement sur les données produites par un certain nombre d'acteurs privés (SNITEM pour l'évaluation du marché, audioprothésistes pour les pratiques professionnelles, etc.) ;
- en matière de *benchmark* international : la connaissance des pratiques et de l'organisation de la filière à l'international, qui serait de nature à éclairer la décision publique, reste en effet à ce jour assez limitée.

[230] Ces lacunes s'expliquent notamment par le fait que la dépense socialisée consacrée aux aides auditives était jusqu'à présent très réduite. Avec la mise en œuvre du 100 % Santé, le besoin d'une analyse objectivée de la filière et de ses enjeux qui ne soit pas essentiellement produite par des acteurs de cette dernière – lesquels peuvent se trouver en situation de conflit d'intérêts – est particulièrement important.

[231] Les pouvoirs publics et les acteurs de la filière devraient lancer, de façon concertée, des travaux d'anticipation et d'évaluation qualitative pour essayer de cerner les évolutions structurelles qui pourraient intervenir à un horizon difficile à déterminer mais relativement proche :

- des ruptures technologiques et commerciales, avec l'arrivée possible sur le marché des dispositifs médicaux de grands acteurs comme Apple, Samsung, Bose... voire le développement de produits ne relevant pas de la catégorie des dispositifs médicaux mais avec des caractéristiques équivalentes ;
- le développement de la vente *over the counter* (OTC) qui est en train de se mettre en place à large échelle aux États-Unis et qui pourrait, le jour venu, inspirer certains de nos voisins européens ;

- une évolution majeure des rôles respectifs de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé dans le remboursement des soins, à l'issue de la mise en place éventuelle d'une « Grande Sécu » ou d'un éventuel scénario alternatif, actuellement analysés par le HCAAM ;
- les conclusions de la réflexion transversale en cours sur une éventuelle dissociation de la vente des dispositifs médicaux et du suivi associé ;
- la progression rapide et massive des outils de télé-audiologie.

[232] Ces réflexions ne sont pas apparues au premier plan des priorités des parties prenantes de la filière, largement focalisées – fort logiquement – sur la mise en œuvre du 100 % Santé et l'éventuelle adaptation en cours de route de certains de ses paramètres. Mais elles constituent une toile de fond qui mérite d'être approfondie.

[233] Par ailleurs, la mission tient à rappeler que les recommandations du rapport devraient être mises en œuvre à l'issue d'une concertation entre les parties prenantes, qui devrait obéir à des calendriers différents en ce qui concerne :

- la formation, aux plans quantitatif et qualitatif, qui doit faire rapidement l'objet de mesures afin de répondre aux enjeux liés à une demande de soins en très forte croissance et aux évolutions de la profession d'audioprothésiste ;
- les paramètres de la réforme 100 % Santé, après un bilan contradictoire qui devra intervenir à l'issue d'une année pleine de mise en œuvre de la réforme afin de disposer du recul nécessaire pour observer le caractère structurel de ses effets – soit autour du second semestre 2022 (hors activation de la « clause volume » d'abaissement du prix limite de vente de la classe I à 900 €, qui doit pouvoir être mise en œuvre à l'issue du premier trimestre 2022, selon l'observation qui sera faite du marché à ce moment-là) ;
- les réflexions d'évolution à plus long terme, qui pourraient être mises à l'ordre du jour des prochaines réunions entre l'État, la CNAM et les professionnels de la filière.

[234] Enfin, la mission souligne l'intérêt qu'il y aurait à envisager le lancement de missions similaires sur les surdités des enfants et les surdités professionnelles. Ces champs n'ont pas pu être abordés, en effet, faute de temps et de moyens, et non d'importance pour la santé publique.

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

LETTRE DE MISSION



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

*Le Ministre
des Solidarités et de la Santé*

*La Ministre
de l'Enseignement supérieur,
de la Recherche et de l'Innovation*

Paris, le 25 MARS 2021

CAB OV/DGOS/RH2/ML/Pégase I-21-000735

Objet : lettre de mission filière auditive relative à la mise en œuvre du 100% santé, à l'évolution des modes d'exercice et des pratiques professionnelles.

Depuis plusieurs années, la filière auditive est confrontée à de nombreux problèmes structurels liés tant à la baisse du nombre de médecins ORL qu'au vieillissement de la population. Dans ces conditions, il est donc nécessaire de réfléchir, pour les années à venir, à une refonte de l'organisation de la filière auditive qui irait des questions relatives au financement de l'appareillage auditif jusqu'à celle de la prise en charge optimale des patients.

Dans cette perspective, le Gouvernement, en 2018, a présenté le programme « 100% Santé » qui prévoit la prise en charge complète des frais engagés par les patients par l'Assurance Maladie obligatoire et les organismes complémentaires dans le champ de l'optique, de l'audiologie et des soins dentaires. Au-delà de la question du reste à charge et du renforcement de la prévention, ce programme inclut des mesures destinées à faciliter l'accès aux soins des usagers, à lutter contre le renoncement aux soins et à réduire les délais d'attente dans les trois secteurs considérés. A partir du 1^{er} janvier 2021, la réforme du 100% santé se déploiera pour permettre le remboursement intégral par l'Assurance maladie et les complémentaires santé des aides auditives, le coût financier étant considéré comme le premier frein à l'appareillage auditif.

Par ailleurs, en janvier 2020, le ministère de la santé a présenté la stratégie globale « Vieillir en bonne santé 2020-2022 » visant à promouvoir la prévention de la perte d'autonomie à tous les âges de la vie et dans tous les lieux de vie. Le dépistage des troubles de l'audition est un enjeu grandissant de santé publique dans la prévention et s'inscrit également dans le cadre de l'action "Prendre soin de son audition tout au long de la vie" du futur Plan national santé environnement 4.

Aujourd'hui, la structuration de la filière auditive se caractérise par d'importantes difficultés d'accès sur le territoire national aux professionnels notamment du fait de la pénurie de médecins ORL, de besoins mal ou non couverts, un déficit de coordination et de coopération entre les différents professionnels qui composent la filière. Ces difficultés sont d'autant plus préoccupantes que la réforme du 100% santé prévoit un renforcement des conditions de prescription des aides auditives lors du premier appareillage en restreignant la prescription aux professionnels de santé formés (médecin ORL et médecin généraliste attestant d'une formation spécifique) et suffisamment équipés pour effectuer un examen complet du patient.

Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales

Madame Caroline PASCAL
Cheffe de l'Inspection générale de l'éducation,
du sport et de la recherche

Pour pallier les difficultés d'accès à un médecin prescripteur, les audioprothésistes diplômés d'Etat pourraient être davantage sollicités dans le renouvellement des appareillages. Or, en 2020, on ne comptait que 4 125 audioprothésistes en activité en France dont environ les deux tiers ont un exercice salarié et un peu plus d'un tiers un exercice libéral.

La profession d'audioprothésiste n'étant pas seulement une profession de santé mais également une profession commerciale, la question de la démarche commerciale, de la publicité et des modalités d'information des consommateurs revêt un enjeu de grande ampleur dans les réflexions à mener autour de la filière.

Ainsi, nous souhaitons qu'une mission conjointe IGAS/IGESR soit lancée sur la filière auditive afin d'évaluer l'organisation de la filière dans la prise en charge globale du patient, la pertinence de la formation des médecins généralistes, l'évolution du cadre d'exercice de la profession d'audioprothésiste, le besoin d'encadrer cette profession par des règles professionnelles et, le cas échéant, de proposer des pistes d'évolution afin de répondre aux attentes des professionnels de la filière auditive.

Dès lors, votre mission consistera notamment à :

1. Evaluer l'impact pour la filière auditive de la mise en place du *100% santé* (refonte du circuit de prescription par les ORL et nouvelles exigences de formation pour les médecins généralistes) ;
2. Déterminer les compétences attendues des audioprothésistes, notamment relatives à la prise en charge des enfants malentendants et apprécier la compatibilité entre ces compétences et la compétence générale des audioprothésistes ;
3. Evaluer les modalités de la formation initiale actuelle des audioprothésistes, en réfléchissant à la mise en place de passerelles entre les formations. La question des formations dispensées dans d'autres pays de l'Union européenne et permettant l'accès à la profession en France par le jeu de la reconnaissance des qualifications professionnelles devra également être analysée.
4. Explorer la possibilité d'élargir la prise en charge par les auxiliaires médicaux par le biais de la pratique avancée ;
5. Préciser le rôle de l'audioprothésiste en tant que professionnel de santé accompagnant le patient dans son parcours de soins et ses liens avec l'ensemble des professionnels de la filière auditive ;
6. Evaluer le suivi des patients par les audioprothésistes à travers notamment les aspects suivants : la pertinence et l'efficacité de la réalisation du suivi dans le parcours de soin et la qualité de sa réalisation ;
7. Identifier les mesures garantissant le respect des prestations initiales et de suivi ;
8. Evaluer l'opportunité de l'élaboration de règles professionnelles visant à encadrer les pratiques des audioprothésistes et la publicité. Si un cadre légal sur l'activité de l'audioprothésiste est déjà posé dans le code de la santé publique et que tous les professionnels de santé doivent délivrer une information objective sur ces modalités d'exercice, la loi précise que « *sont déterminés par décret en Conseil d'Etat en tant que de besoin les règles professionnelles* ». Ce besoin d'élaborer des règles de bonnes pratiques nécessite de porter une attention particulière aux modalités d'information de la population dès lors que le droit de l'Union prévoit aujourd'hui un principe de libre communication des informations des praticiens au public ;
9. Explorer les besoins non couverts pour le dépistage des troubles auditifs et les capacités d'absorption par les différents professionnels de la filière auditive ;
10. Identifier les principaux leviers permettant une mise en œuvre du *100% santé-filière auditive* la plus compatible possible avec les objectifs de développement durable (recyclage des audioprothèses...).

Afin d'élaborer les propositions, la mission consultera les syndicats de la filière auditive ainsi que toute personnalité qualifiée, expert ou service de l'administration qu'elle jugera pertinent d'auditionner dans le cadre de ses travaux.

Il est important que ses propositions puissent se traduire rapidement afin d'accompagner la dernière étape de la réforme du 100% santé pour la filière auditive pour mieux répondre aux besoins et établir un système de santé durable. C'est pourquoi le rapport issu de ces travaux devra être remis au plus tard à l'été 2021.

Nous vous prions d'agréer, Madame la cheffe du service de l'Inspection générale des affaires sociales, Madame la cheffe du service de l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche, l'expression de notre considération distinguée.



Olivier VÉRAN



Frédérique VIDAL

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

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Assemblée nationale

M. Cyrille Isaac-Sibille, député du Rhône

Cabinets et administrations centrales

Ministère des solidarités et de la santé

Cabinet

M. Philippe Morlat, conseiller formation, recherche et sujets hospitalo-universitaires

Mme Sarah Sauneron, conseillère protection sociale

M. Sébastien Delescluse, conseiller formation et enseignement supérieur

Direction de la sécurité sociale (DSS)

M. Franck Von Lennep, directeur de la sécurité sociale

M. Nicolas Labrune, sous-directeur du financement du système de soins

M. Denis Le Bayon, sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

Mme Fanny Chauviré-Maubert, cheffe du bureau de l'accès aux soins et aux prestations de santé

M. Charles Emmanuel Barthelemy, adjoint chef du bureau des produits de santé

Mme Céline Scannavino, chargée de mission pilotage des organismes de sécurité sociale, Bureau 4C (Systèmes d'information des organismes de sécurité sociale et réglementation des traitements de données à caractère personnel)

Direction Générale de la Santé (DGS)

M. Patrick Ambroise, adjoint à la sous-directrice de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques

Dr Pierre Buttet, chef de bureau maladie chronique non transmissible

Dr Eliane Vanhecke, chargée de mission de prévention sur les pathologies liées au vieillissement, bureau des maladies chroniques non transmissibles (SP5)

M. Didier Olandini, adjoint à la chef du bureau de l'environnement intérieur, des milieux de travail et des accidents de la vie courante

M. Sébastien Gorecki, Bureau de l'environnement intérieur, des milieux du travail et des accidents de la vie courante (EA2)

M. Jean-Michel Thiolet, Bureau de l'environnement intérieur, des milieux du travail et des accidents de la vie courante - EA2

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

M. Eric Maurus, chef de bureau, exercice et déontologie des professions de santé

Mme Sandrine Jaumier, cheffe de bureau Démographie et de la formation initiale

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

M. Anatole Puiseux, sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)

Mme Mathilde Gaini, adjointe à la sous-directrice

Comité Economique des produits de santé (CEPS)

M. Philippe Bouyoux, président

Mme Catherine Rumeau-Pichon, vice-présidente section dispositifs médicaux

Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

M. Laurent Gratioux, inspecteur général des affaires sociales

M. Jean Debeaupuis, inspecteur général des affaires sociales

M. Mathias Albertone, inspecteur général des affaires sociales

Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation (MESRI)

Cabinet

Mme Christine Ammirati, conseillère en charge de la santé

M. Jérôme Teillard, Chef de projet en charge de Parcoursup

Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP)

Mme Anne-Sophie Barthez, directrice générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle

Dr François Couraud, coordonnateur Collège des conseillers scientifiques

M. Jean-Christophe Paul, chef du département des formations de santé

Mme Christine Bruniaux, cheffe du département de la stratégie de la formation et de l'emploi

Mme Fabienne Poulard, chargée de la formation tout au long de la vie dans l'enseignement supérieur

Ministère du travail

Direction générale du travail (DGT)

Mme Anne Audic, adjointe à la sous-directrice des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail

M. Nicolas Bessot, chef de bureau des risques chimiques, physiques et biologiques

Ministère de l'économie et des finances

Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF)

M. Eric Cuziat, sous-directeur de l'industrie, de la santé et du logement

M. Ambroise Pascal, chef du bureau des produits et prestations de santé et des services à la personne

Mme Maryse Lalande, adjointe au chef du bureau produits et prestations de santé et services médico-sociaux

Mme Bérengère Comon, chargée de mission au sein du bureau des produits et prestations de santé et des services à la personne

Direction générale des entreprises (DGE)

Mme Laurence Mégard, sous-directrice industries de santé, biens de consommation et agroalimentaire

Mme Elodie de La Boutresse, chargée de la filière des industries des technologies médicales

Organismes Internationaux

Organisation mondiale de la santé (OMS)

Dr Shelly Chadha, responsable technique pour les soins de l'oreille et de l'audition

Alarcos Cieza, chef du département de la vision, de l'audition, du handicap et de la réadaptation

Satish Mishra, directeur technique - handicap et réadaptation

Chander Chitra, consultante

European Hearing Instrument Manufacturers Association (EHIMA)

M. Stefan Zimmer, secrétaire général

M. Lucas Fischer, chargé de mission

Organisme nationaux

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

M. Thierry Sirdey, directeur de la direction des dispositifs médicaux, des cosmétiques et des dispositifs de diagnostic in vitro

M. Thierry Thomas, directeur adjoint à la direction des dispositifs médicaux thérapeutiques et des cosmétiques

Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC)

Mme Michèle Lenoir-Salfati, directrice générale

M. Jean-Philippe Natali, directeur du développement et de la qualité du DPC

Autorité de la concurrence

M. Stanislas Martin, Rapporteur général

Mme Gwenaëlle Nouet, Rapporteuse générale adjointe

Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

Mme Marguerite Cazeneuve, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Mme Julie Pougheon, directrice de l'offre de soins

M. Claude Gissot, directeur de la stratégie, des études et des statistiques

M. Emin Agamaliyev, responsable du département des études sur l'offre de soins

M. Grégoire de Lagasnerie, chef du bureau économie de la santé

M. Yves Canevet

M. Frédéric Giraudet, chargé de mission, chargé des conventions des professions de la LPP

Dr Marianne Charvier, ORL

Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)

M. Jean-Francois Gérard-Varet, président

Mme Stéphanie Rasse, experte géographe de la santé

Haute Autorité de Santé (HAS)

M. Hubert Galmiche, chef du service d'évaluation des dispositifs médicaux

M. Pierre Gabach, adjoint à la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins et chef du service des bonnes pratiques

Mme Corine Collignon, adjointe au chef du service d'évaluation des dispositifs médicaux

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)

Mme Nathalie Fourcade, secrétaire générale

M. Renaud Legal, secrétaire général adjoint

M. Rémi Valter, interne de santé publique

Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement (Hcéres)

M. Stéphane Le Boulter, secrétaire général

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Mme Marie-Odile Safon, responsable du service documentation

Institut de l'audition

Pr Christine Petit, directrice

Pr Paul Avan, directeur du Centre de Recherche et d'Innovation en Audiologie Humaine (CERIAH)

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)

M. Emmanuel Touzé, président

Mme Agnès Bocognano, secrétaire générale

Santé Publique France (SPF)

Mme Marie-Anne Jacquet, directrice générale adjointe

M. Pierre Arwidson, directeur adjoint de la prévention et de la promotion de la santé

Mme Anne Gallay, directrice des maladies non transmissibles et traumatisme

Mme Alexandra Doncarli, chargée d'études scientifiques, Direction des maladies non transmissibles et traumatismes

Mme Agnès Verrier, chargée d'expertise en santé-environnement

GIE SESAM-Vitale

M. Anthony Gomes de Carvalho, directeur général

M. Sébastien Houget, directeur de projets

Représentants des professionnels

Collège des ORL

Pr Emmanuel Lescanne, président

Collège nationale d'audioprothèse

M. Matthieu Del Rio, président

M. Eric Bizaguet, ancien président

M. François Le Her, ancien président

Collège de la médecine générale (CMG)

Dr Francis Abramovici, secrétaire général

Dr Jean-Marc Pauly

Dr Pascal Charbonnel

Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

Dr Jean-Paul Ortiz, président

Dr Franck Devulder, président des spécialistes

Dr Luc Duquesnel, président du syndicat des généralistes

Dr Michel Virte, membre des instances et cadre de la CSMF

Conseil National Professionnel d'ORL et CCF (CNP ORL)

Pr Vincent Darrouzet, président

Dr Laurent Seidermann, vice-président

Pr Hung Thai Van, membre

Pr Christophe Vincent, membre

Fédération française des médecins généralistes (MG France)

Dr Jean-Claude Soulary, trésorier de MG France

Fédération nationale des orthophonistes (FNO)

Mme Anne Dehêtre, présidente

Société française d'audiologie (SFA)

M. François Dejean, président (audioprothésiste)

Mme Stéphanie Borel, vice-secrétaire (orthophoniste)

Syndicat des audioprothésistes (SDA)

M. Luis Godinho, président

M. Brice Jantzen, vice-président

M. Stéphane Gallego, vice-président

Syndicat national de l'audition mutualiste (SYNAM)

M. Marc Greco, président

Mme Véronique Bazillaud, déléguée générale

Syndicat national des entreprises de l'audition (SYNEA)

M. Richard Darmon, président

M. Michel Touati, vice-président

M. Amaury Dutreil, vice-président

Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM)

Mme Armelle Graciet, directrice des affaires industrielles

M. Pascal Boulud, président du pôle audiologie, Président de Signia France

M. Gilles Lombard, attaché de direction de Signia France

M. François-Régis Moulines, directeur des affaires gouvernementales

M. William Rolland, coordinateur du pôle audiologie

Syndicat National des Médecins spécialisés en ORL et chirurgie Cervico-Faciale (SNORL)

Dr Laurent Seidermann, président

Représentants des patients et des consommateurs

Bucodes SurdiFrance

M. Yann Griset, président

Unanimes

M. Cédric Lorant, président

UFC Que Choisir

M. Mathieu Escot, directeur adjoint de l'action politique en charge des études et du lobby, UFC Que Choisir

Experts

ORL

Pr. Lionel Collet, conseiller d'État

Pr René Dauman, PU-PH d'ORL au CHU de Bordeaux

Pr Bernard Fraysse, président société mondiale d'ORL

Pr Noël Garabédian, PU-PH d'ORL spécialisé en ORL Pédiatrique à l'hôpital Necker-Enfants Malades

Pr Hung Thai-Van, chef du Service d'audiologie et d'explorations otoneurologiques aux hospices Civils de Lyon

Pr Olivier Sterkers, chef de service ORL à l'hôpital universitaires Pitié Salpêtrière

Autres

Mme Hélène Charrondière, directrice éditoriale du pôle Pharmacie-Santé, Les Echos

M. Maher Kassab, président-directeur général de Gallileo Business Consulting

Mme Laurence Hartmann, maîtresse de conférences en sciences économiques au CNAM

Dr Antoine Piau, gériatre au CHU de Toulouse

Services hospitaliers et centres d'audioprothèses

Centres d'audioprothèses

M. Romain Decolin, audioprothésiste à Nancy

M. Vincent Krause, audioprothésiste à Lille

M. Philippe Metzger, audioprothésiste à Paris

M. Christian Renard, audioprothésiste à Lille

Hôpital de CHU de Lille

Guillaume Rey, interne en ORL

Michaël Risoud, praticien hospitalier

Mme Jacques, puéricultrice

Coralie Alonso, infirmière

Théo et x. , étudiants

Universités et institutions universitaires et de recherche

Conférence nationale des doyens de médecine

Pr Patrice Diot, Président conférence des doyens de médecine, doyen de la faculté de médecine de Tours

Pr Bach-Nga Pham, VP de la conférence des doyens, doyen de la Faculté de Médecine de Reims

Pr Michel Mondain, doyen de la faculté de médecine de Montpellier

Conseil national des Universités (CNU)

Pr. Elie Serrano, président de la 55^{ème} section, « Pathologie de la tête et du cou »

Conférence des présidents d'université (CPU)

Mme Macha Woronoff, présidente de la commission des questions de santé de la CPU

Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)

Pr Thierry Van Den Abbeele, co-directeur

Pr Alexandre Garcia, co-directeur

M. Eric Bavu, maître de conférences en acoustique

M. Eric Bizaguet, enseignant vacataire en charge de la coordination des cours d'audioprothèse

Mme Caroline Hoeve, élève de 1ère année

M. Gabriel Zeitoun, élève de 3ème année et président du Bureau des Élèves

Fédération nationale des étudiants en audioprothèse

Mme Ikram Yahyaoui, présidente de la FNEA

M. Dylan Giran, Ex-président de la FNÉA

Inserm

Dr Jean-Philippe Empana, directeur de recherche

Dr Quentin Lisan, médecin chercheur

Université de Toulouse

Pr Elie Serrano, doyen de faculté de médecine de Toulouse-Rangueil

Pr Mathieu Marx, directeur de l'école d'audioprothèse de Cahors

Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation (ISTR)

M. Xavier Perrot, directeur

M. David Colin, directeur de la formation en audioprothèse

M. Stéphane Gallego, ancien directeur

Mme Véronique Villalon, secrétaire

Université de Bordeaux

Pr Pierre Dubus, doyen de la faculté de médecine de Bordeaux

Dr. Damien Bonnard, directeur de l'école d'audioprothésiste de Bordeaux

Université de Lille

Pr Dominique Lacroix, doyen de la faculté de médecine de Lille

Pr Christophe Vincent, directeur école d'audioprothèse de Lille

Université de Montpellier

Pr Vincent Lisowski, doyen de la faculté de pharmacie de Montpellier

Pr. Jean-Luc Puel, directeur de l'institut des neurosciences de Montpellier

Université de Nancy

Pr Raphaël Duval, doyen de la faculté de pharmacie de Nancy

Pr Cécile Parietti-Winkler, codirectrice de l'école d'audioprothèse de Nancy

M. Joël Ducourneau, codirecteur de l'école d'audioprothèse de Nancy

Université de Rennes

Pr Eric Bellissant, doyen de la faculté de médecine de Rennes

Pr Benoit Godey, directeur de l'école d'audioprothésiste de Fougères

Université de Rouen

Pr Benoît Veber, doyen de la faculté de médecine et pharmacie de Rouen

M. Frédéric Rouan, directeur de l'enseignement école d'audioprothèse d'Evreux

Pr Jean-Paul Marie, directeur scientifique école d'audioprothèse d'Evreux

M. Jean-Sébastien Valet, responsable des services administratifs de l'école d'audioprothèse d'Evreux

Ecoles accompagnant les étudiants vers l'obtention du diplôme espagnol

AudioPro (Progress Santé)

M. Didier Sitbon, directeur

Mme Stéphanie Carlier, responsable des admissions et correspondante mission handicap

Diploma audio

M. Dorian Hamou, président

Mme Shana Dayan, responsable juridique

M. David Cohen, responsable pédagogique

Diane X., étudiante

Jules X., ancien étudiant

Organismes publics déconcentrés

ARS Ile-de-France

Mme Marie-Cécile Poncet, directrice ressources humaines en santé au sein de la direction de l'offre de soins

Dr Caroline Suberbielle, conseillère médicale auprès du directeur de l'offre de soins

Dr Henri-Jean Philippe, référent chirurgie

M. Olivier Ferrain, responsable département plateaux médico techniques

Dr Laurence Desplanques, médecin inspecteur, direction de la santé publique

Dr Catherine Rey-Quinio, conseillère médicale politique personnes âgées

ARS Haut-de-France

Mme Laurence Cazaux, directrice stratégie et territoires

M. Pierre Boussemart, directeur offre de soins

M. Frédéric Leysens, direction offre médico-sociale

M. Adrien Debever, sous-directeur de l'offre ambulatoire

Mme Isabelle Lehu, sous-directrice parcours prévention

ARS Grand-Est

Dr Carole Cretin, directrice stratégie

M. Jean Michel Baillard, chef du département ressources humaines en santé

Mme Aurore Plénat, référente questions juridiques à la direction stratégie

Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) - région Grand-Est

M. Yves Schneider, Chef du Service International au sein du Pôle Solidarité, Compétences, Economie

M. Rohimun Mim, chef de l'unité certifications et titres professionnels

M. Franck Fontanez, Responsable secteur des professions sanitaires et sociales

Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) Bas-Rhin – DCGDR Grand-Est

M. Maxime Rouchon, directeur régional, directeur coordonnateur de la gestion du risque, directeur de la CPAM du Bas-Rhin

Mme Caroline Debus, CPAM Bas-Rhin

Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) Lille-Douai – DCGDR-Hauts de-France

Dr Jean-Marc Vandendriessche, directeur régional, Directeur coordonnateur de la gestion du risque

M. Baptiste Marchand, sous-directeur CPAM de Lille

Mme Anne-Gaëlle Manceau, responsable adjointe cellule de coordination régionale assurance maladie

OCAM et réseaux de soins

APFS

M. Jean François Tripodi, directeur général

Fédération Française des Assurances (FFA)

Mme Véronique Cazals, directrice du pôle assurance de personnes, directrice santé

Mme Cécile Malguid, directrice adjointe santé

Mme Valia Arcis, responsable d'études

MACSF

M. Nicolas Gombault, directeur Général Délégué MACSF SGAM

Mutualité Française

Mme Séverine Salgado, directrice générale

Mme Delphine Hernu, directrice adjointe santé

Mme Joanna Labaronne, chargée de mission au sein du service Organisation des soins et professionnels de santé

Entreprises

Amplifon

M. Fabien Auberger, directeur stratégie santé

Audika

M. Michaël Tonnard, directeur général

M. Etienne Sirand-Pugnet, secrétaire général

Centrale des audioprothésistes CDA

M. Marc Klein, directeur de la CDO/CDA

Mme Ghislaine Domergue, directrice commerciale et de l'opérationnel, CDO

M. Stéphane Francese, directeur commercial et des opérations adjoint, CDO

M. Gilles Bevilacqua, responsable de la CDA

Doctolib

Mme Claire Lhérieu-Calmé Head of Public Policy & Government Affairs France

Koalys

M. Thibaut Martin, Business unit director, Shoebox France

M. Yves Lasry, cofondateur et directeur de la stratégie

Korian

Dr Didier Armaingaud, directeur médical, éthique et qualité des services

Optical Center

M. Nicolas Geffray, responsable audiologie

Vivason

M. Michel Touati fils, DG de Vivason

M. Michel Touati père, fondateur de Vivason

SIGLES UTILISES

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACIP	Accord-cadre interprofessionnel
ADRI	Acquisition des droits intégrée
AFRÉPA	Association francophone des équipes pluridisciplinaires en acouphénologie
ALD	Affections de longue durée
AMO	Assurance maladie obligatoire
AMU	Aix-Marseille université
ANDPC	Agence nationale du développement professionnel continu
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APFS	Association des plateformes santé
ARPP	Autorité de régulation professionnelle de la publicité
ARS	Agence régionale de santé
ASS	Allocation de solidarité spécifique
ASSR	<i>Auditory steady-state responses</i>
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins de France
CC	Certificat de capacité
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCF	Chirurgie cervico-faciale
CCI	Chambres de commerce et d'industrie
CEPS	Comité économique des produits de santé
CES	Certificat d'études spécialisées
CESP	Contrats d'engagement de service public
CHU	Centre hospitalier universitaire
CJUE	Cour de justice de l'Union européenne
CMG	Collège de la médecine générale
CNA	Collège national d'audioprothèse
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie et Conservatoire national des arts et métiers
CNEDIMTS	Commission d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé
CNESER	Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNP ORL	Conseil national professionnel de l'ORL
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie

CPE	Carte professionnelle d'établissement
CPER	Contrat de plan État-Région
CPF	Compte personnel de formation
CPGE	Classe préparatoire aux grandes écoles
CPS	Carte de professionnel de santé
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSP	Code de la santé publique
C2S	Complémentaire santé solidaire
CTIP	Centre technique des institutions de prévoyance
DAM	Délégués de l'assurance maladie
dB	Décibels
DCGDR	Direction de la coordination de la gestion du risque
DDPP	Directions départementales de la protection des populations
DE	Diplôme d'État
DES	Diplômes d'études spécialisées
DFASM	Diplôme de formation approfondie en sciences médicales
DFGSM	Diplôme de formation générale en sciences médicales
DGCCRF	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DIU	Diplôme inter-universitaire
DPC	Développement professionnel continu
DRDJSCS	Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DREETS	Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DSG	Dialogue stratégique et de gestion
DSS	Direction de la sécurité sociale
DU	Diplôme universitaire
ECN	Epreuves classantes nationales
ECTS	<i>European credits transfer system</i>
EDEF	Espace des employeurs et des financeurs
EHPA	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FEFIS	Fédération française des industries de santé
FFA	Fédération française de l'assurance
FNEA	Fédération nationale des étudiants en audioprothèse

FNMF	Fédération nationale de la mutualité française
FNO	Fédération nationale des orthophonistes
FNOF	Fédération nationale des opticiens de France
FST	Formation spécifique transversale
GCDM	Groupe de coordination en matière de dispositifs médicaux
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie
HCERES	Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
HETD	Heures équivalent de travaux dirigés
Hz	Hertz
IFOP	Institut français d'opinion publique
IFSI	Instituts de formation en soins infirmier
IGAENR	Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGESR	Inspection générale de l'enseignement supérieur et de la recherche
ISTR	Institut des sciences et techniques de la réadaptation
IUD	Identifiant unique du dispositif
IUSR	Institut universitaire des sciences de la santé
L3	Licence 3
LASS	Licence avec option « accès santé »
LMD	Licence-master-doctorat
LMSSC	Laboratoire de mécanique des structures et des systèmes couplés
LPPR	Liste des produits et prestations remboursables
M2	Master 2
MCF	Maîtres de conférences
MCU	Maître de conférences des universités
MEDEF	Mouvement des entreprises de France
MESRI	Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation
MG	Médecin généraliste
MOOC	<i>Massive open online course</i>
ms	Millisecondes
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OEAA	Otoémissions acoustiques automatisées
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
OPCO	Opérateurs de compétences

OPTAM	Option pratique tarifaire maîtrisée
ORE	Oriente et à la réussite des étudiants
ORL-CCF	Oto-rhino-laryngologiste – chirurgien cervico-facial
OTC	<i>Over the counter</i>
PASS	Parcours accès santé spécifique
PCH	Prestation de compensation du handicap
PEA	Potentiels évoqués auditifs
PEAA	Potentiels évoqués auditifs automatisés
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PLV	Prix limite de vente
PRAG	Professeurs agrégés
PSDM	Prestataire de services et distributeur de matériels
PU	Professeur des universités
PUPH	Professeur des universités-praticien hospitalier
R3C	Réforme du 3 ^{ème} cycle des études de santé
RGPD	Règlement général de protection des données
RNCP	Répertoire national des certifications professionnelles
ROF	Rassemblement des opticiens de France
RSA	Revenu de solidarité active
RSB	Rapport signal / bruit
SAHOS	Syndromes d'apnées obstructives du sommeil
SAMID	Service d'aide aux malentendants institutionnalisés ou dépendants
SCOR	Scannérisation des ordonnances
SDA	Syndicat des audioprothésistes
SFA	Société française d'audiologie
SFORL	Société française d'ORL
SISE	Système d'information sur le suivi de l'étudiant
SMR	Service médical rendu
SNDS	Système national des données de santé
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SNORL	Syndicat national des ORL
SPOC	<i>Small private online course</i>
SYNAM	Syndicat national des centres d'audition mutualiste
SYNEA	Syndicat national des entreprises de l'audition
SYNOM	Syndicat national des centres d'optique mutualistes
TTC	Toutes taxes comprises
UEC	Unité d'enseignement commune

UECP	UE commune partielle
UEM	<i>Universidad Europea de Madrid</i>
UFR	Unité de formation et de recherche
UNASA	Union nationale des associations agréées
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie
UNPS	Union nationale des professionnels de santé
UNSAF	Union nationale des syndicats des audioprothésistes français
VAE	Validation des acquis de l'expérience