

100 % santé en audio : LA RÉFORME EN 12 QUESTIONS

C'était une promesse électorale. Après avoir, candidat en janvier 2017, déclaré dans un discours peu embarrassé de modération que des professionnels s'étaient « organisés sur le dos de la population », Emmanuel Macron en était venu à promettre le 100 % santé. Depuis, la réforme négociée par les parties prenantes avec la DS alors et le Gouvernement, a donné lieu aux nécessaires lois et textes d'application, alors où en est-on en fin de mandature ? Le bilan est plus complexe à tirer qu'il n'y paraît tant les questions sont nombreuses. Nous en avons identifié au moins 12 que nous nous proposons d'examiner dans ce numéro et le prochain. D'abord sur le tableau d'ensemble :

1) faut-il relativiser les chiffres ? 2) quel impact sur le taux d'équipement ? 3) quel impact sur le renoncement au soin ? 4) quel impact sur l'observance ? 5) Quid de la précocité de l'appareillage ? 6) Quid des patients hors CMU ?

7) le reste à charge hors 100 % santé (sur la classe II) est-il connu et transparent ? 8) pourquoi un remboursement si bas de la classe II ? 9) cette dernière n'est-elle qu'un luxe ? Enfin sur le tiers payant - 10) Où en est le tiers payant sur le 100 % ? et 11) quel tiers payant sur la Classe

II ? – et sur la dissociation, enterrée par la réforme mais pas abandonnée par ses défenseurs : 12) dissociation / découplage : pourquoi les professionnels n'en veulent toujours pas ?



Derrière l'évident succès, les inconnues qui demeurent

Plus personne ne l'ignore : le 100 % santé aura fait de 2021 une année record pour ce qui est du nombre d'appareillages réalisés. Mais avec quel impact sanitaire ? Quelques pistes d'analyse.

Cnam, pouvoirs publics et acteurs professionnels – SDA et SYNEA – aussi bien que politiques sont unanimes : le 100 % est un succès. Chargé d'évaluer la réforme pour la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale, le député Cyrille Isaac-Sibille constatait dès le 26 mai en présentant ses travaux⁽¹⁾ :

nous disposons permettent de dresser un bilan globalement très positif de la réforme. Ils montrent une forte pénétration de l'offre « 100 % santé », notamment en dentaire et en audiologie⁽²⁾. Il faut dire que les chiffres, publiés par la Cnam et le SNITEM sont éloquentes (cf. tableaux 1 et 2), avec :

- Une explosion des ventes, puisque le marché a réalisé sur l'année 2021 une

La réforme du 100 % santé en bref

Situation avant la réforme « 100 % Santé »	Réforme « 100 % Santé »		
AMO : 15 % AMC : 31 % RAC : 55 % d'un coût moyen de 1 500 € par oreille	Protocole d'accord signé le 13 juin 2018. Deux paniers désormais : le panier sans reste à charge (Classe I) et le marché « libre » (mais plafonné). Nouveau devis normalisé entré en vigueur en 2020. Convention CNAM-audioprothésistes du 23 mars 2021 – remplace celle de 1992.		
	1 ^{er} avril 2019 : baisse du RAC Baisse de 100 € en moyenne du tarif de l'aide auditive et revalorisation de la base de remboursement de 200 € à 300 €.	1 ^{er} janvier 2020 : baisse du RAC : - baisse du prix limite de vente (PLV) des aides auditives de classe 1 (-200 €, de 1300 € à 1100 € par appareil). - hausse par l'AMO de 50 € de la base de remboursement pour les adultes	1 ^{er} janvier 2021 : RAC zéro. 13 % des aides auditives appartiennent au panier sans RAC sur un total de 2 192 aides auditives référencées.

Source : commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, à partir du rapport du Sénat n° 111 (2018 2019) et des données de la direction de la sécurité sociale ; enrichi par Alter-Ago le Mag

croissance en volume de 70% à 75% .
 ■ En fait de « forte pénétration », une explosion du panier de soin 100 % santé,



Fabien Auberger

SUR LE LONG TERME : DES CHIFFRES À NUANCER ?

Commençons par un regard sur le long terme, qui appelle au moins trois commentaires.

Premièrement, il faudrait, pour apprécier l'impact exact du déploiement complet

Aussi, pour Fabien Auberger, Directeur Stratégie Santé d'Amplifon, « On peut estimer 20 points environ de la croissance constatée en 2021 sont dus à un effet de rattrapage de ces deux dernières années. Si l'on retranche cet effet de rattrapage, et si l'on prend en compte la baisse des prix moyens de plus de 250 euros depuis 2018, on constate qu'en fait la croissance du marché en euros, entre 2018 et 2021, est identique à la tendance historique d'avant 2018. On appaie donc davantage de gens auxquels cela coûte beaucoup moins cher. C'est donc une réforme qui maintient jusqu'ici le secteur de l'audioprothèse sur sa tendance historique en apportant un vrai mieux en santé publique ».

Ensuite se pose la question de savoir s'il faut, comme y invite le président du SDA, Luis Godinho, ajouter à ce gonflement en partie artificiel de l'impact 2021 (lire interview page 235), un pourcentage, encore plus délicat à apprécier sans doute, d'appareils acquis par effet d'aubaine sous l'influence de quelques démarches commerciales agressives.

Deuxième commentaire, pour relativiser ce qui précède, force est de constater que, pour l'heure, les pouvoirs publics et les profes-

Tableau 1 - Evolution 2019-2021 du nombre de bénéficiaires et d'aides auditives délivrées

	1er semestre 2019	1er semestre 2020	1er semestre 2021	Augmentation 2021 / 2019
Nombre de bénéficiaires				
nombre de bénéficiaires du panier 100% santé	29 575	24 600	149 500	405,49%
nombre de bénéficiaires total (classe I + classe II)	228 800	181 700	383 700	67,70%
Nombre d'aides auditives				
nombre d'aides auditives du panier 100% santé	52 500	45 400	288 500	449,52%
nombre d'aides auditives total (classe I + classe II)	417 200	335 600	736 100	76,44%
Taux d'aides auditives du panier 100% santé	13%	14%	39%	

Sources : communiqué du SDA du 13/09/2021 d'après les chiffres de l'Assurance maladie

du 100 % santé, différencier ce qui relève vraiment de l'impact de cette mesure, et ce qui, dans la croissance 2021 relève du rattrapage.

En effet, les chiffres du SNITEM pour 2019 et 2020 ne laissent pas de doute : pour ces deux années, la croissance des ventes d'appareils (respectivement de 3 et 6 %) a très nettement marqué le pas sous l'effet conjugué, d'une part, de la crise du Covid19 et de ses confinements, et, d'autre part, de l'attentisme prévisible entre l'annonce en 2018 d'un reste à charge nul et son entrée en vigueur progressive devant trouver son plein effet en 2021.

sionnels de l'audition ont en France mieux géré la mise en place du 100 % santé que leurs homologues ne l'avaient fait en Allemagne. En effet, l'attentisme s'était en Allemagne traduit par une sévère contraction du marché en 2011 et 2012 (avec des ventes en chute de respectivement de - 2,5 % et - 6,5 %) en comparaison de laquelle la légère stagnation des années 2019-2020 en France paraît bien légère.

Toute la question, troisième point, et maintenant de savoir si la France va continuer de faire mieux que le précédent allemand ne pourrait le faire craindre.

Car le même exemple allemand s'il montre

bien une explosion du marché au moment du déploiement de la réforme – en 2013-2014, donc – s'était ensuite caractérisé par une forte atonie (- 4 % en 2015, 0 % en 2016) au point que, sur la période 2010-2016, la France avec son niveau élevé de RAC a connu une croissance des ventes supérieure à celle de l'Allemagne avec

nitaire qui s'apprécie d'abord par le taux d'équipement. Sur ce point, le directeur de la Sécurité Sociale, Franck Von Lenep, voulait au mois de mai rester prudent en répondant à Cyrille Isaac-Sibille : « Nous ne pouvons pas tirer des enseignements précis sur le taux d'équipement des deux mois de début d'année mais, si le phéno-

Tableau 2 – Ventes d'appareil et taux d'équipement depuis 2015 en France : 2021, une année record

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	1er semestre 2021
Ventes d'appareils (unités)	651185	708 816	763 157	840 085	890 679	918 749	906 928
dont : écouteurs déportés	53,40%	59%	63,2%	68,7%	74,1%	74,4%	75,0%
contours d'oreille	37,30%	31,9%	28,3%	23,9%	19,1%	17,6%	17,0%
intra-auriculaires	9,30%	8,9%	8,5%	7,4%	6,7%	7,9%	8,0%
Croissance des ventes d'appareil	9%	8,8%	7,7%	10%	6%	3%	nd
Taux d'équipement	34,10%	nd	nd	41%	nd	nd	nd
Part de la classe I.					12,51%	16,03%	39,00%

Sources : Alter Ago d'après : SNITEM pour les ventes ; Eurorak 2015 et 2018 pour le taux d'équipement.

Tableau 3– Les ventes dans les 3 ans précédant le RAC 0 – comparaison France (2018-2021) – Allemagne (2010-2013)

Evolution des ventes - (base 100 trois ans avant le déploiement du RAC 0)							
Allemagne	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
volumes vendus	910	887	829	985	1300	1248	1251
Croissance N/N-1		-2,5	-6,5	18,8	32,0	-4,0	0,2
base 100 en 2010	100	97,5	90,9	109,8	141,7	137,7	138,0
France	2018	2019	2020	2021			
volumes vendus	840	890	918	906			
Croissance N/N-1		6,0	3,1				

Sources : AlterAgo d'après SNITEM

RAC 0, avec à l'arrivée en 2018, un taux d'équipement supérieur en France avant le 100 % santé (41 % selon Eurotrak 2018) à celui de l'Allemagne après son offre à RAC nul (36,9 % selon Eurotrak 2018). A cet égard, il est aujourd'hui bien difficile de faire des prévisions. Mais, reconnaît Fabien Auberger « nous considérons chez Amplifon qu'un léger recul de - 6 % à 8 % en 2022 ne serait pas impossible, suivi d'un retour à une croissance moins fulgurante. ». Et l'on peut bien sûr penser que l'ampleur dudit creux dépendra du nombre final des ventes sur 2021, mais aussi de la croissance générale... et beaucoup des efforts communs de sensibilisation des malentendants aux bienfaits de l'appareillage. Autant d'inconnues. Affaire à suivre donc pour ce qui est de l'impact sur le marché.

VERS UN TAUX D'ÉQUIPEMENT PARMIS LES MEILLEURS DU MONDE ?

D'autant que pour juger du succès ou non de la réforme, ce ne sont pas tant les ventes qu'il faut regarder que l'impact sa-

mène se confirme, la simple augmentation des volumes traduit une augmentation du recours. »

Eh bien les chiffres de la Cnam ont apporté en septembre la confirmation espérée, amenant Luis Godinho à souligner dans un communiqué du SDA publié le 13 septembre : « Les récentes données de

L'IMPACT PRIX ANALYSÉ PAR L'IGAS

« 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 2021;
- 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 % Santé »

Source : [Igas, Evaluation de la filière auditive, nov. 2021](#)

L'assurance maladie dévoilent une augmentation historique du nombre de bénéficiaires d'aides auditives depuis le 1^{er} janvier 2021, date de la pleine entrée en

poursuit, plus de 300 000 Français accèdent à un équipement auditif grâce à cette réforme sur l'année 2021. »

Tandis que Fabien Auberger commente les chiffres d'Amplifon : « Ce que nous observons chez Amplifon, c'est la forte proportion des nouveaux appareillés, à hauteur de 2/3. Ce fort accroissement reflète donc un progrès de l'accès à l'appareillage. Cela montre que le changement, par la réforme, du coût de l'appareillage pour le patient, a permis de modifier l'approche de certains malentendants, et sans doute aussi le discours de certains prescripteurs.

Mais cela n'aurait sans doute pas été possible sans une communication nourrie de l'ensemble des acteurs, pouvoirs publics, professionnels de l'audition et complémentaires santé. Une enquête réalisée par Amplifon fin 2020 montrait que 75 % des interrogés et 75 % des ORL sondés étaient à l'époque au courant de la réforme. Selon la même enquête, 35 à 40 % des consommateurs de plus de 60 ans déclaraient que la réforme était de nature à changer leur décision en matière d'appareillage »

Si c'est bien le cas, il est possible d'espérer une nette augmentation du taux d'équipement parce que l'obstacle du coût est longuement apparu en France comme un

application du 100% santé en audiologie. Entre le premier semestre de 2019 et celui de 2021, le nombre de personnes équipées est passé de 228 800 à 383 700 : soit un gain de 154 900 personnes, une augmentation de près de 68 %. Si la tendance se

Tableau 4

	Italie	France	Suisse	Danemark	UK
Parmi les raisons de ne pas être équipé					
entend assez bien la plupart du temps	78%	56%	63%	70%	52%
La perte n'est pas assez sévère	69%	55%	56%	66%	68%
d'autres priorités plus sérieuses	65%	58%	39%	28%	54%
Inconfortable	65%	49%	52%	50%	65%
Aide auditive trop chère	64%	76%	39%	30%	39%
ne restaure pas l'audition	63%	52%	54%	41%	54%
ne marche pas dans le bruit	55%	50%	59%	48%	54%
serait embarrassé	61%	41%	28%	19%	57%
avis du médecin traitant	48%	56%	29%	25%	36%
avis de l'ORL	60%	60%	47%	33%	31%
n'accepte pas d'avoir une HL en public	57%	36%	30%	33%	56%
Design	56%	34%	22%	24%	40%

Source : Eurotrak 2015 / EHIMA

QUEL IMPACT SUR LE RENONCEMENT AUX SOINS ?

Interpellé sur le sujet par le député Cyrille Isaac-Sibille, Franck Von Lennep, directeur de la sécurité sociale expliquait le 26 mai 2021 : « Nous n'avons pas de données sur le renoncement aux soins : il est calculé à partir d'études par les services statistiques, notamment la Direction de la recherche, des études et de l'évaluation et des statistiques (DREES). Cela ne peut pas être fait au fil de l'eau car ce sont des questionnaires assez lourds. Il faudrait voir avec la DREES quand auront lieu des publications sur les enquêtes 2020 mais ce ne sera probablement pas avant un ou deux ans. Les données dont nous disposons proviennent souvent d'associations de terrain. Elles peuvent être éclair-

rantes sur des situations locales mais ne donnent pas une vision générale. Une autre manière de voir la baisse du renoncement aux soins consiste à regarder l'augmentation des volumes, en particulier pour les audioprothèses. Il nous faudra un peu de recul mais nous voyons en janvier et février que 40 % environ des audioprothèses vendues sont de classe 1 donc sans reste à charge. En outre, nous constatons une augmentation sensible des volumes, ce qui répond à l'objectif de la réforme de lutter contre le non

recours. Nous estimions qu'un tiers environ des personnes ayant des problèmes auditifs s'équipaient et l'objectif était d'augmenter le taux d'équipement grâce à une offre sans reste à charge. »



facteur dissuadant les malentendants de s'équiper, ainsi que le montrait le sondage Eurotrak de 2015 (Tableau 4).

Et cet espoir est d'autant plus fondé que, toujours selon l'enquête Amplifon « 2/3 des ORL répondaient que le RAC 0 changerait leur façon de prescrire ». C'est donc un frein de plus à l'appareillage qui pourrait se lever alors le même tableau 5 fait clairement apparaître que certains malentendants pouvaient être dissuadés de s'appareiller par le corps médical. Nous avons longuement développé ce sujet dans le n°12 d'Alter Ago le Mag de janvier 2018 (p.42-46 : « les médecins français fâchés avec l'appareillage ? »), peu après la parution duquel une nouvelle étude Eurotrak était publiée, attestant une augmentation de la propension des médecins français à prescrire l'appareillage : alors qu'en

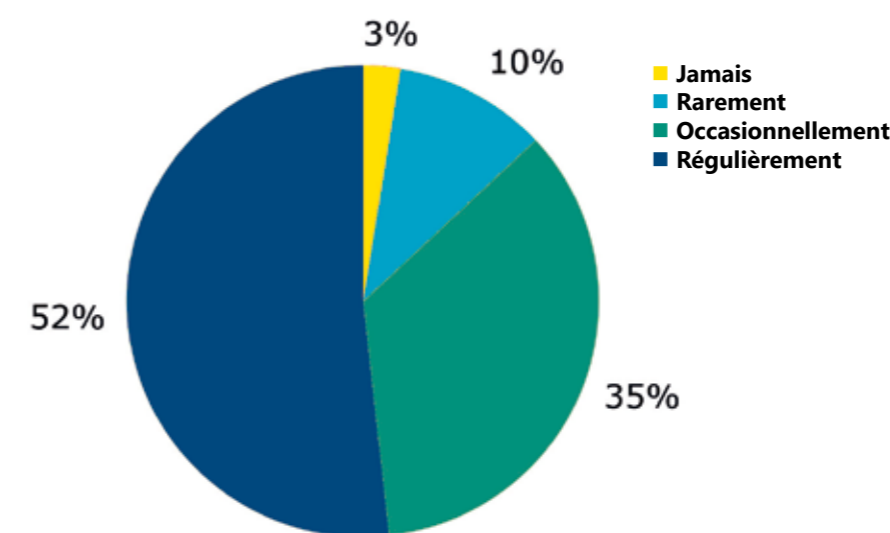
2015 la proportion de malentendants qui, ayant consulté un médecin, ne s'étaient pas vus prescrire un appareillage était de 36 % (Eurotrak 2015), cette proportion était en 2018, tombée à 26 %. Si l'on ajoute à cela que plusieurs éléments pourraient favoriser la levée du « stigmate de vieillissement »



Richard Darmon

Graphique – L'observance en France

Avec quelle fréquence vos aides auditives améliorent-elles votre qualité de vie ?



Source : Eurotrak 2018/ EHIMA

Tableau 5 – le taux de satisfaction en Europe : la France en pole-position

Satisfaction en	Allemagne	Belgique	Danemark	Espagne	France	Italie	Japon	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Pologne	Royaume-Uni	Suisse
2012			70%		80%	70%	36%	72%				72%	84%
2015/2016/2017	77%	80%	71%		84%	79%	39%			73%	80%	70%	81%
2018/2019	76%			78%	82%	81%	38%	74%	79%		79%	74%	80%

Données : Anovum – études Euro Trak (EHIMA)

Impact sur la qualité des soins : Ce qu'en dit le rapport Igas

« 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 (...) »

(Source : [Igas, Evaluation de la filière auditive, nov. 2021](#))

associé au port d'une aide auditive, entre autres :

- l'augmentation du taux d'équipement qui banalise le port de l'appareil ;
- le couplage de l'appareillage avec le téléphone mobile, qui en fait un objet high tech et le déringardise dans le même

temps qu'arrivent à l'âge moyen d'appareillage de générations qui ont vécu une vie active avec casque et oreillettes ;
- le fait que le nombre de malentendants consultant un ORL est en augmentation (de 74 à 79 % de 2015 à 2018, selon les études Eurotrak),

il y a de bonnes raisons d'espérer pour la France une réelle augmentation du taux d'équipement.

Pour sa part, le président du Synea, Richard Darmon, considère que ce taux « atteindra, fin 2021, un niveau de 49 %, soit une augmentation de 5 points par rapport à 2020. C'est un très beau succès, puisque cela correspond à la progression de 4 ans environ, sur la base de la moyenne des dernières années. »

ET L'OBSERVANCE ?

Mais l'équipement, qui reflète la possession par le malentendant d'un appareillage adapté à son ouïe, ne fait bien sûr pas tout. Encore faut-il que les aides auditives soient effectivement portées.

Et si l'on peut craindre avec Luis Godinho (lire ci-contre) une légère mais inéluctable baisse de l'observance au motif que la gratuité peut amener à s'appareiller des personnes dont la motivation pour les efforts.

- (1) Source : [compte-rendu des débats du 26 mai 2021](#)
(2) *ibid.*
(3) Lire aussi page 30 sur les coûts de la réforme pour les audioprothésistes.

Hors CMU : le cas des publics précaires en passe d'être réglé en LFSS 2022 ?

Le directeur de la Sécurité sociale le reconnaissait en mai 2021 : « Les personnes n'ayant pas de complémentaire, ce qui concerne, d'après les chiffres actualisés, 4 % de la population, ne sont pas uniquement des personnes défavorisées. Il existe une part de renoncement volontaire aux complémentaires et aussi, c'est vrai, une part de renoncement par des personnes à bas revenus qui n'ont pas recours à la complémentaire santé solidaire. Ce peuvent être des personnes en activité mais non couvertes par leur employeur car avec des temps partiels très courts ou des contrats à durée déterminée très courts, donc des salariés précaires. Ce sont aussi des personnes hors de l'activité, donc non couvertes de toute façon par leur employeur et qui ne prennent pas de contrat individuel en raison de son coût. Pour ces personnes, il faut améliorer le recours à la complémentaire santé solidaire, créée voici environ un an et demi ». Selon le ministère de la Santé, « le

nombre de bénéficiaires avait atteint 7,2 millions en juin 2021, contre 7,08 millions en octobre 2019, sur 12 millions de personnes potentiellement éligibles. » Pour améliorer le recours à la complémentaire santé solidaire, l'article 88 de la LFSS 2022 prévoit plusieurs mesures, parmi lesquelles :

- l'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire sans participation financière aux nouveaux bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA) à partir du 1^{er} janvier 2022 ;
- la simplification des démarches des nouveaux bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) à partir du 1^{er} avril 2022 ;
- la mise en place d'exceptions à la durée d'un an du droit à la complémentaire santé solidaire, dans les cas où ces exceptions sont favorables aux bénéficiaires, notamment pour garantir la continuité de leurs droits à ce dispositif au 1^{er} avril 2022.

3 questions à Luis Godinho, Président du SDA

Votre communiqué du 13 septembre estime que le 100 % santé en audiologie est un « succès incontestable »...

Oui, notre communiqué publié à l'occasion des premiers chiffres de la CNAM a été abondamment repris avec un article dans le Figaro, une dépêche AFP, mais

a été préservée, malgré les perturbations introduites par les complémentaires et leurs réseaux de référencement, le libre choix par le patient de la classe de l'appareil et du professionnel auquel il s'adresse.

Mais au-delà de cette satisfaction, il convient de rester vigilants sur plusieurs

points. La réforme a pour les finances sociales un coût de 190 millions d'euros sur six mois, soit environ 400 millions d'euros en année pleine, et tôt ou tard, les pouvoirs publics vont se mettre en quête de moyens de réaliser des économies.

La profession doit donc se tenir prête à rendre des comptes et se montrer irréprochable dans l'exercice des responsabilités qui sont les siennes.

Dans ces conditions, le SDA met en garde contre certaines pratiques de promotions commerciales reposant sur des arguments qui n'ont rien de



aussi sur France inter, RTL et Europe 1, sur C-News et BFM-TV, et nous avons même eu les honneurs de deux JT, su FR3 et TF1.

Beaucoup de retombées, donc malgré une actualité dense. Cela montre que le succès du reste à charge zéro a étonné et surpris par son ampleur, mais aussi qu'il y avait une réelle attente sur ce sujet. Nous le savions car le SDA puisque cela faisait dix ans que nous ne cessons d'alerter sur la faiblesse de la prise en charge des appareils auditifs, qui constituait un véritable angle mort des politiques sociales. Mais ce succès dépasse les espérances et les prévisions de la profession.

La France qui était l'un de plus mauvais élèves d'Europe en matière de prise en charge, devient l'un des meilleurs élèves, sinon le meilleur, avec cette réforme appuyée sur les propositions du SDA dans laquelle

sanitaire. Les exemples en sont multiples et cela va du smartphone reconditionné offert pour l'acquisition d'un appareillage auditif, à la paire de lunettes adaptée à la vue du patient offerte pour un appareillage. Il est à craindre que 5 à 10 % des équipements réalisés cette année aient été sur le fondement de ces promotions commerciales, auquel cas l'on peut s'interroger sur la motivation réelle des patients ainsi équipés et sur l'usage qu'ils feront de leur appareillage. Un second sujet d'interrogation pour le SDA porte sur l'apparition d'un certain nombre de centres auditifs « nouveaux venus », qui ne communiquent que sur le 100 % santé. On voit ainsi des centres, pour certains ouverts sept jours sur sept (!), se créer avec une certaine abondance dans des départements où le revenu moyen est assez faible, comme la Seine-Saint-Denis. Il y a, à notre sens, une question de savoir dans

“
La France qui était l'un de plus mauvais élèves d'Europe en matière de prise en charge, devient l'un des meilleurs élèves, sinon le meilleur
”

quelle mesure ces centres ont la culture du suivi. Equiper un patient, c'est s'engager sur 4 ans minimum, et il faut donc espérer que ces nouveaux-venus ne soient pas uniquement attirés par un effet d'aubaine, au détriment des patients, de l'observance et de l'image de la profession.

Diriez-vous alors que le 100 % santé comporte un risque de baisse du taux de satisfaction et du taux d'observance ?

A partir du moment où l'accès à l'audioprothèse se fait sans reste à charge, tous les malentendants peuvent s'équiper quelle que soit leur motivation. Il nous semble donc inévitable que le taux d'utilisation baisse quelque peu. C'est la raison pour laquelle le SDA avait

proposé le maintien d'un reste à charge résiduel de 100-150 euros hors CMU et ACS. Cette voie n'a pas été retenue, car le 100 % santé était une promesse politique du Président de la République.

Dans ces conditions, il appartient aux audioprothésistes de continuer de faire de leur mieux leur travail de suivi, et c'est la raison pour laquelle il faut éviter de s'inscrire dans des démarches purement commerciales qui encourageraient à l'acquisition d'appareils auditifs de personnes qui ne sont pas prêtes et informées pour l'effort de la réhabilitation auditive.

Le SDA a toujours refusé la discussion avec les réseaux de soins. Pourquoi ?

Tout d'abord, nous observons que, à juste

titre, ces plateformes sont restées absentes de toutes les réunions que nous avons eues avec les pouvoirs publics sur le 100 % santé. Cela est logique car ce ne sont pas elles qui déterminent le remboursement.

Le problème de ces plateformes, est que nous n'avons aucune possibilité de nous entendre.

D'une part, ils ne sont que des intermédiaires mis en place par les complémentaires pour éviter et fausser le dialogue avec les complémentaires de santé. Et de mon point de vue, leur discours vis-à-vis de ces complémentaires peut se résumer à ceci : payez-nous pour que l'on introduise de la complexité afin de réduire vos remboursements.

D'autre part, ces réseaux veillent à instaurer

avec les professionnels de santé que sont les audioprothésistes une relation dans laquelle ils ont le maximum de pouvoir. Nous n'avons aucune raison d'accepter cela, d'autant que ces plateformes ne sont en rien des professionnels de santé, et n'ont aucune compétence dans le domaine de notre profession. Je note d'ailleurs que c'est le SDA, et non ces réseaux, qui est à l'origine de toutes les études qui ont marqué, comme celle de Jean de Kervasdoué ou de Pierre-André Juven et de Frédéric Pierru. Voici brièvement résumées les raisons pour lesquelles le SDA n'échange pas avec les plateformes. Nous sommes en revanche tout-à-fait ouverts à la discussion avec les mutuelles, assureurs et Instituts de Prévoyance, ainsi qu'avec leurs fédérations.

PUBLICITÉ EN AUDIOPROTHÈSE

CE QU'EN DIT LE SYNEA

Entre le SDA – rassemblant les professionnels, dont des indépendants - et le Synea – rassemblant les enseignes dont des indépendants -, les relations sont généralement cordiales. Elle se tendent néanmoins souvent sur le sujet de la pub... L'esprit d'Alter Ago étant de ne jamais se priver d'une bonne polémique discussion, après avoir entendu Luis Godinho, nous n'avons pas résisté à faire réagir le président du Synea Richard Darmon dont voici le propos. Conclusion : les deux convergent sans doute plus qu'on ne le croit. Mais jugez plutôt.

« Nous considérons que la publicité est d'abord une source d'information importante pour le malentendant. Elle contribue à faire connaître les bénéfices de l'appareillage, la possibilité de faire tester gratuitement son audition pour un premier repérage des troubles ou mieux faire comprendre aux patients le parcours dans lequel ils s'engagent. C'est également au travers de la publicité que les évolutions sont communiquées aux malentendants. Que ce soit la découverte de nouveaux produits, de nouvelles technologies ou que ce soit l'information d'un centre qui ouvre près de chez eux. La publicité est la seule façon, pour un professionnel, de faire connaître sa différence. Dans tous les cas, c'est une incitation à découvrir des solutions qui vont changer leur vie.

La publicité a aussi beaucoup contribué à banaliser le port des appareils auditifs et à améliorer son acceptation en réduisant les stigmas qui y sont associés, comme « signe

extérieur de vieillesse ». Le frein financier à l'appareillage ayant été levé par la réforme du 100 % santé, reste principalement le frein psychologique, dont on ne viendra à bout que par la communication et un travail sur l'image. Enfin, la publicité dynamise la concurrence. Elle met de la pression sur les prix et force chacun à se renouveler. Or nous savons que les malentendants seront d'autant plus enclins à s'équiper qu'ils ont le choix. Une offre large et diversifiée est donc une condition nécessaire pour que le taux de recours s'améliore.

Globalement, la publicité est donc favorable aux malentendants. Cela étant, nous sommes convaincus - et nous l'avons écrit et signé dans le cadre de la convention CNAM – que des limites éthiques doivent exister. En effet, nous fournissons des dispositifs médicaux, ce qui crée des obligations sur la qualité de l'information fournie. De plus, le financement est largement constitué d'argent public, ce qui impose que les publicités soient loyales et n'incitent pas à une consommation excessive. »



L'IGAS SENSIBLE AUX ARGUMENTS DU SDA ?

A noter en tous cas, point dont n'a pas manqué de se féliciter le SDA dans son communiqué du 25 janvier 2022, que l'IGAS consacre les paragraphes 52 à 54 de son rapport au sujet de la régulation des publicités : « 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 publique.

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 (DGCCRF) 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. »

L'IGAS considère néanmoins « 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. »

Au-delà, l'IGAS souligne l'existence de certains comportements déviants – pratique déloyale ou mensongère en matière de promotion mais aussi 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 non réglementaires, faible présence des audioprothésistes dans les centres – et même le cas d'un audioprothésiste qui aurait rédigé à l'attention d'un médecin généraliste un courrier lui demandant d'apposer sa signature sur une prescription à partir de tests audiométriques réalisés sur un patient commun.

Conclusion de l'IGAS : sa recommandation n°4 qui est « lancer une campagne de contrôles conjoints des audioprothésistes » par les CPAM et les ARS ; sachant que la DGCCRF a également planché sur le sujet toute l'année dernière, on peut s'attendre à un prochain rapport sur le sujet, d'autant que la recommandation n°5 de l'IGAS vise à renouveler la campagne de contrôle de la DGCCRF. »

La classe II moins remboursée que la classe I : tenants et aboutissants d'une aberration

Pour les audioprothésistes qui ont consenti des efforts massifs pour la réforme, la surprise est de taille : alors qu'ils s'attendaient à ce que la part des contrats de complémentaires santé remboursant moins bien la classe II que la classe I soit d'environ 30 %, elle s'avère être plus du double. Alors qu'ils pointent une atteinte à la liberté du patient de choisir sa classe d'appareillage, les pouvoirs publics font pour l'heure... la sourde oreille. Explications.

Circulez, il n'y a rien à voir. C'est en gros la réponse que le directeur de la Sécurité sociale, Franck Von Lennep a cru bon d'apporter au député Cyrille Isaac-Sibille

cela ne concerne que quelques petites complémentaires. Les fédérations des organismes complémentaires n'ont pas constaté de mouvement général, massif, significatif de baisse des remboursements. » Comprendre : allons, allons, le phénomène est minoritaire.

■ « l'écart est par définition accru entre la classe « 100 % santé » et les autres puisque l'achat d'une prothèse de la classe « 100 % santé » se fait sans reste à charge, même sans baisse du remboursement. Dans la plupart des garanties, il existe effectivement un reste à charge sur la classe 2. Les audioprothésistes ont regretté ce reste à charge en considérant que les complémentaires devaient également augmenter le remboursement sur la classe 2, ce qui n'était pas la logique de la réforme « 100 % santé ».

Comprendre : ils abusent, quand-même, ces audioprothésistes.

EN TOUTE BONNE FOI...

Evidemment, pour qui pratique régulièrement l'échange avec les directions d'administration centrale – et c'est loin d'être l'unique apanage de l'avenue de Ségur – le constat est toujours le même : l'incapacité à (et l'incompétence pour) produire des évaluations correctes de l'impact des poli-

tiques n'a d'équivalent que la mauvaise foi servile mise à défendre la décision politique. Ce sont après tout ces directions qui ont, des années durant, produit et justifié des numéros clausus plus aberrants les uns que les autres en invoquant probablement de cette idée inepte qu'en réduisant le nombre de médecins, il n'y aurait plus de malades et donc plus de remboursements. Bref, pas d'étonnement donc. Mais quand même, on reste toujours pantois.

Donc trois remarques, d'emblée.

Premièrement, il est assez intéressant de la part de la DSS d'aller voir les OCAMs et de leur demander « dites-encore, ça se passe bien le remboursement de la classe II ». Réponse : mais oui, tout va bien. Quelle surprise ! Sachant que, et Franck Von Lennep le reconnaît lui-même à demi-mots, non seulement il n'y a en vérité aucune transparence sur les remboursements hors paniers de soin 100 % santé ; mais en plus, cela semble être parfaitement délibéré de la part des OCAMs, à en juger par le pathétique échec des tentatives faites pour lever le voile. En termes technocratiques-z-et-policés, cela se dit ainsi : « La question des données sur les restes à charge hors « 100 % santé » est compliquée. Qui dispose des données du reste à charge après Assurance maladie complémentaire ? Seules les assurances maladie complémentaires les ont. Le ministère de la santé ou l'assurance maladie ne connaissent pas le remboursement des complémentaires. Nous connaissons le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et le reste à charge mais nous n'avons pas connaissance du niveau de prise en charge par la complémentaire. Nous savons qu'il n'existe pas de reste à charge sur le panier « 100 % santé » dès lors que les personnes ont une complémentaire mais nous ne connaissons pas le reste.

Dans le passé, alors que j'occupais de précédentes fonctions, j'avais essayé de lancer des projets avec les complémentaires pour créer une base statistique assez volumineuse, couvrant un grand nombre de com-

plémentaires, afin de disposer de données individuelles mais ils n'ont pas abouti. Les complémentaires n'ont pas voulu s'engager dans ce processus. Nous ne disposons donc des données que complémentaire par complémentaire ou via des plateformes équivalentes à Santéclair. Chacun fournit ses propres données, qui ne sont évidemment pas des données concernant la France toute entière. » Sans commentaire. Ou plutôt si, pour rapprocher cette expérience vécue par Franck Von Lennep d'un problème que rencontrent quotidiennement les audioprothésistes : « Une chose

“

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

(Igas – annexes au rapport de novembre 2021)

”

aberrante, explique Fabien Auberger : la loi nous impose de faire deux devis. Or nous avons du mal à le faire, car pour pouvoir indiquer le reste-à-charge en classe II, il nous faut renseigner le remboursement de la complémentaire, qui refuse souvent de nous le donner. On se retrouve à indiquer le prix, mais pas le reste à charge. C'est un des points sur lequel la réforme n'est pas allée au bout des choses. Il faudrait pour la bonne information du patient que les mutuelles soient tenues de nous communiquer le remboursement du patient »

Ce qui amène une deuxième observation : il ne s'agit pas ici que des audioprothésistes, des complémentaires et des bureaux du ministère de la Santé. Il y a des patients malentendants. Et l'on conseille chaleu-

reusement à Monsieur Von Lenep d'aller interroger l'un d'eux et de lui expliquer qu'il est parfaitement logique qu'un appareil haut de gamme ne soit pas remboursé au moins au même niveau que l'appareil 100 % santé. Il y a un mot pour cela : c'est illisible.

Enfin, troisième remarque : évidemment, le chiffre ne figurait pas dans l'accord signé par le ministère avec les audioprothésistes et les complémentaires le 13 juin 2018. Néanmoins, souligne un audioprothésiste membre d'Alter Ago, qui préfère rester discret, « c'était à l'époque des négociations un propos récurrent de la DSS pour apaiser les inquiétudes des professionnels, en substance : 'ne vous inquiétez pas, le jeu de la concurrence entre les OCAMs aidant, la part des contrats remboursant moins bien la classe II que la classe I ne devrait pas dépasser 20 ou 30 %. Rien d'étonnant dans ces conditions, sans doute, à ce que les audioprothésistes récriminent si la proportion n'a rien à voir avec ces chiffres annoncés.

UN PHÉNOMÈNE NULLEMENT MINORITAIRE

Or, ce que montrent les chiffres disponibles, c'est précisément cela. Selon l'observatoire des remboursements, mis en place par le Synea, dont les enseignes représentent 50 % des centres auditifs présents sur le territoire, près de deux tiers des contrats de complémentaires remboursent moins bien la classe II que la classe I. Et Amplifon, en centralisant les remontées de ses 700 centres auditifs, parvient à un chiffre identique, avec cette précision que, sur ces deux tiers, la moitié (donc un tiers des contrats !) prévoient entre classe I et classe II un écart de remboursement supérieur à 200 euros par appareil. C'est à partir de ces 200€ de moindre remboursement entre classe 1 et classe 2 que le recours à la classe 1 explose (le taux de classe 1 passe alors à plus de 60%) et que le libre choix du patient n'est plus effectif. Or ce libre choix est essentiel, ne serait-ce que parce certaines pathologies, comme l'a précisé la HAS dès 2018, nécessite une technologie plus sophistiquée. On pourrait ainsi imaginer une amélioration au 100% Santé : fixer un plancher au remboursement des Mutuelles qui connaît déjà un plafond.

Deux tiers : ce n'est donc pas une minorité isolée mais la majorité des contrats de complémentaires qui remboursent moins bien la classe II. Alors les audioprothésistes « exagèrent-ils » toujours ? Chacun

jugera, mais force est de constater qu'il y a là un magnifique trilogue de sourds entre financeurs, pouvoirs publics et professionnels de santé. Avec trois types d'arguments : la question la légitimité de l'Etat

bonne qualité couverte à 100 %, ce qui n'a été possible que par la mobilisation de l'assurance maladie obligatoire, mais aussi des OCAM qui se sont impliqués pour permettre la mise en œuvre de cet engagement.

Dans ces conditions, la prise en charge de la classe II ne relève pas des pouvoirs publics mais pleinement de l'économie libérale, et doit légitimement faire l'objet d'une discussion entre OCAM, professionnels et malentendants. L'Etat n'a pas à tout régler entre des entreprises privées, et je ne crois pas d'ailleurs que ces dernières aimeraient entendre le contraire. »

Mais l'argument ne convainc guère du côté des audioprothésistes, qui opposent à ce dé-

LE COÛT POUR LES OCAM SELON L'IGAS

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

à intervenir sur la prise en charge de la Classe II, l'enjeu de la liberté du patient et la contrainte budgétaire des financeurs.

LIBERTÉ DU MARCHÉ VS. LIBERTÉ DE CHOIX DU PATIENT

Reste que, pour le Professeur de médecine et Conseiller d'Etat Lionel Collet, la volonté politique n'a jamais été de réguler le marché de la classe II. Il en parle avec recul, ayant il y a trois ans quitté le cabinet d'Agnès Buzyn, alors ministre de la Santé. « Actuellement, je ne suis la réforme qu'à travers les textes qui sont transmis au Conseil d'Etat. Mais concernant la classe II, je crois qu'il y a une incompréhension. D'une part, il y a eu un engagement du Gouvernement, qui était de mettre en place un reste à charge nul. Cet engagement a remporté un réel soutien des syndicats, et il n'a jamais été question que l'ensemble des prothèses auditives entrent dans ce champ. Les syndicats non seulement ne le demandaient pas mais en plus souhaitaient conserver un tarif libre pour des prothèses hors reste à charge zéro. D'autre part, le souhait du Gouvernement conformément à l'engagement présidentiel, était qu'il y ait une offre de très

sengagement de l'Etat l'intérêt du patient et le principe de son libre choix – ce dernier étant d'autant plus important que la Classe II n'est pas toujours un gadget (**lire article p. 32**)

Or, l'observatoire des remboursements au Synea, explique Richard Darmon montre que, « pour les contrats qui remboursent le moins la classe II (et donc pour lesquels l'écart de remboursement avec la classe I est le plus élevé), la proportion de personnes qui s'équipent en classe I est très supérieure à la moyenne et atteint les trois quarts. » Conséquence : « pour ces patients, il n'y a plus de liberté de choix ». Et Luis Godinho de renchérir : « « Aujourd'hui la liberté laissée au plancher en classe 2 sert aux OCAM à vendre aux malentendants des contrats plus chers s'ils veulent une liberté de choix (même remboursements en classe 1 et classe 2), et aussi à une sélection du risque qui ne dit pas son nom quand certains acteurs fixent un plancher classe 2 très bas (à âge égal, les malentendants consomment plus de soins) ». Un paradoxe pour une réforme qui entendait favoriser l'égalité d'accès à l'audioprothèse ?

A ce stade, si l'on récapitule : oui pour un marché libre, mais en fait le marché n'est



Il faut noter que certains organismes complémentaires ont baissé leur niveau de garantie sur les produits hors « 100 % santé » dans leur contrat d'entrée de gamme.

Cyrille Isaac-Sibille, député le 26 juin à l'Assemblée nationale



LA CLASSE II : LUXE, BESOIN, OU ENJEU THÉRAPEUTIQUE ?

C'est sans doute un message difficilement audible dans une France qui aura mis trente ans – entre les premières publications de Franck Lin et la mise en place du 100 % santé – à tirer les conséquences politiques et sanitaires de la démonstration du lien entre perte auditive et dépendance. Mais oui, les appareils auditifs de haut de gamme peuvent être un plus, voire, dans certains cas, une nécessité thérapeutique.

Certaines pathologies

C'est le cas pour certaines affections, comme cela est d'ailleurs souligné par la Cnedimts, qui dès la mise en place du 100 % santé (avis de projet publié au JO le 21/06/18), recommandait « d'individualiser, au sein des indications définies dans la nomenclature, les situations exceptionnelles d'appareillage complexes pour des personnes nécessitant soit une technicité supérieure d'appareillage que ne couvriraient pas les appareils de classe I, soit un suivi particulier par l'audioprothésiste.

concernés par ces pathologies, estimant que 5 à 10 % d'entre eux (soit 47 000 à 94 000 patients) nécessiteraient une prise en charge considérée comme complexe.

Certains profils de pertes

Par ailleurs, en complément de cette réflexion de la Cnedimts qui portait sur les pathologies, la commission technique Amplifon a listé les profils de perte pour lesquels un appareil de Classe II est nécessaire.

Plus généralement, un bénéficiaire patient encore à documenter ?

Reste que l'idée de l'utilité thérapeutique de la classe pour certains patients fait son chemin, notamment depuis la présentation des résultats d'un groupe de travail de la SFA sur les bénéfices des différentes technologies a montré que de la classe II sur la Classe I a un avantage qui s'accroît quand l'environnement devient plus bruyant qualité sonore (mesure du RSB) et une qualité sonore

perçue « significativement supérieure pour la classe II par rapport à la classe I pour les signaux de parole, parole + bruit et de trafic routier. »

Citant ces travaux dans les annexes de [son rapport de novembre 2021](#), l'Igas considère qu'une fois le marché « revenu à un rythme de croissance normal (autour du deuxième semestre 2022) » : devrait entrer dans le cadre d'une « discussion globale » sur « les adaptations des ca-

ractéristiques techniques, tarifaires et temporelles du 100 % Santé », « la définition d'indications spécifiques pour lesquelles la classe II serait médicalement recommandée ». Et précise en note « 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. »

La prochaine étape pour le monde de l'audioprothèse est donc sans doute de poursuivre les travaux pour démontrer le bénéfice de la classe II pour les patients. Comme l'indique Fabien Auberger, « On sait qu'il y a des pathologies très compliquées à prendre en charge pour le professionnel avec la classe mais il est vrai la profession n'a pas documenté le bénéfice patient. Nous avons là un travail de documentation et d'étude à mener, d'analyse du service médical rendu ».

Sources : [La Cnedimts \(page 17\)](#) Amplifon

Pathologie	Prévalence en %	Valeur chiffrée (% appliqués à la population française)
Surdité sévère unilatérale	0.5	335 933
Surdité sévère bilatérale	0.7	470 036
Dont : - surdité congénitale	0.1	67 187
- multihandicap (enfants et adolescents)	4	9 781
- acouphène invalidant	22.5	239 940

Ces situations complexes, identifiées au cas par cas par le prescripteur, sont les suivantes :

- surdité au moins sévère (> 70 dB selon les recommandations du bureau international d'audiophonologie) unilatérale ou bilatérale,
- multihandicap,
- surdité permanente congénitale
- acouphène invalidant (objectifé par THI6>50 et EVA7 gène ≥ 6 ou questionnaire validé mesurant une gêne sévère liée à l'acouphène), nécessitant une prise en charge multidisciplinaire dans laquelle l'audioprothésiste est impliqué,
- troubles neurocognitifs suspectés via le test Codex 8 avec un score <4 au moment de la prescription et après retour de l'essai prothétique et confirmé secondairement par un bilan neuro-cognitif,
- neuropathies auditives,
- troubles centraux de l'audition ou troubles du traitement auditif. »

Dans l'argumentaire accompagnant cette recommandation, la Cedimts chiffrait à 940 000 le nombre de patients

que modérément libre, et la concurrence entre complémentaires a échoué à développer la liberté de choix des patients les moins fortunés. De quoi justifier l'intervention des pouvoirs publics ?? Pas si vite, très cheril y a une vraie question de coût...

LE NERF DE LA GUERRE

Eh bien, parlons-en du coût de cette réforme. Personne à vrai dire n'a été épargné. Comme le souligne Richard Darmon, Président du Synea, « c'est le principe même de cette réforme, que chaque acteur de la filière auditive, fournisse un effort pour atteindre l'objectif de supprimer le renoncement aux soins, pour raisons financières. Dès le début des discussions, le gouvernement a fixé ce cap, en considérant qu'il s'agissait d'un enjeu majeur de santé publique. Ainsi, la sécurité sociale a doublé sa prise en charge sur tous les produits, classe 1 et 2. Les audioprothésistes ont dû, en même temps, réduire fortement leur prix moyen et renforcer les prestations fournies aux patients. Ils ont en particulier augmenté la durée de la garantie à 4 ans, mis en place un essai gratuit d'un mois au minimum, établi des systèmes de reporting pour donner de la transparence sur les prestations de suivi effectuées ou déployé le tiers payant. »

Et pour les assureurs ? Si le DG de Carte Blanche Partenaires ne se prononce pas quant au niveau moyen du remboursement de la Classe II – un réseau de soins, rappelle-t-il, ne voit passer qu'un flux informatique et ne connaît pas les garanties des assureurs santé qui le mandatent – il plaide le coût élevé de la réforme pour ces assureurs. « Il est certain, développe-t-il, que la part de la Classe I est croissante : on était à 8 %, elle atteint 36 % depuis le début de l'année. Mais il faut bien voir les conséquences de l'ensemble. Pour les assureurs, ces 36 % correspondent déjà à des remboursements qui n'étaient pas prévus dans les contrats d'origine. L'impact est très fort avec une augmentation massive du remboursement – 450 euros désormais – très au-dessus de ce qui figurait à l'origine dans les contrats. Sur la Classe II, les assurés ou les entre-

prises dans le cas des contrats collectifs, ont choisi un contrat qui repose sur un équilibre entre remboursement et cotisations, et nombre d'assurés n'ont pas, historiquement, choisi des contrats avec un remboursement élevé en audioprothèse. Dans ces conditions, pourquoi une mutuelle augmenterait-elle ses remboursements sur la classe II ??

« Je sais qu'on se dit que les économies permises au secteur de l'assurance par le covid devraient compenser ce surcoût, mais tout d'abord, la taxe Covid a été votée justement sur ces économies ; ensuite, ces dernières années, il n'est pas passé deux ans sans que les pouvoirs publics ne demandent des investissements massifs au secteur de l'assurance santé, comme cela a été le cas avec les contrats solidaires et responsables ou avec l'ANI. Et enfin, il faut bien voir que d'un côté, les marges ré-

COÛT DE LA RÉFORME : LES AUDIOS SOUS PRESSION

Baisse de prix, engagements minimaux de qualité et croissance soudaine et historique en 2021 « Le cumul de ces trois éléments, commente Fabien Auberger, Directeur Santé chez Amplifon, met bien sûr les professionnels sous une forte pression d'efficacité. On a remis à plat tous nos process pour traquer et vider les « poches d'inefficacité. En même temps, il faut veiller à maintenir le haut niveau de qualité que nous devons à nos patients, et à respecter les obligations réglementaires. nous avons pour cela écrit un livre blanc fixant nos méthodologies et protocoles de prise en charge. »

alisées sur les « petits » contrats sont par nature faibles ; et que les grands contrats, qui couvrent les grandes entreprises sont à zéro ou en déséquilibre. Donc non, tout ne va pas bien du côté des assureurs santé. Il y a le vrai besoin d'une pause réglementaire et ils sont plutôt en recherche d'un équilibre. Ils ont pour cela trois piliers : les offres complémentaires, un remboursement au premier euro de soins hors régime obligatoire, et des services d'accompagnement proposés aux assurés. »

Et de fait, explique Fabien Auberger « Les chiffres montrent qu'un vrai effort de l'ensemble des payeurs a été fait sur le 100 % Santé : chaque personne est mieux rem-

boursée et les personnes appareillées sont plus nombreuses. L'effort moyen est fait en classe I et en classe II. la classe II est correctement remboursée en moyenne, ce qui montre que les mutuelles ont joué le jeu. Mais sans doute avec le prisme de leur schémas antérieurs, qui conduit à une grande disparité des remboursements en classe II d'un patient à l'autre. »

Une situation incompréhensible pour Richard Darmon : « Le plus étonnant est que même les complémentaires ne s'y retrouvent pas. A moins rembourser la classe II, dans la proportion où elles

le font, elles ne réalisent pas d'économies, puisqu'elles créent un effet d'éviction sur cette classe II, et que les gens se tournent davantage vers la Classe I, mieux remboursée et qui leur coûte plus cher ».

Conclusion ? Pour Richard Darmon, « On a bien amélioré l'accessibilité, mais pas toujours l'accès au produit pertinent pour chaque patient. Il reste un travail à faire pour améliorer cette situation, rendre à tous les patients leur liberté de choix et faire de cette réforme un succès exemplaire. »

100 % santé : un pas de plus vers le tiers payant

Et le tiers payant, complément indispensable du 100 % santé, si l'on ne veut pas que l'assuré ait à faire l'avance des frais de son appareillage ? Eh bien, sa mise en place était à l'origine prévue dans un [article 90 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022](#). Le dispositif créait dans le code de la Sécu un article L.871-2 prévoyant que les OCAM « mettent à la disposition des professionnels de santé, des établissements de santé et des centres de santé, pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165 1 (...) des services numériques répondant à des caractéristiques définies par décret. Ces caractéristiques portent notamment sur les conditions de mise à disposition des informations relatives aux droits et garanties des personnes couvertes par les contrats, sur les modalités et délais de délivrance de l'accord des organismes, lorsque la prestation est soumise à accord préalable, et sur les délais et garanties de règlement des sommes dues. » Et le décret devait être pris d'ici le 1er juillet 2022.

Malheureusement pour les patients, lors de l'examen de la LFSS 2022 par le Conseil constitutionnel, ce dernier a été censuré comme cavalier social – comprendre : puisqu'il ne touche pas au financement de la sécurité sociale, il n'a pas sa place dans une LFSS. Il faudra donc la prochaine légis-

lature et l'inscription à l'ordre d'un texte qui puisse servir de véhicule législatif pour une mesure que l'on pourrait croire toute rédigée. A ceci près qu'une nouvelle majorité pourrait jeter sur le sujet un autre regard...

Après tout, l'histoire a démontré une certaine proximité entre assureurs

et Les Républicains, et une autre proximité entre mutualité et PS. Et l'on sait déjà d'une part, que les OCAM ne manqueront pas de déployer tout leur talent de lobbying contre une mesure qui les encombre comme le rappellent nos confrères de [l'Ouïe Magazine](#). Tandis que d'autre part, le monde de l'audioprothèse – sur ce point, certainement en phase avec les patients – ne fait pas mystère de ses vœux « pour que

le 100 % santé soit une réalité, il doit être universel, explique Fabien Auberger. Cela veut dire : s'appliquer dans et hors réseau, et à tous les produits, classe I. et II., sans quoi le tiers payant nuira à la liberté de choix du patient ».

Si le débat doit être rejoué, un argument de poids pourrait peser dans le sens de cette position: dans [son rapport de novembre 2021](#), dont le recommandation n°9 est très claire : « 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 ».



75%

sur les 7 derniers jours précédant le questionnaire, selon [l'enquête 2021 sur la Santé mentale des jeunes médecins](#), dont les résultats ont été dévoilés par l'ISNAR-IMG, l'ANEMF et l'ISNI le 27 octobre. Ces résultats montrent une situation dégradée par rapport à la première enquête de 2017.

Sans surprise, les « difficultés financières, un temps de travail excessif ou encore l'exposition à des violences, qu'elles soient psychologiques, physiques ou encore sexuelles exacerbent le risque de dépression ». L'enquête révèle qu'un quart des répondants ont été victimes d'humiliation ou de harcèlement sexuel, voire parfois une agression sexuelle. Ces vio-

des étudiants en médecine et des internes montrent des symptômes d'anxiété pathologique et 39% des symptômes de dépression

lences ont été infligées à l'hôpital pour la grande majorité d'entre elles (60%) par des médecins thésés », mais aussi par des internes (pour 13 % d'entre elles) et par des étudiants en médecine (10 %).

S'agissant du respect du temps de travail des internes, évalué à 58,4 heures par semaine par les organisations étudiantes, il a fait l'objet d'une consultation lancée le 26 juillet par le ministère de la Santé et dont on attend les résultats très prochainement. Olivier Véran a annoncé le 27 octobre que des sanctions financières seraient prises. D'ores et déjà, six lieux de stage ont perdu leur agrément (quatre en milieu hospitalier et deux en libéral).

Enfin, Frédérique Vidal a annoncé en octobre que 7 millions d'euros seraient dédiés au plan d'action contre les violences sexistes et sexuelles dans l'enseignement supérieur et la recherche sur la période 2021-2025.

Néandertal, si proche

S'il reste difficile de savoir exactement comment communiquaient les hommes de Néandertal, disparus il y a environ 30 000 ans, on est désormais certain qu'ils avaient des capacités auditives et probablement vocales similaires à celles d'homo sapiens.

Publiée il y a quelques mois dans *Nature, ecology & evolution*, une étude a en effet permis de reconstituer des modèles 3D de l'oreille moyenne et de l'oreille externe de Néandertaliens, d'hommes modernes et d'hominidés plus anciens provenant du gisement de Sima de los Huesos, et de déterminer la gamme des fréquences perçues par chaque espèce.

Constatant que la largeur de la bande passante de l'oreille était similaire chez homo neanderthalensis et homo sapiens, l'équipe d'anthropologues en a conclu que non seulement les Néandertaliens entendaient aussi bien que nous, mais aussi qu'ils étaient capables, comme nous, de produire des consonnes.

La professeure Mercedes Conde-Valverde, spécialiste en bioacoustique à l'Université espagnole d'Alcalà, qui dirigeait les recherches, estime en effet que, si l'oreille

de Néandertal s'est développée pour atteindre une acuité auditive dépassant les 3000 Hz et donc saisir les consonnes, c'est parce qu'il savait les produire. Et



Crânes d'Homo sapiens (à gauche) et d'Homme de Néandertal (à droite).

cela le distingue, comme homo sapiens, des autres primates. Les Néandertaliens auraient donc « développé les capacités auditives permettant un système de communication vocale aussi complexe et efficace que le langage humain moderne ».

[Conde-Valverde, M., Martínez, I., Quam, R.M. et al. Neanderthals and Homo sapiens had similar auditory and speech capacities. *Nat Ecol Evol* 5, 509–515 \(2021\).](#)