
Panorama du secteur de l'Audioprothèse en France

CNSA – 31.05.2013

Luis GODINHO

Audioprothésiste D.E.

Président du Syndicat National des Audioprothésistes - UNSAF



Sommaire

- Les besoins et les bénéfiques
- L'offre existante
- Propositions de l'UNSAF
- Bibliographie

Les besoins et les bénéficiaires

1. Les Malentendants

- Estimés à **5 à 6 millions en France** (9.4% de prévalence, EuroTrak France 2012).

Déficiences auditives profondes ou totales : **6%**

Déficiences auditives moyennes à sévères : **28%**

Déficiences auditives légères à moyennes : **66%**

(Source : Le handicap auditif en France, Drees, août 2007).

- **Un tiers ont moins de 60 ans, un tiers de 60 à 75 ans et un tiers plus de 75 ans.**

(Source : Le handicap auditif en France, Drees, août 2007).

- Causes de surdités : l'âge majoritairement (presbycusis), le bruit, les surdités congénitales (1 nouveau-né sur 1000), pathologiques...

- Nombre de **personnes appareillées** : entre **1,6 et 1,8 millions**

(Sources :

- http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/LPP2006-2011.xls - 1,1 millions d'allocations forfaitaires annuelles en 2011, hypothèse que 30% des malentendants ne demandent pas d'allocation forfaitaire annuelle

- Etude Synea « Analyse prospective de la démographie des audioprothésistes », avril 2013)

2. Bénéfices sociaux

- - 80% des appareillés sont satisfaits de leur équipement.
- impact positif sur la vie professionnelle et les revenus.
(EuroTrak France 2012).
- **Corrélation entre la baisse d'audition et les risques de chutes chez la personne âgée.** « Même un degré modéré de baisse d'audition triple presque le risque de chuter ».
("Does Hearing Loss Increase your Risk of Falling ?", <http://hearingcareblog.com/2012/03/08/986/>
Lin F, Ferrucci L "Hearing loss and falls among older adults in the United States" Arch Intern Med 2012; 172: 369-371.
Viljanen A, Kaprio J, Pyykkö I, et al. "Hearing as a predictor of falls and postural balance in older female twins". J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2009; 64(2):312-317)

- **Bénéfique contre les dépressions, l'anxiété, la paranoïa...**
- **Évite le repli sur soi**, conduisant souvent chez la personne âgée à des problèmes de mobilité, puis à des problèmes, mnésiques, cognitifs ...

Outcome	Uncorrected Hearing Loss	Corrected Hearing Loss with Hearing Aids
Sadness/Depression	30%	20%
Worry/Anxiety	17%	12%
Less Social Activity		
Regular participation in social activities	32%	42%
Regular participation in senior center activities	16%	21%
Paranoia	36%	14%
Emotional Turmoil/Insecurity	17%	11%

"Falling on Deaf Ears: Hearing loss in older adults may be an undertreated condition", ENT Today, January 2011.

3. Bénéfices psychologiques et cognitifs

- « **Une corrélation entre vieillissement, perte de l'ouïe et accroissement du risque de sénilité.** ».
(Études française - Revue de Gériatrie, Tome 32, N° Juin 2007 - et américaine - Archives of Neurology, Hearing Loss and Incident Dementia—février 2011 -)
- « Cette découverte pourrait avoir des retombées importantes pour la santé publique. »
« **Des interventions pouvant retarder la démence, ne serait-ce qu'un an, pourraient faire baisser la fréquence des cas de plus de 10% d'ici 2050**, calculent les auteurs de la recherche. »
(cf. Dépêche AFP, **La surdité accroit les risques de démence chez les personnes vieillissantes** – 15.02.2011)
- Nouvelle étude publiée le 21.01.2013 dans le JAMA Internal Medicine : « **La perte auditive prédictive de déclin cognitif chez le patient âgé** ». « Les personnes âgées souffrant de perte auditive ont **une accélération du déclin cognitif supérieure de 30 à 40%**. **La relation entre la perte auditive et la démence persiste même après prise en compte des autres facteurs de maladie cognitive**, comme l'hypertension, le diabète et le tabagisme. ».
(cf. JAMA Intern Med. online January 21, 2013 doi:10.1001/jamainternmed.2013.1583 Hearing Loss May Be Related to Cognitive Decline in Older Adults;
http://www.santelog.com/news/neurologie-psychologie/alzheimer-la-perte-auditive-predictive-de-declin-cognitif-chez-les-personnes-agees_9756_lirelasuite.htm)

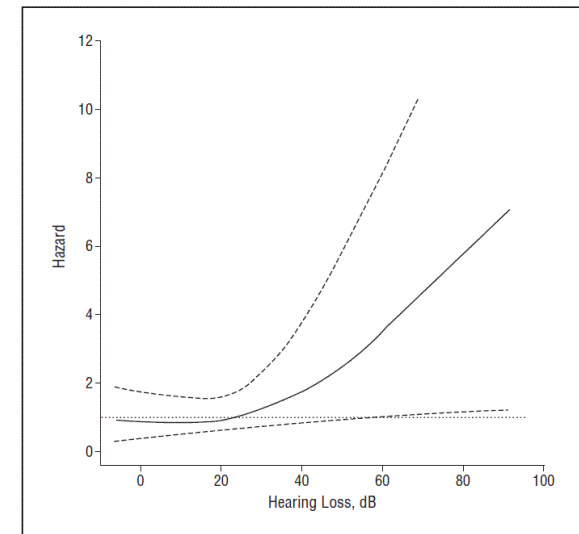


Figure 2. Risk of incident all-cause dementia by baseline hearing loss after adjustment for age, sex, race, education, diabetes mellitus, smoking, and hypertension. Hearing loss is defined by the pure-tone average of thresholds at 0.5, 1, 2, and 4 kHz in the better-hearing ear. Upper and lower dashed lines correspond to the 95% confidence interval.

4. Prévention de la dépendance et retours sur investissements

- Etienne Caniard, président de la Mutualité Française, le 06 février 2013 :

« On parle toujours de **la prévention en santé**, qui peut avoir des résultats extraordinaires, mais pour les atteindre il faut énormément de ténacité et de pugnacité, s'inscrire dans la durée, parce que **les retours sur investissements sont lents**.

On parle beaucoup moins de prévention dans la dépendance, domaine où les retours sur investissements sont pourtant beaucoup plus rapides. Il est extrêmement facile de retarder de quelques mois l'entrée en dépendance.

Nous travaillons par exemple à la Mutualité sur les dispositifs de détection et de **prévention des risques sensoriels pour les personnes âgées**, essentiellement la vue et l'**audition**. Avec une approche globale, les résultats sont spectaculaires. Après un bilan de la situation, une palette d'intervenants peut être mobilisée de l'ophtalmologiste au plombier pour adapter le logement.

Je me bats pour l'on évalue l'efficacité de ce que l'on peut faire en prévention. Il y a des domaines, trop négligés à mes yeux, dans lesquels nous pouvons être efficaces. **L'exemple de la dépendance le démontre**. Le sujet est à nouveau en débat, et **si l'on veut traiter cette question uniquement sous l'angle assurantiel, c'est-à-dire à partir de la seule solvabilisation du coût de la dépendance lourde quand on est en institution, l'équation est insoluble**. En revanche, travailler sur des approches préventives et de développement de services permettrait de développer des services essentiels en matière de prévention. ».

Source : <http://www.nile-consulting.eu/drop/1-420.pdf>

L'offre existante

1. L'appareillage

- Article L4361-1 du Code de la Santé Publique :
Est considérée comme exerçant la profession d'audioprothésiste toute personne qui procède à l'appareillage des déficients de l'ouïe.
Cet appareillage comprend le choix, l'adaptation, la délivrance, le contrôle d'efficacité immédiate et permanente de la prothèse auditive et l'éducation prothétique du déficient de l'ouïe appareillé.
La délivrance de chaque appareil de prothèse auditive est soumise à la prescription médicale préalable et obligatoire du port d'un appareil, après examen otologique et audiométrique tonal et vocal.
- Sur prescription médicale (non qualitative), **l'appareillage est « acteur-dépendant »**.
« Il est indéniable que **le rôle de l'audioprothésiste dans la réussite de l'appareillage est déterminant** » (Que Choisir, octobre 2009).
Il ne s'agit pas d'une délégation de tâches de la part du médecin ORL.
- Principaux freins : **coût restant à charge**, insuffisance d'information et de dépistage et surtout **non acceptation psychologique** :
« **les aides auditives sont toujours perçues négativement**, malgré les progrès récents en matière de technologie et de design », « l'étude révèle que **les aides auditives sont associées à la vieillesse, bien plus que les lunettes, les fauteuils roulants ou les cannes** ».

(Audio Infos - Etude Hear the World, Les aides auditives restent mal perçues, 24.02.2010
<http://www.audio-infos.eu/les-aides-auditives-restent-mal-percues-article-1580.html>)

2. Le marché Français

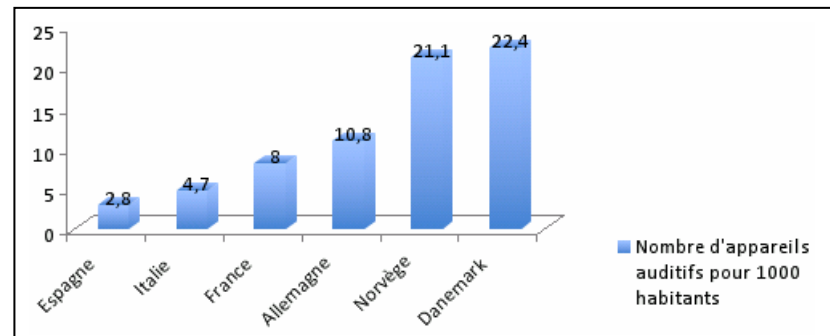
- **Nette progression depuis 2002** (année de l'amélioration de la prise en charge de 1 à 2 appareils pour les adultes): de 290 090 en 2002 à 518 045 en 2011, soit +80% en 9 ans, ou **6.74% par an** en moyenne (source Snitem). **Stabilité en 2012 : +0,38%**.

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Appareils vendus	290090	321998	351773	364647	381934	407796	435884	463118	482155	518045	519994
Progression / N-1	5,37%	11,00%	9,25%	3,66%	4,74%	6,77%	6,89%	6,25%	4,11%	7,44%	0,38%

- La **consommation des piles** s'est accrue de 136% entre 2002 et 2012, soit **8.99 % par an** en moyenne sur 10 ans (source Rayovac) :

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Piles vendues (en M)	24,4	26,8	28,7	30,5	31,7	34,1	35,2	43,8	45,8	52,7	57,7
Progression / N-1		9,84%	7,09%	6,27%	3,93%	7,57%	3,23%	24,43%	4,57%	15,07%	9,49%

- Comparaisons européennes : (données 2011)



- Considérant qu'au Danemark et en Norvège, tous les malentendants qui le souhaitent ont accès à un appareillage auditif sans reste à charge, on peut estimer qu'**en France, nous couvrons 36% des besoins potentiels** (8 ‰ versus 22 ‰). Le taux d'adoption est de 30.4% selon EuroTrak 2012.

3. Les centres d'audioprothèse

- Selon nous, environ 3400 en France.
- De **tailles très diverses** :
 - a) Centres « importants » (200 app./an et plus) : 800-900.
(25% des centres / 50 à 60% des appareils délivrés)
 - b) Centres modestes (100-200 app./an) : 1200-1300.
(35% des centres / 30 à 35% des appareils)
 - c) Centres secondaires (- de 100) : 1300-1400.
(40% des centres / 15 à 20% des appareils)
- Trois types :

a) Indépendants	63% environ
b) Succursalistes	27% environ
c) Centres mutualistes	10% environ
- La majorité des indépendants fait partie de groupements leur fournissant enseigne et/ou centrale d'achat.
Les succursalistes sont 2 groupes de même taille, côtés en bourse : Audika et Amplifon. Ils emploient des audioprothésistes salariés.

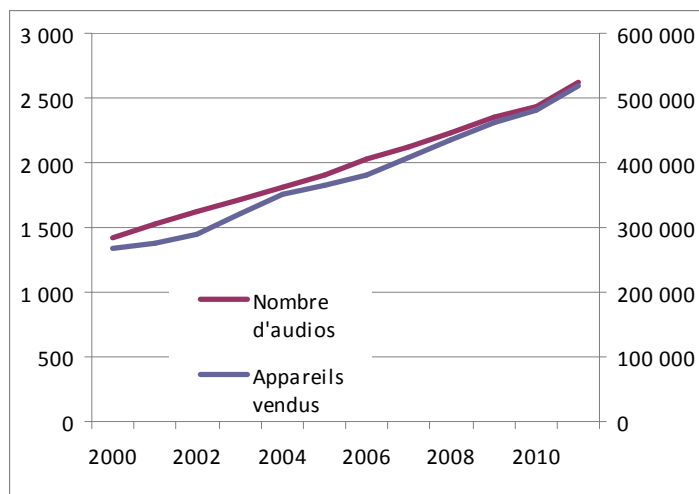
4. Évolution du nombre d'audioprothésistes

- Titulaire d'un Diplôme d'Etat, c'est un professionnel de santé dont la formation comprend l'anatomie et la physiologie de l'oreille, l'électronique, l'audiologie, l'informatique, la psychologie des malentendants...
- Formation dispensée dans 5 centres d'enseignement (Paris, Lyon, Montpellier, Nancy, Fougères) en 3 ans après un concours d'entrée. Actuellement 150 étudiants environ en première année. Pas de numerus clausus.
- Selon la DREES, le nombre d'audioprothésistes est de 2625 au 01.01.2012 (2437 en 2011, 2352 en 2010). Hausse de 85% depuis 2001 (de 1422 à 2625).
- L'évolution de leur nombre est équivalente à celle des appareils délivrés.

Nombre d'appareils, nombre d'audioprothésistes et nombre d'appareils par audio entre 2000 et 2011

Sources : Snitem et Drees (Rapports « Les professions de santé au 1er janvier »)

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2000-2011	
Appareils vendus	268 248	275 297	290 090	321 998	351 773	364 647	381 934	407 796	435 884	463 118	482 155	518 045	Croissance annuelle	6,3%
Nombre d'audios	1 422	1 526	1 620	1 714	1 806	1 905	2 029	2 116	2 229	2 352	2 437	2 625	Croissance annuelle	5,5%
Nbre audios/nbre apps	188,64	180,40	179,07	187,86	194,78	191,42	188,24	192,72	195,55	196,90	197,85	197,35	Moyenne 2000-2011	190,90



Comparaisons européennes

Source : Audio Infos

Pays	Allemagne	Pays-Bas	Belgique	Espagne	Italie	France
Nombre d'ORL	3900	550	626	2200	4000	3029
Appareils vendus	887000	220000	73500	130000	350000	518045
Nombre d'audios	4850	900	600	1200	3300	2625
Nombre apps/audio	182,89	244,44	122,50	108,33	106,06	197,35

5. Prix, remboursements, reste à charge, renoncements aux soins

- Le coût de l'appareillage inclut le prix de l'appareil auditif et le prix global des prestations d'adaptation **indissociables**.
(cf. devis normalisé d'appareillage auditif, article L. 165-9 du code de la sécurité sociale).
- Pour les plus de 20 ans, la Sécurité Sociale rembourse sur la base de 199,71 € (soit 119,83 € à 60% depuis le 2 mai 2011)
Pour les moins de 20 ans et les personnes atteintes de cécité, la base de remboursement est :
 - Appareil de classe A : 900 euros
 - Appareil de classe B : 1 000 euros
 - Appareil de classe C : 1 250 euros
 - Appareil de classe D : 1 400 euros
- L'appareillage auditif d'une oreille coûte entre 900 et 2100 € (1500 € en moyenne). Le marché représente environ 800 M€ de CA annuel en France.
- Selon nous, en fonction de la couverture complémentaire, en moyenne **60% des frais réels restent à la charge** des patients de plus de 20 ans (300 à 1500 euros par appareil, 900 euros en moyenne).
Pourtant **les enquêtes sur les renoncements aux soins** mentionnent rarement les appareils auditifs.

6. Un comportement complexe vis-à-vis du coût des appareils

- Bien que les enquêtes donnent toujours le coût comme principale raison pour ne pas s'appareiller, le taux d'appareillage varie peu en fonction des revenus (source : EuroTrack France 2009) :

Demographics (2) Hearing instrument adoption rates and populations

Category	Demographics	Total sample unweighted n	Hearing loss %	Hearing aid adoption rate % (Base=hearing impaired)
HH Income	Under 10'000 Euro	993	11%	19%
	10,000 - 19,999 Euro	2481	10%	31%
	20,000 - 29,999 Euro	3417	11%	29%
	30,000 - 39,999 Euro	3305	9%	29%
	40,000 - 49,999 Euro	1829	11%	26%
	50,000 - 59,999 Euro	799	13%	34%
	60,000 - 79,999 Euro	700	11%	45%
	> 80,000 Euro	341	14%	41%

(c) Anovum 2009 - Euro Trak France 2009

Hearing impaired population n=1743

- **Le renoncement aux soins est multifactoriel.** Dans notre secteur, une bonne partie de ces renoncements sont en fait des « **renoncements-refus** », notamment à cause de la forte stigmatisation de l'équipement auditif. (cf. IRDES, Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique, nov. 2011 ; Baromètre Santé 2013 Deloitte / Harris Interactive, « Les Français et le système de santé : la prise de conscience »)
- « Diminuer le coût des appareils auditifs n'est pas suffisant pour motiver les adultes avec une baisse d'audition modérée à acquérir un équipement à un âge plus précoce ou avant que leur audition empire. »
 « **La seule diminution du coût** des appareils auditifs, **même de 40%**, **n'accroît pas le taux d'acquisition.** »
 « Beaucoup de patients ne les acquièrent que s'ils sentent qu'ils en ont besoin, **sans considération du coût**, et dépenseront souvent une petit supplément pour avoir le meilleur équipement. »
 « **Même le meilleur appareil auditif du marché ne donnera pas satisfaction, s'il n'est pas bien adapté par un professionnel.** »
 (Source : « Reducing hearing aid cost does not influence device acquisition for milder hearing loss, but eliminating it does », The Hearing Journal, Mai 2011 http://journals.lww.com/thehearingjournal/Fulltext/2011/05000/Reducing_hearing_aid_cost_does_not_influence.3.aspx <http://www.henryford.com/body.cfm?id=46335&action=detail&ref=1351>)
- « Il importe de comprendre que **la demande est relativement inélastique au prix**, car **les appareils auditifs sont perçus comme des biens de nécessité.** »
 (Source : Rapport « Appareils auditifs en Belgique », KCE reports 91B, 2008)

7. Un taux de satisfaction nettement supérieur en France, par rapport à nos voisins

- En 2009, l'EHIMA, European Hearing Instrument Manufacturers Association, a initié **une étude d'une ampleur inédite sur l'appareillage auditif**, la prévalence et l'utilisation des appareils, appelée EuroTrak, en Allemagne, en France et au Royaume-Uni. L'étude a été conduite par la société suisse de recherche en marketing et conseil Anovum. 44 710 personnes ont été interrogées (DE 14 185; FR 15 545; UK 14 980). Ce qui a permis de distinguer 3 947 personnes avec une déficience auditive (DE 1 308; FR 1 304; UK 1 335). Un total de 1 517 (DE 503; FR 501; UK 513) porteurs d'appareils auditifs a été questionné sur leur satisfaction et de 2 430 (DE 805; FR 803; UK 822) malentendants non appareillés sur les raisons de leur non adoption.




	% who state with hearing aid is better		
			
Communicate more effectively	67%	68%	79%
Social life	53%	57%	74%
Relationships at home	47%	53%	71%
Ability to participate in group activities	58%	60%	68%

TABLE 5. Selected statements on the positive impact of hearing aids on quality of life (sum of "% better" + "% a lot better"). Statements chosen were the top-4 in France. For other responses, see online version of this article.



- Les particularités du mix produit du marché Français peuvent expliquer ces bons résultats :
 - **peu de produits très bon marché** (moins de 900 euros),
 - **un taux de produits moyen-haut et haut de gamme plus important** que dans les autres pays comparables, **mais à un prix inférieur** (hauts de gamme en France : 1700-2200 euros, versus 2500-3700 pour les autres pays).
- Ces résultats mettent en évidence **les bonnes performances des audioprothésistes français**, notamment en **proposant un bon accompagnement à leurs clients, facteur indispensable pour leur donner satisfaction** (cf. page 16).

Comparaisons internationales avec EuroTrak 2009 :

(Source : « EuroTrak I : A Consumer Survey About Hearing Aids in Germany, France, and the UK », Hearing Review – Février 2011)

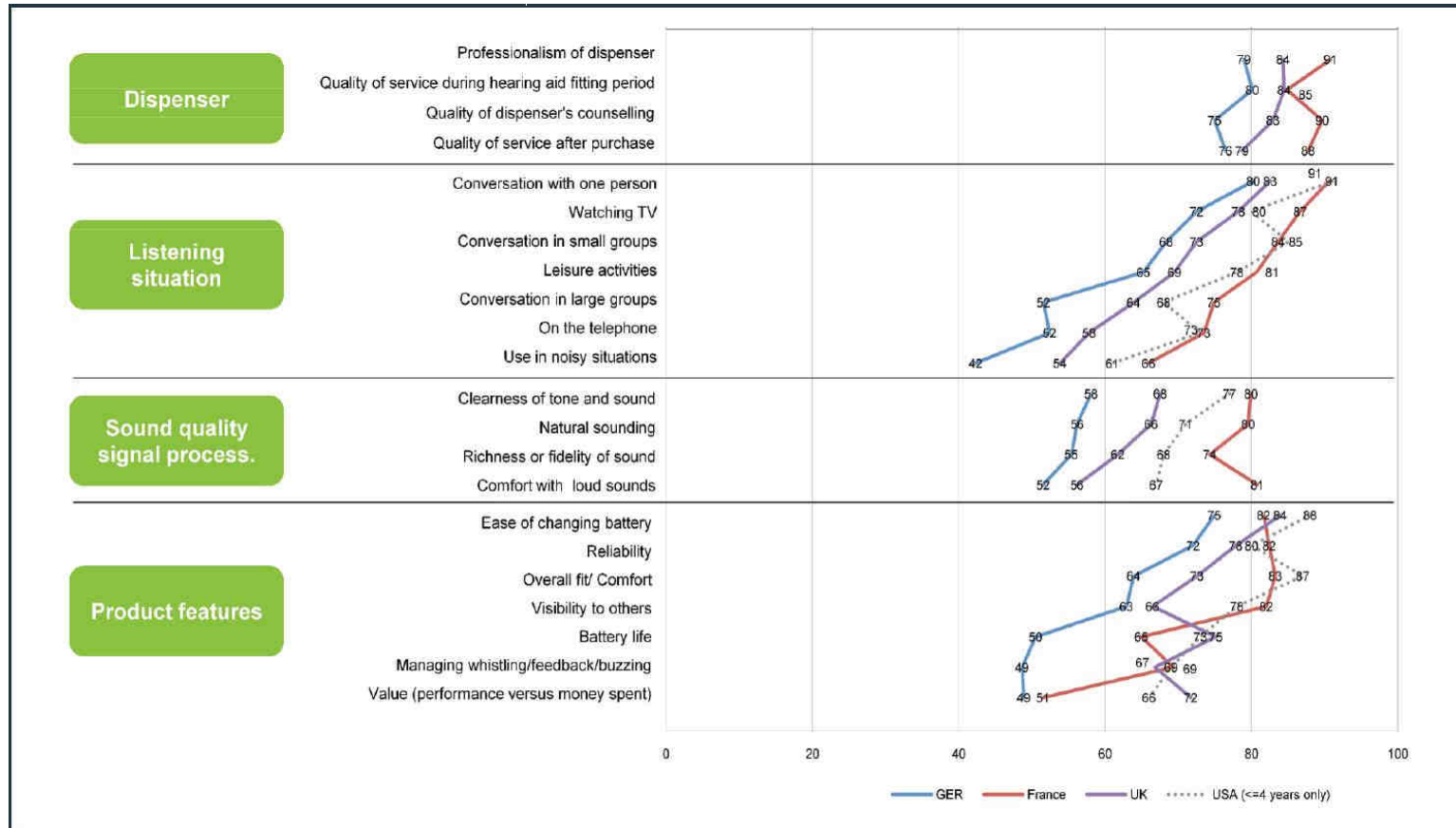
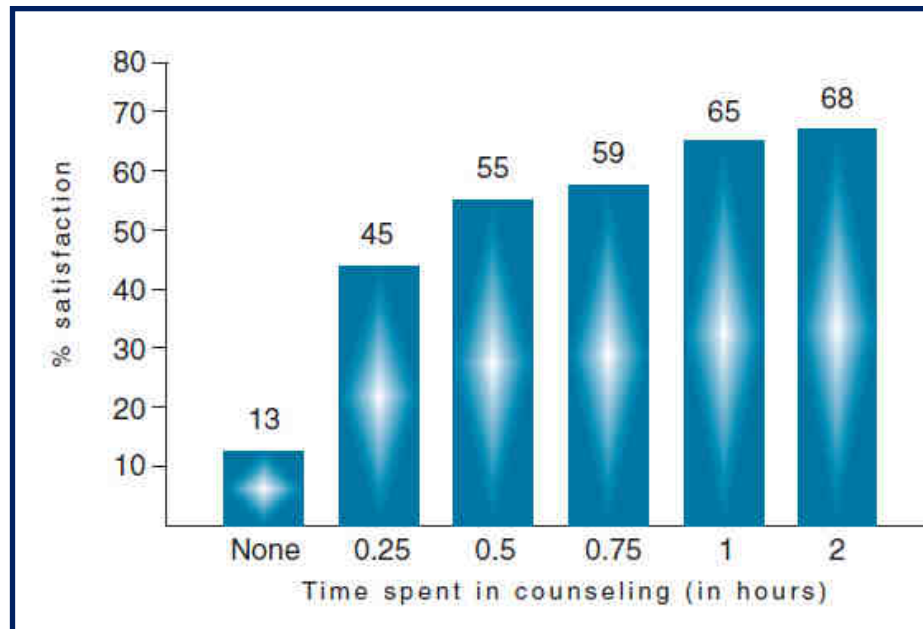


FIGURE 6. Detailed customer satisfaction ratings (in %). The figures represent the sum of “% somewhat satisfied” + “% satisfied” + “% very satisfied.” It is important to note that, for the USA, the above figures represent hearing aids ≤4 years of age only (see note in text). Blank means no data available.

Satisfaction en fonction du temps d'accompagnement :

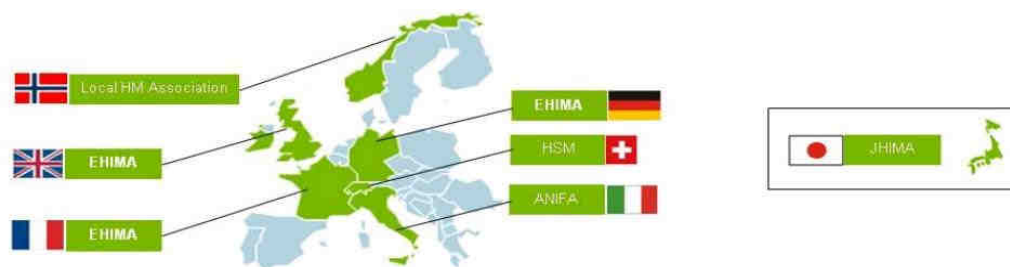









Kochkin Sergei (PhD), The Hearing Review,
Reducing Hearing Instrument Returns with Consumer Education

Comparaisons internationales avec EuroTrak 2012 :

(Source : http://www.anovum.com/publikationen/EuroTrak_LasVegas_Dec%202012.pdf)

Survey facts



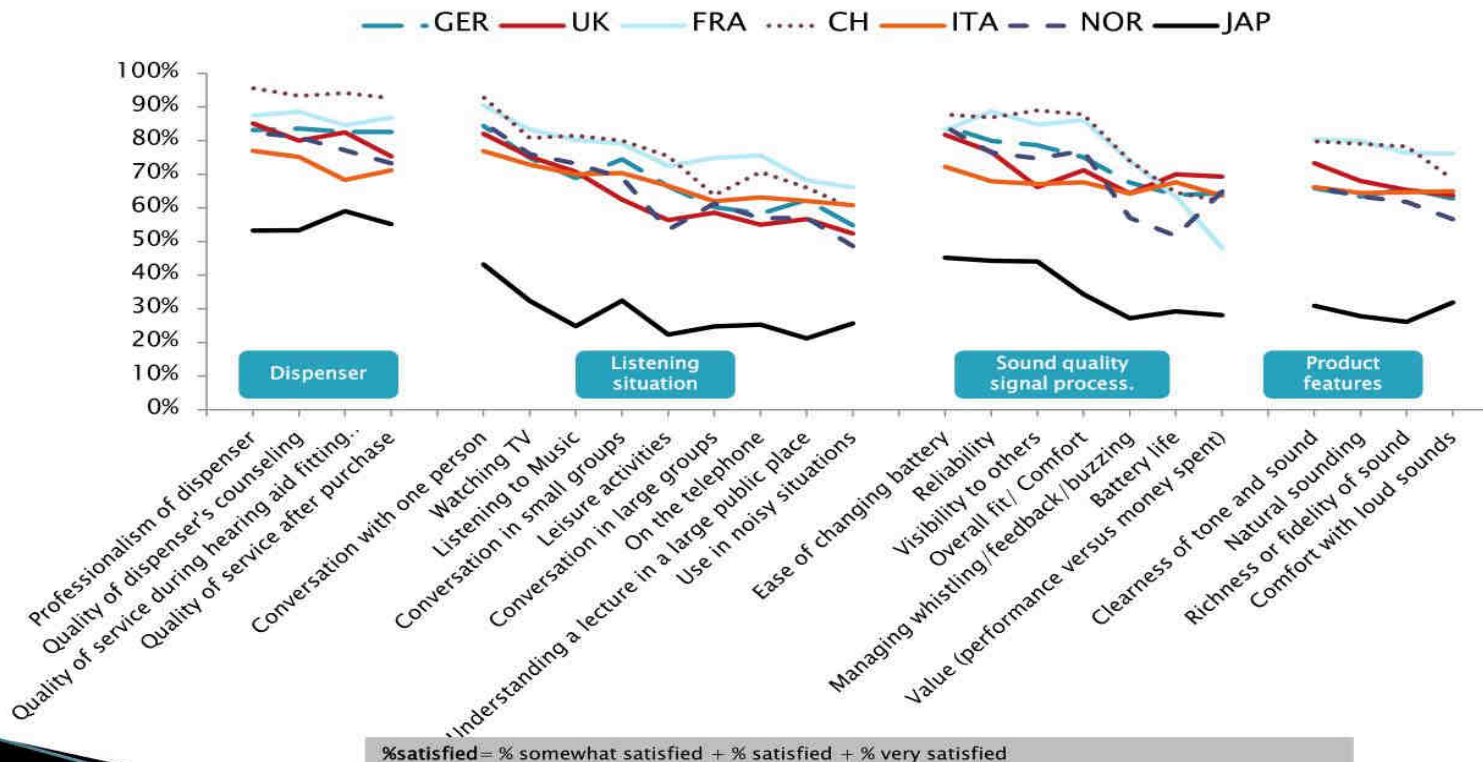
	Short interviews	Long interviews	
		Representative	HA owners
UK 	14896	501	795
Germany (GER) 	13922	500	864
France (FRA) 	15430	502	809
Norway (NOR) 	14866	691	618
Switzerland (CH) 	14836	514	813
Italy (ITA) 	15536	510	801
JapanTrak (JAP) 	15036	450	898
Total	104'522	3668	5598

Comparaisons internationales avec EuroTrak 2012 (suite) :

(Source : http://www.anovum.com/publikationen/EuroTrak_LasVegas_Dec%202012.pdf)



Satisfaction with current hearing aid



%satisfied = % somewhat satisfied + % satisfied + % very satisfied

HA-owners

8. Les réseaux de référencement des OCAM

- Les OCAM ont créé, à partir de 2009, des réseaux d'audioprothésistes. Pourtant notre secteur présente de fortes spécificités :
 - relation *intuitu personae* forte entre malentendant et audioprothésiste
 - l'équation volume contre baisse des prix est non opérante car les gains de productivité sont nuls (3 clients c'est 3 fois plus de temps...)
 - les patients sont fortement demandeurs de soins dentaires (pour des raisons esthétiques), les lunettes sont assimilées à un bien de consommation, alors que les appareils auditifs sont considérés des « biens de nécessité »...
 - le réseau Audition Mutualiste, fort de 340 points de vente, représentant 10% du marché, doté d'une centrale d'achats, propose des prix 15% inférieurs à la moyenne du marché. Comment exiger des indépendants 20% (voire 40%...) sans que cela ne s'accompagne d'une **dégradation de la prestation associée** au produit adapté ?
 - En 2008, le réseau Santéclair a introduit à la fois le « *discount* » et son partenaire privilégié pour l'optique, Optical Center, dans notre métier, avec une annonce choc : « *-40% sur toutes les marques d'appareils auditifs* ».
(« Santéclair s'appuie sur Optical Center pour lancer son réseau d'audioprothésistes ». http://www.opticien-presse.com/news/news_details.php?rubnewsid=2053)

Dr Frédérick Cosnard, directeur médical de Santéclair : « *Ils nous reprochent notamment l'usage du mot diagnostic. Pourtant, quand vous portez votre voiture au garage, celui-ci vous fait également un diagnostic, sans que les syndicats médicaux s'en émeuvent* ».
(« Réseaux d'ostéopathes exclusifs : Santéclair serein, face aux plaintes de syndicats », lequotidiendumedecin.fr, 18 avril 2013)
 - Récemment, les campagnes de publicité uniquement axées sur des promesses de prix bas par de nouveaux acteurs se sont multipliées : « assistants d'écoute », « deuxième appareil pour 1 € »... Ces campagnes, mal perçues par les malentendants, ont sans aucun doute contribué à la récente stagnation de notre marché.
-

Exemple : réseau Santéclair – publicité Optical Center de janvier 2013

- 40%
sur toutes
les marques
d'appareils
auditifs'

+

une paire
de **lunettes**
à votre vue
offerte.


OPTICAL
CENTER

(-3+6 opt4)

0:28 / 0:31

"Le Haut Parleur" Film Publicitaire Audition 2013 Optical Center

 OpticalCenterTV - 20 vidéos

 S'abonner < 17

2 862

 10  1

Exemple : réseau Kalivia

- Lancé en mai 2012. Revendique plus de 1000 « audioprothésistes partenaires ».
- « Des prix négociés pour un reste-à-charge diminué ».
- 5 gammes :
 - « Offre Prim'Audio » 700 € par oreille
 - « Entrée de gamme » 1152 € par oreille
 - « Moyenne gamme » 1299 € par oreille
 - « Haut de gamme » 1525 € par oreille
 - « Très haut de gamme » 1856 € par oreille
- Les tarifs négociés comprennent :
 - L'appareil prêt à l'emploi (piles + embout).
 - La prestation indissociable d'adaptation et de suivi.
 - Une couverture en cas de panne pendant 4 ans.
 - Un kit d'entretien (lingettes nettoyantes, gobelet et pastilles hydrofuges,
 - une plaquette d'au moins 6 piles)

NOUVEAU !

LE RÉSEAU D'AUDIOPROTHÉSISTES À VOTRE SERVICE

Malakoff Médéric a créé pour vous un réseau d'audioprothésistes. À l'instar des opticiens, les audioprothésistes du réseau Kalivia* s'engagent à respecter une charte de qualité exigeante, tant en matière de services que de tarifs.



Ce réseau, accessible courant mai, vous permet de bénéficier de tarifs négociés sur toutes les gammes de prothèses auditives existant sur le marché. Il propose notamment l'offre Prim'Audio®, un équipement de qualité, permettant d'améliorer l'écoute dans toutes les situations de la vie courante, pour un prix maximum de 700 € par oreille.

Les tarifs négociés comprennent :

- l'appareil prêt à l'emploi (piles + embout) ;
- la prestation indissociable d'adaptation et de suivi ;
- une garantie panne pendant 4 ans ;
- un kit d'entretien (lingettes nettoyantes, gobelet et pastilles hydrofuges, une plaquette d'au moins 6 piles).

Sachez que **vous pouvez aussi faire profiter vos ascendants** de ce réseau. Il leur suffit de se présenter avec leur livret de famille et une photocopie de votre carte de tiers payant Malakoff Médéric. S'ils touchent une retraite complémentaire de Malakoff Médéric, ils y ont accès à titre personnel en présentant un justificatif. Avant tout achat, ils devront demander à l'audioprothésiste un récapitulatif du prix de l'équipement validé par Kalivia.

**Ce réseau est composé d'audioprothésistes qui respectent les critères de qualité et de tarifs de Kalivia. Il remplace les précédents accords entre Malakoff Médéric et les distributeurs Amplifon et Earlib.*

Pour trouver l'audioprothésiste du réseau Kalivia le plus proche de chez vous, connectez-vous sur votre espace client TOUTM sur malakoffmederic.com ou appelez le 3932 (prix d'un appel local hors surcoût éventuel de votre opérateur), du lundi au vendredi de 8 h 30 à 21 h, le samedi de 9 h à 18 h.

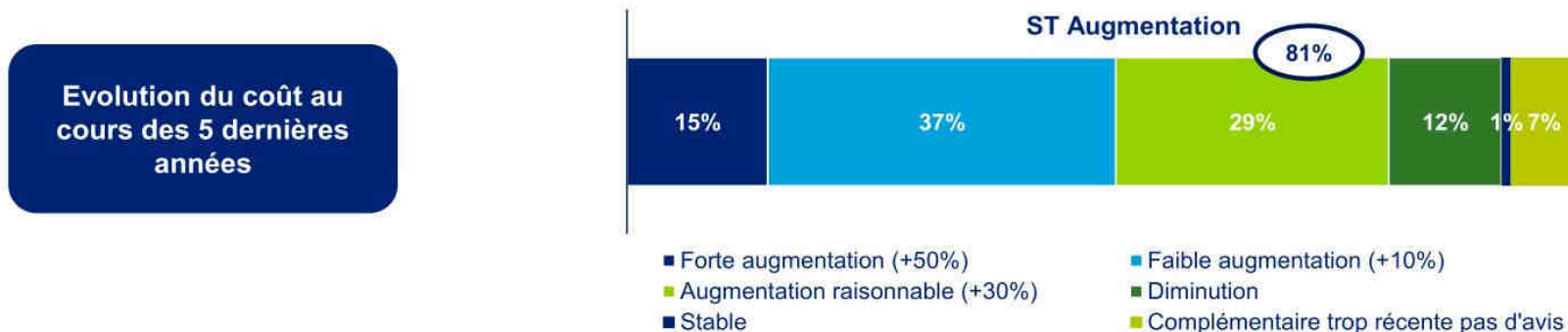
Demain, tous partenaires ?



Les principaux critères de qualité d'une complémentaire : rapidité de remboursement, tiers payant et accès à des réseaux de professionnels de santé...



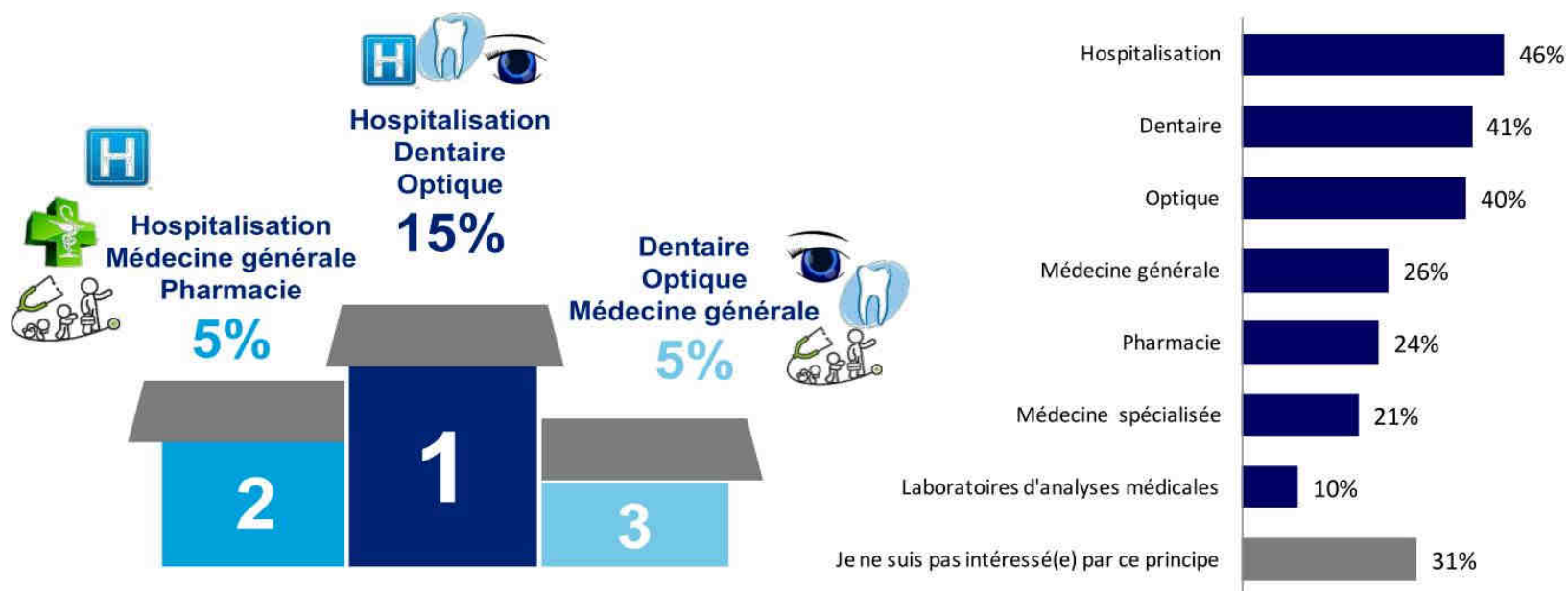
... Cependant, l'évolution de son coût est à prendre en considération puisque plus de 80% des Français jugent qu'il augmente



Q_c.10. Pour vous, quels sont les 3 facteurs qui définissent la qualité de service d'une complémentaire santé ? / Q_c.25. Comment percevez-vous l'évolution du coût de votre complémentaire santé sur les 5 dernières années ?
 Base : bénéficiaires d'une complémentaire santé (n=1 828)

Une certaine lucidité vis-à-vis du besoin à couvrir par leur assurance complémentaire

Si 3 postes seulement devaient être gardés, 15% des assurés choisiraient la combinaison hospitalisation/dentaire/optique.
Ces 3 postes sont d'ailleurs globalement les 3 plus choisis (>40%).



Q_c.33. Si, contre une réduction significative de votre cotisation, votre complémentaire vous proposait un contrat ne couvrant que 3 postes, lesquels choisiriez-vous ?
Base : bénéficiaires d'une complémentaire santé (n=1 828)

9. Assurance maladie complémentaire et réseaux : une efficacité contestée

- « Luis Godinho dénonce les offres de certains réseaux qui proposent un appareillage à 700 euros. « A ce prix-là, on travaille à perte ou on diminue la qualité. Le prix plancher se situe plutôt autour de 1000 euros » (...). Il évoque aussi une dépendance à l'égard des réseaux et met en avant la concurrence malsaine entre complémentaires pour tirer les prix vers le bas. **« La surenchère (entre réseaux concurrents) peut générer des dérives, il serait préférable d'élaborer un cadrage national avec l'Assurance maladie, admet Christophe Lafond, de la MGEN. » »**

(Source : « Des praticiens sous contrôle des réseaux de soins », Liaisons Sociales Magazine, Mai 2013)

- Article sur l'optique :
« Les **complémentaires santé sont en partie responsables de la situation.**(...) Face au désengagement de l'assurance maladie, « les complémentaires ont vu dans leur niveau de prise en charge des lunettes et des lentilles **un vrai facteur différenciant** ».(...) **Le remboursement des corrections optiques est même devenu un "produit d'appel"** pour attirer de nouveaux adhérents. En finançant plus de 50 % des dépenses d'optique (4,67 milliards d'euros par an), **les régimes complémentaires ont faussé le jeu de l'offre et de la demande.** »

(Source : « Lunettes. Pourquoi elles coûtent les yeux de la tête », Que Choisir n°514. Mai 2013, pp. 22-23)

- **« La régulation par le marché du secteur de la santé a pour effet essentiel d'aggraver les inégalités et d'accroître les coûts. »**

(« Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire » - André Grimaldi, Didier Tabuteau, François Bourdillon, Frédéric Pierru, Olivier Lyon-Caen - Odile Jacob - 2011)

Propositions de l'UNSAF

1. Tarif « social » pour les bénéficiaires de la CMU-c et de l'ACS

- Pour la CMU-c, revalorisation à 850 euros par appareil, pour les 2 oreilles. En revanche, augmentation du délai entre 2 prises en charge, de 2 à 4 ans.
- Les bénéficiaires de l'ACS pourraient prétendre aux tarifs CMU-c.

2. Nouvelles modalités de la prise en charge / offre « conventionnée »

- Fusion des 2 sources de prestations légales, LPPR et PCH, au sein de l'Assurance Maladie.
- En alternative aux réseaux, proposition à l'Assurance maladie et à l'Unocam de négocier une offre de qualité à prix fixe, qui pourrait être proposée à côté des prix libres dans une perspective d'accessibilité et de réduction du reste-à-charge. Un consensus devra s'établir entre les prix planchers de certains réseaux et le prix moyen du marché, qui s'établit à 1500 €.

3. Contrôle des conditions d'exercice / publicité / information institutionnelle

- Revoir la convention actuelle datant de 1993 avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et rendre obligatoire pour le remboursement une norme (par exemple celle initiée par l'UNSAF et le Collège avec l'Afnor) sur les services rendus par les audioprothésistes.
- Encadrer la publicité dans le secteur.
- Campagne institutionnelle d'information sur l'importance de l'audition et l'intérêt du dépistage, notamment vers 60 ans.

4. Formation : soutien à la position de l'Académie Nationale de Médecine

- A savoir, « que la création d'écoles d'audioprothèse (...) ne soit pas autorisée ».
« Qu'un numerus clausus de diplômés en audioprothèse soit instauré ».
 - Ajuster progressivement le nombre de professionnels formés aux besoins.
 - Réviser la procédure de reconnaissance des diplômes européens par les DRJSCS
-

Bibliographie

- Rapport HAS, avril 2008 : "Evaluation des appareils électroniques correcteurs de surdité"
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_702730/evaluation-des-appareils-electroniques-correcteurs-de-surdite?xtmc=&xtcr=15
- Rapports Alcimed-CNSA, décembre 2009 : "Les données comparatives européennes"
http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=740
- Etudes EuroTrak 2009 :
http://www.ehima.com/ehima2/eurotrak_2009_france_pr.pdf
http://www.ehima.com/ehima2/eurotrak_2009_uk_pr.pdf
http://www.ehima.com/ehima2/eurotrak_2009_ger_pr.pdf
- Présentation EUHA, octobre 2010 : "EuroTrak 2009 : New survey of the market for hearing aids in Germany, France and the U.K."
http://www.french.hear-it.org/multimedia/euha_eurotrak_oct_2010_final.pdf
- Article Hearing Review, mars 2011 : "EuroTrak I: A Consumer Survey About Hearing Aids in Germany, France, and the UK. First global comparative study of hearing, hearing loss, and hearing aids"
http://www.french.hear-it.org/multimedia/Hearing_Review_EuroTrak_MarHR11_hr1.pdf
- Étude EuroTrak France 2012
- Article Audio Infos : « Le marché de Europe de l'Ouest 2011 vs 2010 » , juillet-août 2012
- Données démographiques Europe
http://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9mographie_de_l'Union_europ%C3%A9enne
- Données démographiques Norvège
http://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9mographie_de_la_Norv%C3%A8ge
- La Revue de Gériatrie, La presbycusie est-elle un facteur de risque de démence ? Etude AcouDem, juin 2007
- Dépêche AFP, La surdité accroîtrait les risques de démence chez les personnes vieillissantes, 15 février 2011
- Archives of Neurology, Hearing Loss and Incident Dementia, 2011;68(2):214-220, Février 2011
- ANSM, "Déficit auditif : statut des appareils correctifs - Point d'information", 29 janvier 2013
<http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Deficit-auditif-statut-des-appareils-correctifs-Point-d-information>
- Académie Nationale de médecine, « Tests de dépistage gratuits et écoles semi-privées d'audioprothèse : la dérive marchande d'un secteur paramédical », Communiqué adopté le 12 février 2013
<http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=27&idLigne=2426>
- Baromètre Santé 2013 Deloitte / Harris Interactive, « Les Français et le système de santé : la prise de conscience », 5 avril 2013
http://www.deloitte-france.fr/publications/20130403_Etude-Sante.pdf