

Actes du Congrès des *Audioprothésistes*

Paris
Carrrousel du Louvre



Des Solutions Puissantes
DES SOLUTIONS PUISSANTES
Pour Un Monde En Mouvement
POUR UN MONDE EN MOUVEMENT



RAYOVAC®

La Pile Auditive La Plus Vendue Au Monde

		<p><i>Recommandée pour les Implants Cochléaires</i></p>	

SOMMAIRE

Mot du Président	P5
Hommage à Paul VEIT	P6

Journée pluridisciplinaire, samedi 22 mars 2003

Implant bilatéral chez l'enfant sourd - Adoracion Juarez Sanchez	P9
------------------------------------------------------------------------	----

Dimanche 23 mars 2003

Responsabilité civile professionnelle des Audioprothésistes - Thierry FARMAN ...	P17
Les systèmes de santé en Europe - Claire BODIN	P33

Lundi 24 mars

Construction de l'Unité spécialisée dans le traitement des acouphènes Philippe LURQUIN	P53
La lutte contre le bruit - Jean-Pierre GUALEZZI	P59



Accueil du Congrès des Audioprothésistes Français 2003.



MOT DU PRESIDENT

Chère consœur, Cher confrère

Vous allez découvrir l'après Congrès 2003, nous espérons que vous apprécierez cette première.

L'objectif est de vous y proposer les temps forts de la manifestation annuelle de la Profession des Audioprothésistes, et que vous puissiez les placer dans votre bibliothèque.

En attendant notre Congrès 2004 les 13, 14 et 15 Mars, toute l'équipe de l'UNSAF vous assure de son confraternel dévouement.

B.AZEMA

HOMMAGE À PAUL VEIT



Fin 2002, a été marqué par la disparition de Monsieur Paul VEIT, un des pères de notre profession, à l'origine de la loi d'exercice, du dépistage et de l'appareillage de l'enfant. Il a accompli un immense travail au quotidien pour que notre profession gagne ses lettres de noblesse.

La profession entière lui rend hommage et lui dédie ce congrès 2003 en un élan de reconnaissance unanime.

Bernard AZEMA.

Licencié de géologie biologie, Paul VEIT exerça d'abord en tant que professeur de Sciences Naturelles. Homme d'un grand savoir et d'une grande culture, il était passionné d'art, de musique et de peinture. Il a même apporté sa collaboration à des émissions télévisées !

C'est dans le cadre de ses activités extraprofessionnelles qu'il a rencontré des personnes atteintes de déficience auditive et s'acharna à les aider dans la résolution de leurs difficultés quotidiennes.

Pour ce faire, il fonda le Laboratoire de Correction Auditive, rue Thérèse à Paris et se mit à *aider ceux qui souffrent de la maladie la plus inhumaine, la surdité et qui n'étant justiciable ni de la copho-chirurgie, ni de la thérapeutique placent leur ultime espoir dans les ressources de la prothèse auditive.*

A cette époque, *les appareils électroniques de correction auditive remplaçaient peu à peu les antiques appareils à charbon et pouvaient être vendus par n'importe qui, n'importe comment et à n'importe qui... Ces ventes "itinérantes" pratiquées sans aucun contrôle, pouvaient facilement donner lieu à des abus, voire à l'arnaque.*

Pour réagir à ces pratiques, *conscient que, selon le vieil adage, "l'union fait la force", j'ai fondé avec deux amis, Joany VAYSSETTE et Pierre ROSSET, en 1959, le Syndicat National des Audioprothésistes néologisme que nous avons forgé pour désigner les professionnels oeuvrant dans le respect d'une éthique, dont nous étions convenus, et avec les moyens propres à garantir aux personnes atteintes de déficience auditive, une efficacité optimale de leur prothèse auditive et la protection de leur audition résiduelle.*

L'appareillage devait être pratiqué dans un local aménagé et équipé à cet effet. Le médecin du patient ayant été, bien entendu, consulté auparavant.

A notre initiative, le Dr LE GALL, ORL, Président de la Commission des affaires sociales, familiales et culturelles de l'Assemblée Nationale avec quatre de ses collègues que nous avons longuement informés et motivés fit enregistrer le 6 octobre 1965 à l'Assemblée nationale une proposition de loi "tendant à la réglementation de la profession d'audioprothésiste".

Elle fut votée en première lecture par l'Assemblée nationale le 24 Juin 1966, et par le Sénat dans sa séance du 15 décembre 1966 où le Professeur Georges PORTMANN, vice-président du Sénat, prit en faveur de la proposition de loi, une part prépondérante aux débats. Après l'aller et retour rituel, elle fut définitivement adoptée le 21 décembre 1966.

La loi n° 67-4 tendant à la réglementation de la profession d'audioprothésiste fut promulguée le 3 janvier 1967.

Parallèlement à ces travaux législatifs, il continua ses recherches avec Suzanne BOREL-MAISONNY et une équipe pluridisciplinaire "Le Sénacle". Dans son laboratoire, accompagné de Geneviève BIZAGUET, ses recherches s'orientèrent vers le dépistage précoce des réactions auditives du nouveau né. Le film traitant de ce sujet et projeté en 1967 lors d'un congrès fit l'événement ! Geneviève BIZAGUET et Paul VEIT démontrèrent comment réaliser ce dépistage et toutes les suites à donner : dépistage systématique, appareillage et éducation précoce, guidance parentale.

La surdité a été l'investissement majeur de sa vie. Il fut très actif et même après sa retraite, il continua à travailler auprès de diverses sociétés scientifiques.

Il fut :

- Membre fondateur du Bureau International d'Audiophonologie (B.I.A.P) association qui regroupe des professionnels de tous pays, de toutes disciplines chargés de la prise en charge de personnes atteintes de surdité mais aussi de tous les troubles qui relèvent de l'audiophonologie.

Il en fut président actif pendant de nombreuses années.

- Membre fondateur du Comité Français d'Audiophonologie (C.O.F.A.P).
- Membre fondateur de l'A.C.F.O.S : Action Connaissance Formation pour la Surdité.
- Membre du Collège National d'Audioprothèse.
- Responsable de la Société Scientifique d'Audioprothèse.
- Administrateur à l'Institut Gustave Bager où son éthique et son professionnalisme furent très appréciés.
- Audioprothésiste dans les classes annexées de la ville de Paris.
- Il publia des centaines d'articles, fut conseiller de nombreux centres et instituts de sourds et manifesta jusqu'à la fin de sa vie sa fidélité et sa générosité envers la Société Centrale des Sourds de France.

Mais il fut aussi très actif dans de nombreuses associations :

- ANPEDA (Association Nationale de Parents d'Enfants Déficients Auditifs).
- UNISDA (Union Nationale pour l'Insertion du Déficiant Auditif).
- NAPEDIDA (Fédération Nationale des Associations de Parents d'Elèves des Instituts de Déficients Auditifs).
- BUCODES (Bureau de Coordination des Associations de Devenus sourds et Malentendants)

Il reçut les Palmes Académiques, la Confédération Mondiale des Sourds lui attribua en 1951 la médaille du Mérite International et il fut élevé au grade de chevalier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur en 1993.

Pour moi, qui l'ai trop peu connu, mais apprécié et aimé, je peux témoigner aussi de la chaleur de son amitié dont il ne s'est jamais départi et de sa grande générosité.

Christine DAGAIN.

Les phrases en italique sont extraites de l'interview que M. Paul VEIT a accordé à Mme Jacqueline LABROUSSE "ECOUTER" (1998).

Accessoires audiologiques de Humanteknik / SMS:
 Idées attractives pour l'automne

RadioLight

Amplificateur FM pour TV/Radio



RadioLight.

Petit, raffiné, élégant:
 le système de transmission
 par FM.

La portée d'environ 80 m
 permet l'écoute de la
 musique sur la terrasse
 ou dans le jardin.
 Simple à utiliser, qualité de
 son parfaite. Chaque canal
 est réglable suivant les
 capacités d'écoute indivi-
 duelles. Existe égale-
 ment en version LR
 avec boucle

magnétique pour
les porteurs de
prothèses audi-
tives.



time flash

lisa time flash
lisa RF time flash
lisa vibro time



Nouveau design!

Les réveils lumineux de la
 série *time flash*. Nouvelles
 fonctions. Nouveau
 design. Renseignez-vous
 dès maintenant.



bTEL. Le nouveau téléphone
 spécial est idéal pour les
 malentendants. Le volume
 sonore élevé se règle facile-
 ment et la qualité acoustique
 est excellente grâce aux
 sons aigus spécialement
 élevés.

Le **bTEL** génère également
 un signal inductif pour les
 porteurs d'appareils auditifs
 munis d'une position »T« ou
 »MT«.

Accessoire livrable: **Combiné**
ossivibrateur, qui transmet le
 son directement à l'oreille
 interne.

Le **bTEL** est également idéal
 dans un environnement
 bruyant pour les personnes
 sans perte auditive.



Nous vous conseillons
 volontiers!

SMS Audio Electronique Sarl

138, Grand'Rue
 68170 RIXHEIM
 Téléphone 03.89.44.14.00
 Télécopie 03.89.44.62.13
 www.humanteknik.com
 sms@audiofr.com

JOURNÉE PLURISDISCIPLINAIRE

Samedi 22 Mars 2003

9

Recherche-Qualité-Satisfaction

IMPLANT BILATERAL CHEZ L'ENFANT SOURD



Adoración Juárez Sánchez – orthophoniste
 directrice de l'école d'intégration préférentielle
 pour enfants déficients auditifs Tres Olivos à Madrid.

L'implantation cochléaire chez l'enfant est en train de reproduire
 la démarche suivie naguère avec les prothèses conventionnelles.

Dans les années 50 et 60 tout un travail s'est alors réalisé en faveur
 d'une adaptation prothétique bilatérale susceptible de redonner aux
 sourds une écoute stéréophonique plus proche de la perception normale
 de l'entendant.

Les excellents résultats obtenus par l'implant cochléaire chez
 le jeune enfant sourd (Manrique et Huarte 2002) ont logiquement poussé
 à la recherche d'une audition encore plus fonctionnelle et, donc,
 d'implanter les deux oreilles pendant la période de plasticité cérébrale
 qui permet précisément d'obtenir ces bons résultats.

Notre population

Le centre d'orthophonie Entender y Hablar et l'école d'intégration
 "Tres Olivos" suivent actuellement 63 enfants présentant une déficience
 auditive sévère ou profonde, dont 29 sont équipés de prothèses conven-
 tionnelles numériques et 34 d'implants cochléaires.

De ces 34 enfants, 13 sont actuellement implantés de manière bilatérale.
 Jusqu'à présent, il s'agit toujours d'implantation successive :
 il n'existe pas à ma connaissance d'expérience d'implantation simultanée.

La perte moyenne des enfants implantés se situe à 103 dB lors du 1^{er} implant et à 104 dB lors du deuxième.

L'âge moyen des enfants lors de la première implantation était de 35 mois (15 mois pour le plus jeune, 78 pour le plus âgé).

La période moyenne entre les deux implantations est de 35 mois (entre des extrêmes de 16 et de 72 mois).

Il est important de souligner que parmi ces 13 enfants, 8 présentent différents troubles associés : trois d'entre eux ont été identifiés comme présentant une forme de dyspraxie verbale et trois autres des troubles phonologiques non liés à la déficience auditive.

Ces enfants, avant l'implant, présentaient de sérieuses difficultés d'accès à une parole intelligible.

Deux autres enfants ont une amblyopie importante qui rendait difficile l'usage de la voie visuelle (pour les signes, la lecture labiale ou le LPC). C'est un point sur lequel nous avons beaucoup insisté lors de l'élaboration des protocoles de sélection en Espagne qui, au début, rejetaient les candidats présentant des troubles associés à la surdité.

Ce sont précisément ces enfants qui vont obtenir un meilleur bénéfice relatif de l'implant parce que leur handicap associé, cognitif, perceptif ou comportemental, les empêche souvent de bénéficier des systèmes de compensation que nous proposons habituellement aux enfants sourds, toujours basé sur un sens (la vision) qui exige de l'attention volontaire et de l'élaboration consciente et analytique.

38% des enfants implantés ont continué à porter leur prothèse conventionnelle sur l'oreille non implantée pendant la période intermédiaire. Cette différence est en réalité le résultat assez aléatoire des différentes indications faites par les équipes d'implantation : c'est une donnée que nous désirons désormais contrôler de plus près.

Il est significatif que, pour le deuxième implant, la plupart des parents ont fait la demande à la même équipe médicale que pour le premier alors qu'il pouvait en changer, ce qui indique leur niveau de confiance et de satisfaction.

L'entraînement auditif

Les aptitudes perceptives acquises avec le premier implant ne se transmettent pas automatiquement sur le second : il faut à nouveau développer tout un travail d'entraînement spécifique qui dure plusieurs mois avant d'obtenir des résultats équivalents.

Cela pose d'ailleurs certains problèmes de type psychologique et pédagogique.

- a) pour entraîner la deuxième oreille implantée, il faut enlever ou éteindre le premier implant et cela entraîne certaines difficultés : la plupart des enfants refusent de le faire ou se montre très angoissés de "ne plus entendre" ou "de ne plus comprendre". Il faut donc beaucoup de doigté et de précautions pour proposer aux enfants des temps de travail très courts sur des tâches qui soient très simples au début pour leur inspirer confiance. La vitesse d'apprentissage est très variable d'un enfant à l'autre, pouvant aller de quelques semaines à plusieurs mois.
- b) Nous avons eu quelques difficultés avec certaines pratiques proposées par les équipes de programmation qui ont trop souvent tendance à ne voir l'enfant que dans sa dimension auditive : on nous a proposé parfois de réduire le programme du premier implant pour "obliger" en quelque sorte l'enfant à se servir du deuxième. Cela nous a semblé tout à fait contre-indiqué pour des raisons psychologiques chez un enfant et une famille déjà lourdement affectés par une opération chirurgicale et toutes ses séquelles. C'est d'autant moins logique, d'autre part, du fait que la programmation du premier implant, même réduite, reste plus efficace que celle du second.
- c) La progression et le rythme de la programmation restent encore très empiriques parce que les différences individuelles restent très importantes : une collaboration très étroite est donc nécessaire entre l'équipe de programmation et les personnes qui prennent en charge l'enfant sur le plan éducatif.

La série est évidemment trop limitée pour pouvoir extraire des résultats statistiques ; néanmoins, l'on peut en dériver certaines constatations :

- Il faut un certain temps pour arriver à l'équivalence des résultats
- Le temps de réhabilitation est sensiblement plus court que celui que nous avons observé pour le premier implant
- Ce temps est variable et il semble qu'il soit en rapport avec l'âge de l'enfant au moment de la deuxième implantation, ce qui reproduirait le même phénomène que pour la première implantation pour laquelle il est maintenant bien connu que les progrès sont d'autant plus rapides que l'enfant est jeune.
- Il semble que le temps que met le deuxième implant pour atteindre un niveau équivalent au premier est plus court chez les enfants qui ont continué à porter une prothèse à l'oreille non implantée. De toute évidence il nous faudra beaucoup plus de cas pour pouvoir fournir des statistiques à ce sujet.

Il nous est difficile pour le moment d'apprécier un effet cumulatif de l'utilisation des deux implants, d'autant plus que plusieurs enfants ont déjà des résultats optima avec le premier.

Au niveau clinique, nous avons tout de même observé certaines conséquences chez certains enfants au niveau de la qualité de parole ou de la répétition de mots nouveaux.

Il nous arrive la même chose en ce qui concerne l'avantage de la double implantation au niveau de l'orientation spatiale (l'identification spatiale de la source sonore est présente dès que le deuxième implant commence à être partiellement efficace pour la reconnaissance de la parole). À ce propos, il faut dire que, quand on analyse l'évolution d'enfants en période de développement des apprentissages, il est bien sûr toujours difficile d'isoler l'impact d'un seul élément sur l'ensemble des progrès.

Les résultats

Il est encore trop tôt pour parler de résultats différentiels entre le port d'un seul implant et celui d'une implantation bilatérale. Nous pouvons apporter quelques données sur le processus **d'équiperation** des deux implants.

Au bout de trois mois, l'on peut voir que la plupart des enfants atteignent le niveau 4 du test ESP de perception de la parole qui correspond à l'identification **consistante** de mots, en série fermées, sans appui visuel.

Le tableau suivant reprend les résultats au test en série ouverte de mots bisyllabiques et compare les résultats du deuxième implant par rapport au premier en tenant compte du temps écoulé entre le 1° et le 2° I.C.

Age	Nombre	1° I.C.	2° I.C.	Les deux	Temps écoulé
5 ans	Pablo N.	80%	50%	100%	12 mois
6 ans	Paula A.	100%	25%	100%	2 mois
		65%	45%	95%	8 mois
7 ans	Roberto M.	95%	15%	90%	4 mois
10 ans	Guillermo S.	80%	30%	80%	6 mois
11 ans	Eduardo L.D.J.	90%	50%	90%	6 mois
		70%	70%	100%	10 mois
4 ans	Gonzalo G.	100%	30%		4 mois
		100%	85%		8 mois
4 ans	Alejandro M.	80%	10%		2 mois
4 ans	Andrea S.	85%	75%	85%	2 mois
		90%	95%	95%	4 mois
3 ans	Marina T.	80%	50%	80%	4 mois
		100%	100%	100%	6 mois
6 ans	Paco E.	100%	30%	100%	3 mois
		100%	55%	100%	3 mois
10 ans	Bruno T.	100%	0%	100%	6 mois

Il faudra sans doute attendre quelques mois pour pouvoir faire passer à ces enfants des épreuves objectives susceptibles de rendre compte de ces possibles avantages, comme par exemple la reconnaissance de la parole dans le bruit, un aspect que l'on a toujours signalé comme avantage par l'écoute binaurale.

Autres considérations

Une double implantation pose certains problèmes de type pratique : il est certain qu'elle double les risques chirurgicaux et les frais d'entretien des appareils (piles, réparations...). Il est vrai aussi qu'elle a l'avantage que, même en cas de panne, l'enfant dispose au moins d'un implant, ce qui réduit ces périodes de non-écoute, souvent très mal vécues par des enfants qui sont habitués à comprendre surtout par l'audition et qui redeviennent soudain sourds et isolés quand ils ne disposent pas de leur implant.

Conclusions

Il est encore trop tôt pour savoir si les avantages d'une implantation bilatérale surpassent les possibles inconvénients mais il est vrai aussi qu'il est nécessaire d'analyser une population suffisante d'enfants pour pouvoir répondre à ces questions. Pour le moment, les résultats semblent positifs mais doivent encore être confirmés à plus long terme.

Il nous semble déjà nécessaire cependant d'insister auprès des équipes d'implantation et des familles sur l'importance de maintenir la prothèse sur l'oreille non implantée même si celle-ci ne donne pas à l'enfant le niveau d'audition fonctionnelle qui représente bien sûr l'objectif de tous nos efforts.

BIBLIOGRAPHIE

Júarez A. et Monfort M., Savoir dire : un savoir-faire : (2003) Madrid enthaediciones. Orhoeditions.

Manrique M. et Huarte A. Implants cocléaires (2002) : Barcelone. Masson.

Monfort M. et Juárez A. Registre phonologique (1990) Madrid. CEPE.

Tyleer R, Parkinson A, Wilson B, et al. Binaural cochlear implants and hearings aids : speech perception and localization. Communication au "6th international Cochlear Conference" Miami, U.S.A. fevrier 2000.

Van Hoesel RJM, Clark GM. Psychophysical studies with two binaural cochlear implant subjects. Journal of the Acoustical Society of America 1997; 102 : 495-507.

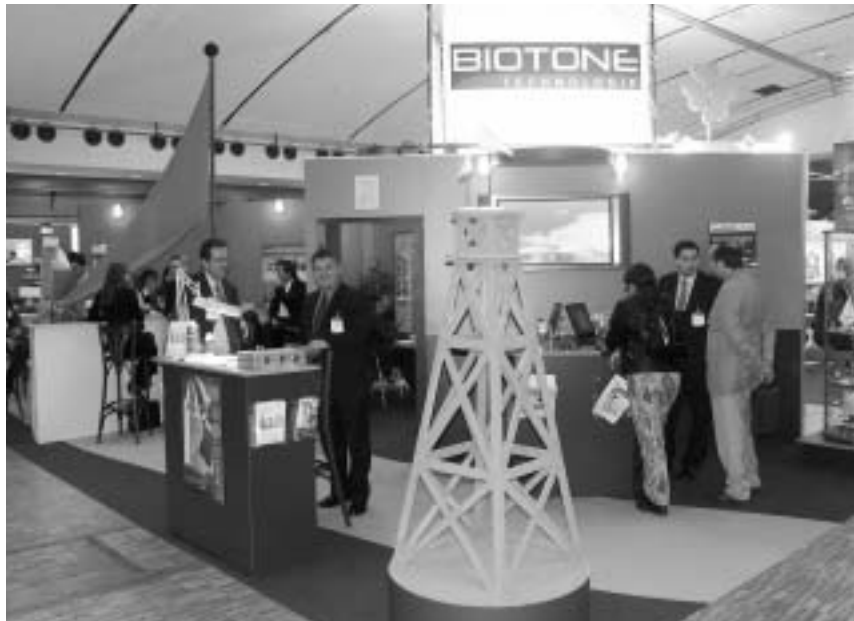
Villalba A. El implante coclear precoz ¿Qué se puede esperar de él? ¿Cómo valorar su aportación? Conference Séminaire IX Programa SAAF Novembre 2002 Madrid. Revue : Fiapas N° 89/90 décembre/fevrier 2003.



Inauguration Officielle avec la présence de Monsieur Alain MORGON, Président d'honneur du congrès et Bernard AZEMA, Président de L'UNSAF.



Salon des Audioprothésistes.



Stand Biotone.



Stand Varta-Rayovac.

RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE DES AUDIOPROTHESISTES



Docteur Thierry FARMAN
Médecin coordinateur – MACSF – SOU MEDICAL

Le thème peu souriant de la responsabilité civile professionnelle m'incite à vous remercier très vivement de m'accueillir parmi vous aujourd'hui. L'audioprothésiste, jusqu'à présent, n'est que rarement confronté à la réclamation d'un patient. Néanmoins, l'évolution récente de la jurisprudence, reflet des aspirations de notre société, mieux informée et de plus en plus exigeante, mais qui amalgame très souvent l'obligation de moyens, seule exigible, à celle utopique de résultats, mérite peut-être vos réflexions et les nôtres.

L'audioprothésiste, professionnel de la santé,

est né en 1967, selon le Code de la Santé Publique⁽¹⁾, qui en a ainsi défini la mission : "est considérée comme exerçant la profession d'audioprothésiste, toute personne qui procède à l'appareillage des déficients de l'ouïe".

1°) Les étapes chronologiques de cet acte de soins, très complet, sont ainsi rappelées :

- Le choix de la prothèse
- L'adaptation au patient
- La délivrance de l'appareillage
- Le contrôle d'efficacité immédiat et *permanent*
- L'éducation à la prothèse du déficient auditif.

Si ces trois conditions ne sont pas réunies, il n'y a théoriquement pas de possibilité d'indemnisation pour la victime.

La faute.

L'arrêt de la Cour de Cassation de 1936, dit arrêt Mercier, en a défini les caractéristiques : le médecin (et donc tout professionnel de la santé), doit à son patient des soins consciencieux, attentifs, conformes aux données actuelles de la science⁽²⁾.

Le dommage.

C'est, nous concernant, et au tout premier plan, un dommage corporel, c'est-à-dire une atteinte à l'intégrité physiologique, qu'elle soit temporaire ou permanente.

Le **dommage temporaire**. Beaucoup de dommages médicaux vont, à la suite d'un traitement de durée variable, évoluer vers la guérison. Il prend en considération les soins, les hospitalisations, les éventuelles interventions chirurgicales, la période d'incapacité ou d'inactivité qui en résulte.

Les **souffrances endurées**, terme de droit qui intègre la souffrance à la fois dans son intensité et sa durée jusqu'à la date de stabilisation, sont définies dans une échelle à 7/7^{es} ⁽³⁾ (les troubles dans les conditions d'existence, qui traduisent jusqu'à la consolidation, indépendamment de la notion de douleurs, les contraintes physiques ou psychologiques liées aux obligations de soins...).

⁽²⁾ ce qui signifie "acquises au moment des faits reprochés". Cette précision est due au fait que, jusqu'à la loi de santé publique du 4 mars 2002, un patient pouvait rechercher la responsabilité d'un professionnel de la santé pendant 30 ans, s'agissant d'un majeur, et pendant les 30 années qui suivaient l'âge de la majorité s'il s'agissait d'un dommage créé à un enfant.

⁽³⁾ A titre d'exemple, une contusion est cotée 1/7^e, un grand brûlé à 7/7^{es}.

2°) Tout comme le sont ses limites :

- La délivrance est soumise à la **prescription médicale préalable et obligatoire** du port d'un appareil *après* examen otologique et audiométrique tonal et vocal...
- Pour être audioprothésiste il faut être titulaire d'un diplôme d'Etat ou d'une équivalence (dans certains cas d'une dérogation), disposer d'un local professionnel et être inscrit régulièrement dans son département.

Les modalités d'exercice

- 1^{re} visite : approche du patient (antécédents, mode de vie sociale et culturelle, examen otoscopique donc bilan clinique réel, prise d'empreintes),
- 2^e visite : adaptation de la prothèse et éducation à son utilisation,
- 3^e visite : vérification à 7 jours, adaptation
- Vérifications aux 3^e, 6^e, 12^e mois puis deux fois par an.

Les premiers contrôles sont extrêmement réguliers environ "deux fois par an", ils n'ont pas de limite clairement définie.

Il s'agit donc d'une prise en charge extraordinairement prolongée dans le temps, extrêmement variée puisqu'elle comporte un aspect clinique, un aspect pratique, des obligations pédagogiques et de conseils, le tout au sein d'une équipe du fait du lien obligatoire avec le médecin O.R.L. prescripteur à l'origine de l'appareillage.

LES PRINCIPES DE LA RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE DE LAUDIOPROTHESISTE.

Il s'agit d'une responsabilité contractuelle. Trois conditions sont en principe nécessaires et toujours suffisantes pour engager la responsabilité civile du professionnel de la santé :

- Le patient doit avoir subi un dommage,
- Le professionnel doit avoir commis une faute,
- Il doit exister un lien direct, certain et exclusif entre le dommage et la faute.

Le **dommage permanent**. Au terme de cette période de soins, on aboutit à cette notion juridique typiquement française de **consolidation**. C'est la situation à partir de laquelle l'état résiduel n'est plus susceptible d'évolution de façon significative et prévisible. Les traitements, s'ils sont nécessaires, sont des traitements d'entretien.

L'incapacité Permanente Partielle mesure, en pourcentage, référence faite à un barème cartésien, mathématique, un taux de déficit physiologique.

Par exemple, et dans votre spécialité, la cophose unilatérale va se traduire par une Incapacité Permanente Partielle de l'ordre de 15%, tandis que la perte de la vision d'un œil serait par exemple évaluée aux alentours de 25% et la perte d'un membre aux alentours de 60%.

Le préjudice esthétique correspond aux disgrâces physiques résiduelles, défiguration, cicatrices, boiterie, nécessité d'un appareillage visible, etc. Par exemple, le port d'une prothèse auditive peut être considéré comme un préjudice esthétique malgré les progrès dans l'adaptation de prothèses quasi invisibles. L'échelle est également cotée de 1 à 7/7^{es}.

Le préjudice d'agrément recouvre les troubles dans les activités de loisirs (sport, musique, etc.) Il doit être décrit mais non chiffré.

Le préjudice sexuel correspond à des notions diverses (troubles de la fécondité, du plaisir, etc.)

Le préjudice professionnel traduit la répercussion du handicap sur la reprise de l'activité professionnelle, sans proportionnalité constante. Par exemple, un pilote de ligne, qui conserverait des suites d'une affection otologique, des troubles intermittents de l'équilibre, se verrait reconnaître une I.P.P de 5 à 10 % sur le plan physiologique, alors que le préjudice professionnel serait à peu près total.

La tierce personne intervient dans le cadre de séquelles très lourdes où le patient a besoin d'une aide extérieure, à temps partiel ou à temps plein pour effectuer les gestes élémentaires de sa vie quotidienne.

Le remboursement des soins est pris en charge par les organismes sociaux. Devant tout accident fautif médical ou paramédical, les organismes sociaux sont fondés par la loi à réclamer la prise en charge de tous les soins qui visent à remédier à l'état de santé de la victime ...

Il peut s'agir **d'un dommage matériel**. Nos sociétaires remboursent, chaque année, bon nombre de prothèses auditives laissées en place pour des interventions réalisées en chirurgie ambulatoire, volontairement pour un meilleur contact oral avec le patient, ou par oubli.

Les liquides d'asepsie sont donc parfois des alliés des fabricants de prothèse. A ce propos, je laisse à votre réflexion l'intérêt de la rédaction d'une fiche qui signalerait les risques :

- de détérioration du matériel,
- de iatrogénicité de ce matériel selon l'utilisation qui en est faite ...

Toujours à ce propos, j'ai cru lire dans les recommandations des fabricants de téléphones portables, l'incitation à la prudence de l'utilisateur dès lors qu'il est porteur d'une prothèse auditive. Je n'ai pas le sentiment d'en avoir lu autant ...en sens inverse...

Fort heureusement les réclamations pour dommage corporel restent limitées dans votre profession.

Très classiquement, il s'agit des traumatismes, des brûlures du conduit auditif externe lors de l'examen otoscopique lui-même ou de la prise d'empreintes. Parfois, d'une gravité plus significative : l'extirpation d'un drain transtympanique (yoyo) lors d'une prise d'empreintes, par exemple.

La responsabilité de l'audioprothésiste est certaine puisque l'interrogatoire du patient ou de sa famille aurait dû révéler sa présence qui ne devait pas échapper à l'examen otoscopique bien conduit. S'il s'agissait d'un drain posé récemment, le praticien peut décider de l'opportunité de sa remise en place, ce qui implique un nouveau geste chirurgical complété d'un geste anesthésique avec ses risques propres.

- Les **Souffrances endurées** pourront atteindre 4/7èmes .
 - Le **préjudice d'agrément** est significatif, c'est toute une vie gâchée.
 - Il est possible que cette patiente ait besoin de l'assistance d'une **tierce-personne**, pour certains actes de la vie courante et il est probable qu'elle ne puisse pas reprendre d'activité professionnelle...
- En l'absence d'un état antérieur témoignant d'une fragilité vestibulaire ou d'une atteinte auditive préexistante, le lien entre cette posologie inadéquate et le dommage corporel est direct, certain et exclusif...

Reste à discuter de la responsabilité des différents acteurs :

Le **médecin** a fait la bonne prescription au départ. Il a validé la modification du pharmacien mais il a eu probablement tort de ne pas attirer l'attention de ce dernier sur le changement de posologie qui s'imposait.

Le **pharmacien** a une responsabilité plus lourde. Il doit maîtriser parfaitement l'indication et la posologie des drogues qu'il délivre. Il a en outre le devoir, dès lors qu'il modifie la prescription, de la réécrire en toutes lettres.

Mais **l'infirmière** a un diplôme qui fixe très clairement l'étendue de ses compétences. Elle ne doit pas administrer un produit dont elle ne connaît pas exactement les caractéristiques. Même si cela vous paraît injuste, en fin de compte, c'est probablement sa responsabilité qui sera au devant de la scène.

C'est dire que dans certaines situations, la responsabilité de l'audioprothésiste pourrait être recherchée pour ne pas avoir attiré l'attention du praticien, devant une prescription inadéquate ...

Le lien entre le dommage et la faute du professionnel peut parfois n'être que partiel. C'est la notion de perte de chance à laquelle nous sommes régulièrement confrontés. Un exemple proche de votre spécialité peut vous intéresser : prescription par un ORL, devant une presbycusie, d'une prothèse externe, avec diagnostic ultérieur retardé d'un neurinome, faute d'un bilan préalable suffisant. Le patient pourra se plaindre d'une perte de chance à une intervention moins lourde dans sa nature et dans ses conséquences. L'appréciation de cette perte de chance sera de l'autorité souveraine du Juge.

L'imputabilité, ici, directe, certaine et exclusive, peut être parfois plus discutable.

- Au décours d'un examen otoscopique ou d'une prise d'empreintes, le patient se plaint, par exemple, d'une infection voire d'une perforation tympanique. Au fil de l'expertise, la reconstitution minutieuse des faits va parfois révéler qu'il y avait une infection latente ou qu'il s'agissait d'une perforation masquée, simplement extériorisée à l'occasion des soins. Le lien de causalité existe certes, mais il est indirect et non exclusif. Vous n'avez commis aucune faute mais, et j'insiste sur ce plan, votre innocence ne pourra être démontrée, rétrospectivement, que sur **la traçabilité du dossier que vous aurez constitué**. Par exemple, si vous avez indiqué à l'occasion de l'examen, que le tympan n'était pas parfait, qu'il y avait un écoulement et que vous avez conseillé une consultation.

La responsabilité conjointe.

N'oublions pas que vous exercez votre art, en équipe, avec un praticien. Pour illustrer cette situation, je voudrais vous exposer un exemple, je l'espère éloquent.

Une patiente présente une infection urinaire. Le médecin prescrit de façon adéquate, après antibiogramme, de la Nétromicine®. Le pharmacien téléphone pour rupture de stock au médecin et obtient l'autorisation de ce dernier de la remplacer par de la Gentamicine®. La posologie, qui devrait être réduite de moitié, ne l'est pas. L'infirmière diplômée d'Etat réalise les injections prescrites pendant 5 jours.

Au 5^{ème} jour, la patiente est hospitalisée en urgence pendant 15 jours pour un syndrome de destruction vestibulaire bilatéral définitif, donc sans compensation possible, avec des troubles de l'audition. C'est un dommage très sévère. A titre de prévision :

- L'**Incapacité Temporaire Totale** pourra s'étendre sur 6 mois.
- L'**Incapacité Permanente Partielle** pourra se situer entre 25 et 35 %.

Dans une affaire récente, de même nature, l'ORL avait prescrit un appareillage externe et l'audioprothésiste, au cours de la surveillance régulière du patient inscrite dans les textes, s'était aperçu sur une durée d'environ trois ans, d'une perte auditive le conduisant à des réajustements sans solliciter l'avis du praticien. A ce terme, révélation d'un neurinome. Si votre dossier ne permet pas de montrer que les audiogrammes successifs étaient stables, ou que leur modification vous a incité à conseiller une consultation, votre responsabilité conjointe pour perte de chance peut très bien s'envisager, *d'où l'exigence légitime d'une parfaite traçabilité de votre prise en charge thérapeutique.*

L'obligation d'information.

Elle n'est, certes, pas nouvelle puisque c'est en 1951, je crois, que la cour de Cassation a imposé au praticien de donner à son patient une information claire, loyale, intelligible.

Jusqu'en février 1997, le patient devait rapporter la preuve de ce défaut d'information.

L'arrêt de la cour de Cassation du 25/02/1997 impose au professionnel de la santé la preuve de l'information qu'il a donnée et du consentement éclairé du patient aux actes proposés.

La preuve.

Un document écrit et signé du patient, preuve théoriquement absolue mais de nature à nuire à la relation de confiance, corollaire indispensable de la qualité des soins, n'est sûrement pas la panacée.

La présomption d'une information suffisante peut reposer sur des éléments "sérieux, précis, concordants" *constitués dans le dossier par la trace originale de rendez-vous répétés, des indications données et des réactions ou hésitations du patient.* Est-il besoin de préciser que ce dossier ne doit pas avoir été reconstitué, de mémoire, à la veille d'une audience judiciaire.

Ce chapitre, désormais très important de la responsabilité, peut vous paraître très accessoire. A mon avis, il n'en est rien.

Dans la hiérarchie de sa prise en charge, l'audioprothésiste peut voir sa responsabilité engagée pour le conseil qu'il aura donné d'une technique invasive. Par exemple, l'incitation à la mise en place d'un implant d'oreille moyenne ou à une prothèse auditive à ancrage osseux, en cas d'échec, en cas de complication iatrogène de la chirurgie, paralysie faciale ou accident vasculaire peut vous concerner.

Votre dossier, et lui seul, pourra rapporter la preuve d'un discours mesuré, explicatif, répété, rapportant les avantages, les risques et les inconvénients de la technique.

A ce propos, je livre à votre appréciation, une affaire qui me vient en mémoire : dans les années 1995, un médecin adresse à un chirurgien une patiente âgée d'une trentaine d'années pour un kyste liquidien de l'ovaire, d'allure bénigne, connu depuis trois mois et qui n'a fait l'objet d'aucun traitement médical d'épreuve. Il recommande une intervention chirurgicale coelio-assistée à l'occasion de laquelle le chirurgien réalisera une plaie vasculaire grave, heureusement traitée de façon pertinente, mais qui laissera persister quelques séquelles. Il s'agissait, à l'époque des faits, d'un accident de la coelio-chirurgie pelvienne considéré comme aléatoire, sans faute directe de l'opérateur. L'aléa était connu comme susceptible de se produire dans près de 3% des cas. La responsabilité du chirurgien fut retenue, non pas pour l'accident lui-même, mais pour ne pas en avoir révélé la possibilité à sa patiente préalablement.

Mais le médecin traitant, pour la même raison, dès lors qu'il avait conseillé l'opération, a vu sa responsabilité engagée solidairement...

En aval de la loi du 4 mars 2002, le décret d'application du 29 avril 2002 définit tout à fait clairement l'exigence de la constitution d'un dossier dans tous les établissements publics et privés. Il en précise les éléments minimums exigibles. Il est clair que cette obligation concerne chacun d'entre nous, même s'il n'est pas nommément identifié, dès lors que la loi prévoit également l'accès à tout moment du patient à l'ensemble des informations détenues dans le dossier du professionnel, et l'obligation pour ce dernier d'être le garant absolu de la confidentialité de ces informations, quel qu'en soit le support (la protection informatique des données à caractère médical fait l'objet d'une étude au niveau européen).

La responsabilité pénale.

J'avais pensé limiter notre conversation au thème de la responsabilité civile, mais je vais, comme vous me le demandez, tacher de vous dire quelques mots aussi de la ***responsabilité pénale***.

Elle concerne bien sûr tous les citoyens.

Elle n'a pas pour finalité d'indemniser la victime mais de sanctionner le fauteur.

Au pénal, la gravité de la faute compte plus que le préjudice induit par la faute.

Une infraction prévue par un texte doit avoir été commise.

La prescription au pénal est de 10 ans pour les crimes et de 3 ans pour les délits.

L'assurance de responsabilité prend en charge les frais de procédure et d'avocat mais bien sûr pas l'éventuelle sanction retenue à l'encontre du praticien.

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

Impossible, bien sûr, de ne pas vous en dire quelques mots, dans ce vaste tour d'horizon, puisque cette loi, attendue, concerne tous les professionnels de santé dont vous faites bien sûr partie.

Dans un premier survol approximatif, je vois quelques points qui devraient susciter votre intérêt.

Au chapitre 2 "des risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé" section 1 (principes généraux), l'article L 1142-2 créé l'obligation d'assurance de responsabilité civile pour tous les professionnels.

En cas de défaillance, une amende de 45 000 euros peut être assortie d'une interdiction d'exercice de la profession.

Un corollaire essentiel est l'obligation d'assurance par l'employeur, dès lors que le professionnel de santé est salarié.

Cette obligation absolue, dont la date d'effet était du 1^{er} janvier 2003, a été repoussée par la loi 2002-1577 du 30 décembre 2002 au 1^{er} janvier 2004.

Je vous rappelle qu'en l'absence d'assurance, le professionnel de la santé peut être condamné sur ses deniers personnels, c'est à dire sur son patrimoine, à indemniser le dommage qu'il aura créé, si sa responsabilité est reconnue.

L'action en responsabilité civile se prescrit désormais à 10 ans de la date de consolidation du dommage. Avant cette loi, le délai était de 30 ans et j'insiste sur le fait que la notion de ***consolidation***⁽⁴⁾ peut donner matière à beaucoup d'interprétations divergentes et que le délai se trouve considérablement allongé dès lors que le dommage intéresse un enfant, cette prescription de 10 ans ne débutant qu'à partir du moment où il est âgé de 18 ans, âge de la majorité légale, ... et de la prise de conscience du dommage qu'il a pu subir.

⁽⁴⁾ Moment à partir duquel la maladie n'évolue plus et les séquelles sont stabilisées.

Je vous précise qu'il n'est peut-être pas inutile de rappeler que l'audioprothésiste n'a pas le droit de divulguer un diagnostic et pas non plus le droit d'établir un certificat descriptif, même à l'intention de son patient.

Il ne peut, si la demande lui en est faite par ce dernier, qu'établir un relevé des dates de rendez-vous. Pour toute information clinique ou médicale, il doit en référer au praticien.

Devant le juge, civil ou pénal, le secret n'est pas opposable.

Un commissaire de police, sur instruction, peut saisir votre dossier et vous convoquer pour interrogatoire. Vous avez alors le devoir de vous y présenter en précisant à cette occasion que vous ne répondrez qu'aux questions posées par un médecin expert désigné par le juge. Des réponses directes seraient constitutives d'une violation du secret.

Et ceci concerne, nous l'avons déjà dit, les informations à caractère personnel détenues dans vos laboratoires, sous quelle que forme que ce soit : vous en êtes le garant absolu, et l'obligation vous est faite de former et d'en informer vos éventuels collaborateurs salariés.

A ce propos, il n'est peut-être pas inutile de rappeler que les nouvelles dispositions de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté) qui sont susceptibles d'entrer en vigueur prochainement, stipulent que tout fichier informatique doit être déclaré, ce qui était déjà le cas, mais qu'il doit recevoir un accord, ce qui est nouveau.

Quelques infractions susceptibles de concerner les professionnels de la santé.

L'atteinte volontaire à la vie et à l'intégrité physique ne me paraît pas susceptible de vous concerner.

L'atteinte involontaire à la vie ou à l'intégrité physique peut éventuellement être un sujet plus sensible : une perforation tympanique, comme nous l'avons évoquée tout à l'heure, pourrait être assimilée à des coups et blessures involontaires.

La mise en danger délibérée d'autrui : la responsabilité pénale d'un audioprothésiste pourrait se voir recherchée s'il était démontré qu'il avait pris conscience d'une pathologie grave, évolutive, chez un patient qu'il n'aurait pas pour autant orienté vers des soins ou avis adéquats. Ceci, bien sûr, dans les limites de sa compétence.

Par exemple, la constatation, sans réaction, d'un état otologique infectieux sévère accompagné de signes généraux faisant redouter des complications. Notons au passage que cette responsabilité pénale a été un peu adoucie en cas de responsabilité indirecte, dès lors qu'elle ajoute à la notion de violation d'obligation particulière ou de sécurité, l'adjectif "délibéré".

La violation du secret professionnel, secret dont le principe est renforcé par la loi du 4 mars 2002, expose dans tous les cas son auteur à de lourdes peines (amende et emprisonnement).

Il ne concerne pas, bien sûr, la relation entre différents professionnels qui concourent à la thérapeutique d'un même patient (ORL, audioprothésiste). Il ne concerne plus le patient mais il s'impose vis à vis de tout autre tiers.

QUESTIONS / RÉPONSES

Question : Nous n'avons pas de corps d'experts. A qui l'assureur fait-il appel lorsqu'il nomme un expert ?

Réponse : Nous ne connaissons pas d'expert audioprothésiste. Nous faisons appel à un praticien ORL régulièrement inscrit en qualité d'expert judiciaire auprès d'une Cour d'Appel. Il est sûrement souhaitable que votre profession, sur ce plan, s'organise.

Témoignage : Il y a 1 expert en France. Le syndicat a fait une demande auprès du Ministère de la Santé pour la création d'un corps d'experts nommés sur titres et travaux.

Les audioprothésistes seront prochainement la première profession de santé de France à pouvoir disposer d'un code de déontologie européen. L'obligation de confidentialité pourrait être mentionnée dans le contrat de travail d'un salarié.

Réponse : C'est déjà la règle en la matière dans beaucoup de disciplines.

Question : L'audioprothésiste diplômé est-il seul habilité à faire une prise d'empreintes ? Un employé non audioprothésiste peut-il le faire ?

Réponse : La prise d'empreintes fait partie des diligences et de la compétence de l'audioprothésiste. En confier la responsabilité à un tiers, dont la compétence n'est pas validée, va nécessairement renforcer la notion de faute et de responsabilité dès lors qu'il y aura un dommage. La responsabilité civile est celle de l'audioprothésiste qui a ainsi délégué à tort sa compétence. L'assureur, non informé, pourrait discuter de sa garantie devant un acte contraire au règlement.

Témoignage : Les empreintes pour les bouchons anti-bruit ou anti-eau se font sans prescription médicale. Les audioprothésistes peuvent-ils les réaliser ? C'est un vœu du Syndicat national et du Collège National.

Réponse : Le diplôme valide en tout point la compétence de l'audioprothésiste pour la prise d'une empreinte. C'est la délivrance de la prothèse qui est soumise à la prescription d'un ORL.

Témoignage : Pour revenir au rôle de l'audioprothésiste et à l'obligation de prescription médicale préalable, l'audioprothésiste a l'obligation absolue de refaire les examens audiométriques. L'ORL pose le diagnostic, l'audioprothésiste fait un bilan clinique. Nous serions en faute si nous ne nous fondions que sur le bilan de l'ORL. Nous recommandons une vidéo-otoscopie du tympan et des conduits auditifs du tympan avant et après moulage dont les images seront archivées en plus des observations "papier".

Question : Les audioprothésistes peuvent être maîtres de stage. Les stagiaires doivent-ils être couverts en responsabilité civile ? Si le stagiaire fait une prise d'empreintes, qui est responsable en cas de dommage ?

Réponse : Les étudiants seront garantis par la responsabilité civile de l'audioprothésiste dès lors que celui-ci les aura prudemment déclarés à sa société d'assurance.

Question : La prise d'empreintes reste l'acte le plus problématique. Que dire de la nécessité du micro nettoyage du conduit auditif pour la prise d'empreintes, susceptible d'entraîner une petite blessure, puis une otite externe ?

Réponse : Tout à fait clairement, une prise d'empreintes ne peut pas être pertinente dans un conduit auditif qui contient du cérumen. Le micro nettoyage du conduit auditif, au préalable indispensable, est donc de votre compétence. Vous pouvez et devez le faire si nécessaire. La survenue, à cette occasion, d'un incident ou accident, blessure ou otite, sera analysée quant à son mécanisme et garantie par votre assurance.

L'exemple d'une otite externe voire moyenne appelle la réflexion.

En matière d'infection nosocomiale, la loi du 4 mars consacre la responsabilité, même sans faute, de l'établissement de soins dès lors que l'imputabilité de l'infection est démontrée (en l'absence d'une cause étrangère).

S'agissant des professionnels eux-mêmes, la responsabilité reste fondée sur le principe de la faute.

La traçabilité (revenons-y), des précautions que vous aurez prises et des bonnes conditions d'asepsie parfaitement respectées, vous en dégagera. Sauf à rapporter la preuve, aujourd'hui non établie, que vos laboratoires sont assimilables à des établissements de santé.

Question non posée : Que faire devant la constatation ou la suspicion d'une complication liée aux actes de l'audioprothésiste ?

Réponse : La loi impose d'informer le patient de toute complication d'un acte à caractère médical ou para-médical. La prudence est de le déclarer immédiatement à son assureur pour qu'il vous aide à la reconstitution des faits, à l'élaboration d'un dossier qui permettra au mieux d'assurer votre défense.



SMS Audio Electronique.

LES SYSTEMES DE SANTE EN EUROPE



Claire BODIN

Consultante à la compagnie d'assurance GROUPAMA.

Je suis à la fois très honorée et très intéressée d'être accueillie parmi vous et d'avoir pu faire plus ample connaissance avec votre profession.

En préalable quelques précisions pour cadrer ce sujet.

"Systèmes de santé" signifie à la fois *les systèmes de soins*, c'est-à-dire la manière dont on soigne en Europe, et aussi les systèmes de *prise en charge financière*.

Que recouvre le terme **"Europe"** ? je broserai pour vous un tableau transversal de la santé des européens et des systèmes de financement, en ciblant seulement les plus représentatifs des 15, qui seront d'ailleurs bientôt 25. Puis, nous verrons des exemples des différentes solutions d'organisation des systèmes de soins et surtout leurs évolutions récentes.

Le paradoxe de la santé ?

Les problématiques de santé proviennent de ce grand paradoxe : la réponse à la question "les européens sont-ils en bonne santé ?" ne tient pas forcément au montant des dépenses de santé.

Quel est donc le niveau de santé des citoyens d'Europe, quel est le niveau des dépenses, existe-t-il enfin un lien éventuel entre les deux séries d'informations...

Les citoyens d'Europe sont-ils en bonne santé ?

Taux de mortalité infantile	
Finlande	3,9 ‰
France	4,8 ‰ (3^e)
Grèce	7,3 ‰
Longévité des hommes	
Suède	77,1 ans
France	74,9 ans (6^e)
Portugal	72 ans
Longévité des femmes	
France	86,6 ans (1^{er})
Danemark	78,1 ans (15 ^e)

Figure 1 : Indices de santé en Europe.

Globalement oui, mais peu de critères existent pour évaluer et comparer l'état de santé de populations. On utilise généralement :

- le taux de mortalité infantile, pour lequel la France se situe au 3^e rang européen. (Cf. figure 1)
- l'espérance de vie des hommes, dans trois pays : la France se situe vers le milieu, en 6^e position avec 74,9 années d'espérance de vie à la naissance. (Cf. figure 1)
- l'espérance de vie des femmes où la France l'emporte avec 86,6 ans, le Danemark étant dernier des 15 avec 78,1 ans, alors que sa population est très bien couverte au plan de la santé. Mystère des statistiques... (Cf. figure 1)

Malgré des disparités, ces données sont relativement homogènes pour les pays d'Europe, comparées à celles d'autres continents beaucoup moins favorisés.

Quel est le montant des dépenses de santé dans l'Europe des 15 ?

On peut chiffrer les dépenses : soit *en valeur absolue*, en Allemagne 2569 Euros par an, contre 1077 en Espagne, donc deux fois et demi moins, soit en dépenses par tête en part de richesse nationale, donc en *pourcentage du PIB*, la France se situant au 2^e rang avec près de 9%. Les écarts plus restreints entre les pays, sont représentatifs d'une utilisation des ressources. (cf. figures 2 et 3).

Pays	Rang en Europe	Somme dépensée
Allemagne	1 ^{er}	2569 €
France	3^e	2061 €
Pays-bas	5 ^e	1987 €
Royaume-uni	7 ^e	1789 €
Italie	9 ^e	1519 €
Espagne	10 ^e	1077 €

Figure 2 : Dépenses de santé/personnel/an, en valeur absolue, en Europe.

Pays	Rang en Europe	Somme dépensée en pourcentage du PIB
Allemagne	1 ^{er}	10,4%
France	2^e	8,7%
Pays-bas	4 ^e	7,9%
Italie	6 ^e	7,5%
Royaume-Uni	7 ^e	7,1%
Espagne	8 ^e	7%

Figure 3 : Dépenses/personnel/an en part de PIB, en Europe.

Le rapprochement entre le classement par dépenses et celui par niveaux d'état de santé, n'est pas très pertinent. Pourquoi ?

- les nouvelles technologies : si vous pensez que votre cas relève d'un scanner, vous l'obtiendrez, même si son installation et son usage ont été réglementés. Et cela ne vous empêchera pas de passer une radiographie classique : il y a souvent un empilement des nouvelles techniques -souvent coûteuses- sur les anciennes.
- les nouvelles pathologies : malgré les maladies qui disparaissent ou sont soignées plus rapidement, de nombreuses pathologies apparaissent. On pense bien sûr à l'hépatite, au Sida, à la multiplication des cancers, mais aussi à l'asthme qui connaît un développement inquiétant, surtout dans les villes
- enfin, un facteur de croissance inéluctable avec le niveau de vie : la demande des consommateurs, légitimement exigeants pour leur santé, pas toujours conscients qu'elle dépend autant d'eux-mêmes que du médecin. A cette demande se surajoute une exigence de résultats, ou au minimum de non-nuisance absolue, qui crée progressivement en France une habitude de recours à la justice, avec ses conséquences :
 - le principe de précaution, qui entraîne une nouvelle inflation de dépenses, notamment en tests diagnostiques,
 - l'envolée des tarifs de l'assurance en responsabilité.



Paul DELTENRE, Paul AVAN (Président du Congrès), Bernard AZEMA (Président de l'UNSAF).

Pourquoi est-on en bonne ou mauvaise santé ?

Ce que l'on appelle les déterminants de la santé sont nombreux, et les soins médicaux, même s'ils sont souvent tout à fait vitaux face à une pathologie, ne font pas toute la santé. En fait, la santé, la longévité d'une personne, sont d'abord le résultat d'un "**bagage génétique**", puis d'une bonne "**construction**" dans la petite enfance, ensuite de l'évitement ou non d'accidents, de facteurs de risques comme l'alcool et le tabac, et plus généralement d'une bonne **prévention**, d'une bonne **hygiène** de vie, sans oublier l'hygiène tout court, qui a fait reculer bien plus d'infections que les antibiotiques. L'air que vous respirez, l'eau que vous buvez, le bruit que vous subissez, ont une incidence sur votre santé. Il reste très difficile d'établir globalement un lien entre dépenses et état de santé.

Le souci majeur : la croissance des dépenses

Dès lors, il est bien difficile pour les politiques d'asseoir les enveloppes de dépenses sur un objectif général de niveau de santé, d'autant plus que l'écart se creuse entre l'augmentation des dépenses, (+ 2 à + 8%) selon les pays, et la croissance économique, voisine de 1%. En France, la hausse des dépenses de santé de l'assurance maladie obligatoire a été de 7,8% en 2002 contre 3,5% annoncés.

Pourquoi les dépenses augmentent-elles plus vite que le PIB ?

On identifie quatre principaux facteurs de hausse, communs à tous les pays d'Europe :

- le vieillissement des populations : même si l'on s'efforce de vieillir en bonne santé, les recours aux soins se multiplient à partir de l'âge de 60 ans, ne serait-ce que pour les difficultés sensorielles, vue, audition...

QUESTIONS / RÉPONSES

Question : Les dépenses de santé pour dont vous nous avez parlé sont-elles globales, groupant la part de l'Etat et celle des usagers ?

Réponse : Les tableaux précédents présentent les dépenses globales : ce qui est remboursé et ce qui est réellement payé aux acteurs de santé.

Question : Quelle est la part respective des facteurs d'augmentation des dépenses de santé.

Réponse : une étude est en cours actuellement au Ministère de la Santé. On estime que le vieillissement de la population représente 0.5% de l'ensemble. Cela paraît peu et tient probablement au fait que les personnes très âgées ont souvent des soins peu coûteux. Les nouvelles technologies 1.5%, les nouvelles pathologies 1.5% la croissance économique 2%. On arrive ainsi facilement à l'objectif de cette année de 5%.

Comment sont financés ces besoins grandissants et sans vraie limite ?

On peut schématiquement répartir les régimes de couverture santé en deux catégories : les systèmes "bismarckiens" instaurés en 1883 par Bismarck lors de la création d'un état social en Allemagne et les systèmes "beveridgiens" du nom de Lord Beveridge, fondateur du système anglais en 1946.

Les systèmes Bismarckiens, que l'on trouve principalement en France et en Allemagne, reposent sur les cotisations sociales, et sont généralement gérés par les partenaires sociaux, c'est-à-dire paritairement entre employeurs et syndicats.

Les systèmes Beveridgiens, présents notamment au Royaume-Uni, en Espagne et en Italie, sont les plus nombreux. Ils sont financés par l'impôt, et gérés par l'Etat.

Dans la réalité, il existe des systèmes mixtes. C'est ainsi que la France a introduit en 1996 une dose d'impôt, sous le nom de CSG, dans le financement de la Sécurité Sociale. Ceci pour limiter les charges des actifs en faisant contribuer aux dépenses de santé les retraités et les personnes qui disposent de revenus de capitaux.

La France a-t-elle encore un système Bismarckien ?

C'est la grande question, depuis que le Medef s'est retiré, il y a près de 2 ans, des instances paritaires nationales, notamment de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Et ce retrait est un signe de revendication sur un pilotage plus volontariste et en même temps plus consensuel des systèmes de santé.

Le financement par la CSG représente maintenant approximativement près du tiers de l'enveloppe totale en France, et l'influence de l'Etat sur la gestion du système devient prépondérante : la politique du médicament, la gestion hospitalière échappent totalement à la CNAM. Il lui reste, bien sûr, la "négociation conventionnelle" avec les professionnels libéraux, négociation qui, ces dernières années, a abouti bien souvent à l'épreuve de force, et à un arbitrage des pouvoirs publics.

Pays	Part des dépenses de santé couvertes par les systèmes obligatoires
Royaume-Uni	84 %
Suède	82 %
Allemagne	77 %
Espagne	77 %
France	76 % (9^e)
Pays-Bas	70 %
Italie	70 %
Portugal	67 %

Figure 4 : Pourcentage des dépenses de santé couvert par les systèmes obligatoires, en Europe.

Que couvre le système public ?

Dans tous les pays d'Europe, la couverture des dépenses de santé par la collectivité est prépondérante mais jamais totale : la France se situe en 9^{ème} place avec 76% (cf. figure 4). L'importance du financement public est une constante de tous les pays développés.

Mais qu'appelle-t-on systèmes obligatoires ? Il ne s'agit que de ceux qui sont obligatoires pour tous les citoyens d'un pays. Ainsi, les assurances privées complémentaires de groupe n'y entrent pas, car elles ne sont obligatoires qu'au niveau d'une entreprise, ou plus rarement d'une branche professionnelle. En France, l'écart entre les 76% de couverture publique et le total est pratiquement comblé pour moitié par les assurances complémentaires, qu'on appelle souvent les "mutuelles", et pour moitié par les consommateurs, ou par les contrats 'Madelin' pour les professions libérales.

En conclusion, on peut dire que dans tous les pays, il existe une part des dépenses qui n'est pas prise en charge par la collectivité, mais le contenu de cette partie est très variable d'un pays à l'autre.

Position des assurances privées par rapport aux régimes de base.

On peut définir le rôle des assurances privées selon 4 modèles :

- 1) Le seul pays où l'assurance privée, ou les mutuelles, interviennent en complément sur la plupart des soins est la France. Il y a superposition de prise en charge.
- 2) Dans les autres pays, on trouve du "substitutif" sur des soins différents, par exemple, au Canada anglais, le système public prend en charge tous les frais médicaux sauf les médicaments, pour lesquels il faut prendre une assurance privée ou en assumer le coût. En Allemagne, le système public ne rembourse que les médicaments d'une liste, et pas les autres, alors qu'en France, 99% des médicaments sont remboursés mais à des taux variables, et l'assurance privée rembourse généralement l'écart, c'est-à-dire le ticket modérateur.

- 3) Dans des pays comme l'Espagne, les Pays-Bas, l'Allemagne, la Suisse, l'assurance privée vient en substitution totale - on dit alors "premier euro" - à l'assurance publique pour certaines catégories de citoyens : les fonctionnaires en Espagne, les personnes ayant un bon niveau de revenus en Allemagne.
- 4) Enfin, il y a duplication en Espagne, Angleterre et Italie, c'est-à-dire que les personnes inscrites au régime obligatoire ne l'utilisent pas, et cotisent en plus à une assurance privée au premier Euro. Environ 1 million de citoyens de chacun de ces pays ont choisi cette formule.

QUESTIONS / RÉPONSES

Question : Il existe quand même en Europe des pays qui n'ont pas du tout d'assurances complémentaires, comme la Belgique, où certains médicaments sont soit remboursés par l'Etat soit pas du tout, et certains autres, remboursés partiellement, laissant un ticket modérateur à la charge du patient, sans prise en charge complémentaire possible.

Réponse : je vous remercie de cette précision. En France, il existe un ticket modérateur dont la part est élevée puisqu'il va de 35% pour les produits de première nécessité à 65% pour les médicaments dits "de confort". Le gouvernement a tenté en 1979 d'instaurer un ticket modérateur d'ordre public, mais cette mesure a été déclarée inconstitutionnelle et abandonnée.

Question : Quelle est la situation aux Etats-Unis ? les patients doivent-ils -comme on le dit souvent -assumer seuls leurs frais médicaux ?

Réponse : même aux Etats-Unis, que l'on cite comme exemple de système ultra-libéral, environ 45% des dépenses de santé sont financés par l'impôt, à travers les deux grands systèmes qui protègent les plus démunis Medicaid, et les personnes âgées Medicare. Les salariés sont assurés dans leurs entreprises par des assurances de groupe.

Le problème concerne les personnes qui ont un revenu insuffisant pour payer une assurance volontaire, sans être assez démunies pour bénéficier de Medicaid. On estime que 20 à 40 millions d'Etatsuniens (sur 250 millions d'habitants) à revenus modestes qui devraient avoir une assurance volontaire ne l'ont pas. Par ailleurs certains indépendants ne s'assurent pas non plus. Le plan Clinton qui prévoyait une obligation d'assurance privée pour tous ceux qui en avaient les moyens a été freiné par les opérateurs de l'assurance qui le trouvaient trop contraignant.

Caractéristiques communes des grands pays d'Europe

L'Angleterre, l'Allemagne, l'Espagne et les Pays-Bas. représentent, avec la France, près de 80% des dépenses de santé en Europe, et sont assez différents les uns des autres.

Leurs caractéristiques communes sont tout d'abord cet écart grandissant entre la demande de santé et le cadre financier public dont nous avons déjà parlé.

Tous les pays tentent d'y remédier. M. Schröder a promis une nouvelle réforme la semaine dernière, M. Mattei en annonce une pour septembre 2003, M. Blair a permis aux Anglais de venir se faire soigner en France.... Chaque pays cherche donc des solutions nouvelles.

C'est ensuite une évolution des métiers de santé vers la collégialité. Cette évolution correspond, bien sûr, à la complexification de la médecine, et à l'évolution rapide des techniques, qui exigent un partage des connaissances et des compétences. On considère actuellement que le savoir médical est renouvelé tous les 7 ans. Cette évolution est lente mais générale. Sa lenteur se comprend eu égard au caractère unique de la santé : un domaine sensible où le malade préfère toujours un dialogue singulier et confidentiel.

Vous verrez que, dans tous nos pays, l'exercice libéral est obligé de se transformer, mais ne disparaît pas, au contraire.

L'organisation des soins et les liens avec le financement

Les autres notions communes à ces pays sont :

- une assez grande similitude des systèmes de soins : hôpitaux, médecine libérale, infirmières, médicaments, nous sommes bien en Europe, pas à l'autre bout du monde, malgré des différences, par exemple dans la répartition des tâches. (Entre les opticiens et les ophtalmologistes, entre les chirurgiens et les infirmières...). Dans tous les pays voisins, les opticiens ont la compétence et le droit théoriques de prescrire des verres mais en France ceux -ci ne sont remboursés que sur prescription médicale.
- l'émergence du "pilotage des soins", dont nous verrons des exemples
- une nette évolution des modes de rémunération
- une tendance à la régionalisation

Le pilotage des soins

Le terme anglais de "managed care" n'a encore que des traductions approximatives.

On trouve dans ces pays d'Europe des systèmes dits de réseaux, de filières, que l'on pourrait appeler plus globalement "pilotage des soins" qui se développent, en s'adaptant aux contextes nationaux.

Le Royaume-Uni

Le Royaume-Uni est souvent évoqué pour son image de rationnement des soins, de listes d'attente dans les hôpitaux.

Vous l'avez vu précédemment, le financement de la santé en Angleterre est d'un niveau beaucoup plus faible qu'en France : 6,7% du PIB, contre 8,7% chez nous. Mais cette faiblesse cache en fait un grand contraste entre une organisation assez satisfaisante en médecine de ville, malgré des équipements vétustes, et une pénurie criante d'hôpitaux publics.

Le NHS, National Health Service, est issu des périodes de privations de l'après-guerre (jusqu'à 1955). Ce NHS a eu du mal à devenir un service attrayant pour ses usagers, c'est maintenant chose faite, si on en croit les très bons taux obtenus dans les enquêtes de satisfaction (en médecine de premier niveau).

Les médecins généralistes en ambulatoire, les GP's, sont devenus ce qu'on appelle des "Fund-Holders" : l'Etat leur confie, pour chaque personne qui s'inscrit chez eux (précisons que chacun choisit son médecin, et peut en changer périodiquement) la totalité du budget nécessaire, non seulement pour les consultations, mais aussi pour payer les spécialistes et les opérations nécessaires. C'est ce qu'on appelle en France une "filiale" au sens le plus abouti – et il faut le dire, le plus contraignant. Le terme "*capitation*" signifie, dans les systèmes de santé, que le médecin est rémunéré globalement d'un montant unique pour chaque client chaque année, quel que soit le nombre de consultations.

Pour mutualiser les risques, les médecins se sont rassemblés en groupe de 500 praticiens pour 100 000 assurés.

Il y a du bon dans le système anglais, d'ailleurs les consommateurs anglais sont satisfaits pour la partie ambulatoire, mais la transposition en France paraît tout de même difficilement imaginable.

L'Allemagne

Dans cette union fédérale le système de type "Bismarck", c'est-à-dire financé par les cotisations sociales, est géré de manière très décentralisée, dans chaque "Land" et paritairement.

Les personnes ayant un revenu correspondant à celui d'un cadre moyen ont le choix de souscrire une assurance santé entièrement privée.

Pourtant leurs dépenses s'envolent, malgré un système plus encadré que le nôtre, par des listes de médicaments, des règles de prescription, de capitation, et de systèmes de filiales. Précisons que le patient peut sortir de la filiale, mais à ses frais. La raison principale de cette envolée est à rechercher dans la grande puissance des organisations de médecins. La conséquence de cette liberté relative est un sommet de dépenses, que les gouvernants espèrent encadrer grâce à la mise en concurrence des caisses et à la responsabilisation des consommateurs.

L'Espagne

L'Espagne est intéressante car, en raison du faible montant de dépenses du secteur public, on observe un mécontentement des consommateurs, et une vraie ascension des systèmes privés, avec des techniques de réseaux accrédités, de filiales assez proches de ce que l'on trouve dans les pays anglo-saxons. Les régions sont très autonomes.

Les Pays-Bas

On parle beaucoup du système des Pays-Bas, car il combine un système unique de couverture, "beveridgien", avec une mise en concurrence des caisses entre elles, qu'elles soient publiques ou privées.

En Hollande, la souscription à une caisse privée est obligatoire au-delà d'un certain revenu.

Enfin, la médecine est organisée en "filiales", avec rémunération des médecins par capitation pour 60%, pour l'année entière. Le patient paie les 40% restants.

C'est un système récent, innovant, assez coûteux, qui demande encore à être ajusté sur deux points :

- les listes d'attentes dans les hôpitaux
- l'équilibre financier entre les caisses régionales, grâce à une meilleure compensation des risques.

La France

La France connaît des problématiques assez semblables à celles des autres pays, et elle a tenté bien souvent des réformes. Le dernier plan, nommé plan Juppé, avait d'ailleurs permis la mise en place d'expérimentations dites "Soubie", du nom du président de la commission qui les accréditait. Ces expérimentations ont été riches d'enseignement, et beaucoup ont été entreprises avec enthousiasme par les médecins. Et pourtant, en aval, les dépenses ont continué en 2002 à se situer à près du double de l'objectif annoncé.

Il faut dire que la France a quelques handicaps qui lui sont bien spécifiques, dont voici 6 illustrations :

- Quand l'OMS annonce que nous avons le "meilleur système du monde", pourquoi le changer !
- Nous avons, avec l'Allemagne, les plus grosses dépenses,

et pourtant, les professionnels de santé sont les moins payés d'Europe. En audioprothèse, les remboursements d'aides auditives en France sont parmi les plus bas d'Europe.

- La médecine de pointe en France est réputée dans le monde, il faut la préserver.
- La France a des principes égalitaristes qui rendent difficile la mise en place d'expériences partielles.
- De même par notre héritage centraliste, il est difficile de réformer d'un coup un système aussi lourd.
- Enfin, notre tradition de liberté et de protection de la vie privée, dont nous pouvons nous féliciter en tant que citoyens, a un revers : celui de rendre peu acceptable le pilotage des soins, et aussi de compliquer l'accès aux données de santé, pourtant indispensable au suivi des dossiers des assurés.

Les premières réalisations de pilotage des soins en France avec l'Optique

Depuis maintenant 5 ans en Optique, où les remboursements du régime obligatoire sont minimes, pour les adultes, cela a permis une négociation directe entre les mutuelles ou assurances et les professionnels. Un ensemble de systèmes, s'est mis en place, très progressivement, sur trois niveaux, entre lesquels les assurés et les opticiens choisissent :

- le premier niveau ce sont les devis : l'assuré consulte un centre d'accueil, en général par téléphone, pour savoir ce qui sera pris en charge. Il obtient ainsi des informations sur le prix moyen pratiqué, à degré de correction et qualité égale, dans sa région.
- le second niveau, c'est l'orientation : l'assuré demande des adresses, et la plateforme les lui communique, dans le respect du droit de la concurrence, qui interdit toute pratique discriminatoire et oblige à donner un choix : dans la plupart des cas, il est prévu de donner au moins trois adresses,

- le troisième niveau, ce sont les réseaux, qui sont des partenariats signés entre les mutuelles ou assurances et les opticiens, sur la base d'engagements de prix pour une qualité définie, ce qui conduit évidemment les assurés de ces compagnies à fréquenter les opticiens partenaires. Là aussi, droit de la concurrence oblige : ce doit être sans exclusivité de part et d'autre, et sur des critères objectifs.

Il existe des systèmes comparables en dentaire. Ces offres optiques et dentaires couvrent maintenant, sous divers types de contrats, 5 à 10 millions d'assurés en France. J'ai noté que des systèmes devis s'étaient mis en place en audioprothèse, ainsi qu'un réseau mutualiste, mais je ne suis pas une spécialiste du domaine.

Ce que l'on peut en conclure :

- C'est l'apprentissage d'une relation payeur-offreur de soins. Ce n'est certainement pas un apprentissage facile, et il faut du temps, une bonne connaissance réciproque, des discussions le plus ouvertes possibles, pour arriver à des relations gagnant-gagnant.
- Le vrai métier d'un assureur, c'est de vous rembourser à la hauteur de ce dont vous avez souffert. En ajustant leurs remboursements aux besoins des clients, au lieu de leur ouvrir droit à des forfaits uniformes, les mutuelles et assurances retrouvent leurs bases. Elles "mutualisent" entre les faibles et forts handicaps visuels, elles s'éloignent du "hasard moral", cette perversion de l'assurance qui fait que le client a toujours tendance à remonter sa demande d'indemnisation au niveau du forfait.

Enfin, dans la mesure où les partenariats se signent sur la base d'accords qualité-prix, on peut espérer, par la mise en concurrence, une amélioration globale de la qualité.

L'ouverture des frontières existe-t-elle en Santé ?

Le traité de Rome stipule que les systèmes de protection sociale restent nationaux, MAIS les professions de santé ont la liberté d'installation et de prestation de service, et bien sûr, les citoyens ont la liberté de circulation. Tout praticien européen devrait pouvoir soigner tout patient européen. Comment faire coexister ces exigences opposées ? Lorsque la Cour de Justice de la Commission Européenne a eu à traiter de ces sujets, elle l'a fait, le plus souvent, en faveur du libre-échange.

Le pilotage régional

Enfin, il y a peut-être une bonne ouverture dans la régionalisation. De même que cette question est d'actualité en France, puisque la régionalisation vient d'être votée par le parlement à Versailles, le débat autour d'une plus grande décentralisation de la santé existe dans tous les pays, mais particulièrement en Espagne et en Allemagne, et sous d'autres formes en Angleterre.

On en voit bien les avantages : une meilleure proximité, une meilleure réactivité, malgré les craintes bien françaises d'un affaiblissement du pouvoir central.

On peut alors espérer que se mettra en place, si les pays veulent bien se mettre d'accord, un socle minimum qui permettrait aux citoyens d'Europe d'obtenir un traitement minimum égal, socle auquel se superposeraient des régimes plus favorables laissés à des décisions locales.

C'est sur cet espoir que je termine, en citant le célèbre adage chinois : "l'Empire réuni se divise, l'Empire divisé se réunit".

Les obstacles à surmonter

Bien évidemment, nous ne sommes qu'au début de ce processus. Vous avez vu combien le pilotage des soins a besoin de revêtir des formes variées selon les pays pour se mettre en place progressivement. De plus cela suppose de surmonter trois obstacles :

- l'acceptation des consommateurs et des professionnels
- l'accès aux données pour une gestion efficace et surtout simple pour les professionnels
- enfin, une difficulté spécifiquement française, la superposition des remboursements du régime de base et des complémentaires.

Quels enseignements tirer pour nos grands débats ?

Citons d'abord trois débats très actuels, que nous avons à peine évoqués aujourd'hui :

- la démographie médicale : y a-t-il trop ou pas assez de médecins, d'infirmières... en Europe ? Le débat est plutôt celui de la transformation des métiers, des frontières entre les spécialités.
- la politique du médicament : on pourrait parler de la question des génériques, et de ces affaires d'importations parallèles, notamment. L'ouverture des frontières qui permet d'importer des médicaments moins chers d'un autre pays change les règles du jeu de l'industrie pharmaceutique.
- la gestion des hôpitaux : nous avons dans la plupart des pays trop d'établissements de court séjour, et pas assez de moyen et long séjour. Comment réaliser une transformation aussi profonde de nos centres de soins ?

Je conclurai cette présentation sur deux éléments très présents en Europe, et qui sont des facteurs de mouvement possibles pour nos systèmes de santé :

la libre circulation et la régionalisation.

QUESTIONS / RÉPONSES

Question : Les compagnies d'assurance seraient-elles favorables à ce que nos produits soient soumis à un TIPS opposable ?

Réponse : il serait curieux d'avoir un tarif opposable sur un matériel qui n'est pratiquement pas remboursé par le système public ! Ce que j'imagine est une combinaison entre les systèmes devis-orientation et les systèmes de partenariat. Dans le cadre des signatures de partenariat, pour une qualité donnée un professionnel peut s'engager sur le prix qu'il pratique sans qu'il ait à accepter un prix uniforme, d'ailleurs interdit par le droit de la concurrence. Pour l'audioprothèse, certains de nos confrères donnent des devis indicatifs. Des réseaux mutualistes s'élaborent, plutôt axés sur le respect d'un code déontologique.

Question : Est-ce qu'un groupement comme l'UNSAF qui est devenu un de nos syndicats- pourrait négocier avec vous ?

Réponse : pas vraiment. En effet, il ne faut pas risquer d'aboutir à un prix unique. En revanche, au plan national et syndical, on pourrait négocier des normes de qualité qui seraient consensuelles.

Question : Vous ne pourriez donc pas non plus faire d'accord avec des groupements commerciaux ?

Réponse : je fais un parallèle avec l'optique : en optique lorsque l'entreprise est intégrée nous pouvons négocier . Si les professionnels sont franchisés ou indépendants nous ne pouvons pas établir de contrat. Le régime de base public a le droit de fixer des prix, mais pas nos organismes privés.

Question : Il nous a fallu attendre 2002 pour parvenir à la reconnaissance de la nécessité de l'appareillage stéréophonique, comment expliquez-vous le retard de la prise en charge des aides auditives ?

Réponse : La France a du retard sur tous les équipements. L'inertie des systèmes d'état vis-à-vis de l'innovation technologique est un moyen de freiner les dépenses. Il faut déconnecter la reconnaissance des innovations de la dépense publique qu'elles impliquent. On a encore en France tendance à attribuer à un produit la valeur que lui donne le remboursement par le système public.

Question : Vous êtes donc tout à fait favorable à un meilleur remboursement des prothèses mais que la liberté des prix et la non opposabilité persistent ?

Réponse : La non-opposabilité, certainement. On nous demande souvent pourquoi nous ne remboursons pas complètement les prothèses. C'est pour éviter ce qu'on appelle la "sélection adverse". Si le recrutement de notre clientèle fait que nous attirons tous ceux qui ont besoin d'une prothèse, nous ne pouvons plus mutualiser les risques. Une compagnie d'assurances s'y est risquée en dentaire, elle a très rapidement fait faillite.

Question : un de vos adhérents va chez un professionnel qui n'est pas un de vos partenaires. Est- il remboursé ?

Réponse : Il ne faut pas que l'adhérent qui ne va pas chez un de nos partenaires soit défavorisé. Nous avons dans nos contrats des clauses de base dans des contrats forfaitaires qui sont appliquées dans ce cas.

Question : Vous avez parlé d'accréditation ?

Réponse : Nous n'avons d'accréditation actuellement que dans le domaine de l'optique et du dentaire. Nous avons des critères d'engagements de qualité, d'accueil, et in fine de satisfaction des patients.



Cocktail offert à l'ensemble des participants qui ont pu à cette occasion assister au discours du Président de l'UNSAF, Bernard AZEMA en présence de Monsieur Luis GODINHO, Président de l'A.A.F et Monsieur Frédérique BESVEL, Président de la F.N.A.F.



Nouvelle et ancienne équipe organisatrice. De gauche à droite : Madame Christine DAGAIN, Madame Simone LEVÊQUE, Monsieur René BUISSIÈRE, Président d'honneur de L'UNSAF et Madame Marguerite BON.

CONSTRUCTION DE L'UNITE SPECIALISEE DANS LE TRAITEMENT DES ACOUPHENES



*Auteurs : Philippe Lurquin,
Vicky Fabry ; Dr. M-P Thill, Dr Y.Vincent*

D'emblée, il importe de rappeler l'importance de la population de patients acouphéniques.

L'épidémiologie de cette pathologie montre que dans une population normale et occidentalisée, 5 à 10% des patients présentent un acouphène.

Il est surtout notable de constater que 10% de ces patients acouphéniques ont des difficultés qui entravent leur vie sociale. Ceux-ci seront le plus souvent à la recherche d'une solution à leurs difficultés et leur mal vivre.

Ce problème nous semble ressortir manifestement de la problématique ORL et audiolgique dans la mesure où au moins 50%, toujours d'après les sources épidémiologiques, des patients acouphéniques ont également une surdité.

Notons également que 40% des patients acouphéniques présentent une hyperacousie conjointe.

Pour l'audioprothésiste, la prise en charge du patient acouphénique repose sur davantage que la simple volonté d'augmenter son chiffre d'affaires ou d'ouvrir un nouveau marché.

Ainsi, 4 ou 5 laboratoires d'audioprothèse départementaux peuvent drainer ou pourraient drainer la clientèle répondant à certains critères cliniques, (par exemple la présence d'un acouphène invalidant) vers une unité spécialisée dans ce genre de prise en charge.

Notre description a pour but de définir une stratégie optimale en vue de la prise en charge de cette pathologie difficile.

Si la thérapie sonore constitue un des piliers indispensable, un autre pilier que nous appellerons émotionnel nous paraît tout aussi difficile à éviter. Par ailleurs, il apparaît comme inconcevable de ne pas prévoir un pilier médical qui supervise les deux premiers.

Depuis de nombreuses années différents rapports, conférences, font état des succès de la T.R.T. (Tinnitus Retraining Therapy) comme donnant des résultats particulièrement éloquentes (alentour des 80%) à la prise en charge efficace du patient souffrant d'acouphène.

Soulignons aussi que la véritable T.R.T. comprend à la fois un pilier thérapie sonore et un pilier émotionnel.

Il n'échappera à personne qu'une visite médicale préalable à la prise en charge de type T.R.T. est indispensable de façon à pouvoir éliminer tous les acouphènes qui peuvent être soignés de façon médicale (par exemple le problème d'articulation temporo-mandibulaire ou d'hypertension).

En collaboration avec le médecin nez gorge oreille, l'audioprothésiste devra réaliser un certains nombres d'examen destinés à aiguiller patient et le travail de l'audioprothésiste.

Seul un véritable protocole d'investigation permet d'offrir à la fois rigueur et analyse fine indispensables à la compréhension d'un phénomène complexe.

Tout examen présentant le protocole d'investigation et administré à un patient a un objectif :

Celui de diminuer son angoisse et de lui faire comprendre pourquoi il a un acouphène.

L'absence de prise en considération des différents principes que nous allons évoquer ci-dessous peut conduire à une augmentation très relative du champ d'activité d'un audioprothésiste. Toutefois, au vu des chiffres précités, il faut se dire qu'une véritable vision professionnelle prenant en considération selon un protocole bien établi et des principes fondés, la souffrance des patients acouphéniques permettra certainement de développer plus qu'un créneau intéressant.

En fonction de la personnalité du médecin nez gorge oreille, deux types d'équipes peuvent se concevoir :

- soit le médecin nez gorge oreille gère et domine complètement la problématique du patient acouphénique et se fait entourer d'un kinésithérapeute pour faire de la relaxation, d'un psychologue éventuellement pour un certains nombres de cas chez lesquels une comorbidité psychiatrique peut toujours exister et bien entendu d'un audioprothésiste.
- dans d'autres cas, le médecin nez gorge oreille préférera s'orienter vers la problématique chirurgicale et confiera à l'audioprothésiste le soin de s'entourer lui-même de spécialistes de la relaxation ou de la prise en charge émotionnelle.

Dans les deux cas, on constatera que la création d'un réseau de travail est indispensable. La chance pour l'audioprothésiste est que ce réseau est à peu près identique à celui qu'il a déjà mis en place pour sa pratique pour la prise en charge de la surdité :

Outre les différents médecins spécialistes nez gorge oreille, l'audioprothésiste veillera à s'entourer des services des différentes cliniques régionales et des centres hospitaliers universitaires ou des centres hospitaliers régionaux.

Les grands réseaux professionnels, les grandes enseignes bien connues en France peuvent aussi concentrer vers un seul site, la prise en charge toujours plus difficile et plus délicate que ce type de pathologie associée comme on l'a signalé plus haut fréquemment à une surdité.

C'est notre rôle d'audiologiste ou d'audioprothésiste ou encore de médecin nez-gorge-oreille de documenter suffisamment le dossier de chaque patient de façon à lui faire percevoir pourquoi son acouphène est présent.

Nous proposons un protocole d'investigation basé sur l'audiométrie tonale linéaire ainsi que sur le seuil subjectif d'inconfort (pensez à l'hyperacousie !), une mesure des courbes de croissance de la sensation d'intensité (par exemple le "Loudness Perception Profile" présenté par la firme Phonak), une audiométrie fine permettant de travailler avec un pas inférieur à une demi octave (audiométrie de type Bekesy) un test spécifique pour les cellules ciliées externes (DPOAE) et internes (Ten test).

Par ailleurs, le médecin nez-gorge-oreille sera tout particulièrement habilité à faire bénéficier son patient d'un potentiel évoqué auditif (Bera) et/ou d'une IRM destinée à exclure un processus expansif au niveau de l'angle ponto-cérébelleux du patient souffrant d'acouphène. Une autre pratique largement répandue parmi les personnes souffrant d'acouphène et devant évaluer un phénomène purement subjectif est l'administration de questionnaires (THI ou questionnaire de Hazell et Mc Kinney).

On le voit, la T.R.T. n'est pas la vente ou l'adaptation d'un appareil auditif, elle dépasse très largement sur le plan de la prise en charge thérapeutique, ce genre de procédure simple, mais elle n'est pas non plus une psychothérapie qui nécessite le plus souvent de revoir le patient une fois ou plusieurs fois pour semaine.

Bien que nous recommandons la possibilité d'avoir recours à un psychologue ou à un psychiatre comme personne ressource face à un patient présentant simultanément un acouphène et une pathologie psychiatrique, nous pensons que l'utilisation ou la présence d'un psychologue en consultation, ne répond pas exactement à l'attente du patient souffrant d'acouphène. Le plus souvent la seule mention de la profession de la personne qui les rencontre suffit à les faire fuir. ..

Néanmoins, nous recommandons la collaboration en binôme entre l'audiologiste qui prendra en charge la thérapie sonore et le médecin

nez-gorge-oreille à condition que celui-ci se charge également de la prise en charge émotionnelle du patient.

Mais qu'est-ce que la prise en charge émotionnelle ?

La prise en charge émotionnelle est aussi éloignée de la médecine somatique que la psychiatrie ou de la médecine psycho somatique – qui a comme principe de base qu'on souffre d'un trouble somatique à cause d'un problème psychologique -.

La prise en charge émotionnelle (non enseignée dans les facultés) est en réalité à mi-chemin entre la médecine psychosomatique et la médecine somatique, Nous les définirions comme une médecine considérant le vécu (émotionnel) du trouble somatique. Elle s'adresse principalement au patient chronique souffrant de "douleur" chronique ayant un retentissement sur le mode opératoire choisi par le patient pour vivre avec sa douleur ou avec son trouble somatique (céphalée, maux de dos, acouphène,...).

A condition de travailler de la sorte, on peut s'attendre, quelque soit l'endroit au monde où est appliqué la T.R.T. à un taux de réussite de l'ordre de 80%.

La présentation au patient de ce nouveau service passe par sa mobilisation et par une offre réellement attractive. Outre des résultats enthousiasmants à présenter, il me semble indispensable de considérer l'âge moyen dans la population souffrant d'acouphène. En effet, cette population se démarque de la population des malentendants au sens classique du terme dans la mesure où l'âge moyen est principalement entre 40 et 60 ans.

La communication envers ce groupe d'âge utilisera davantage les médias modernes comme Internet.

La construction d'unité spécialisée dans le traitement des acouphènes se heurte à différentes difficultés spécifiques : comme la formation continue et une rentabilité diminuée.

Il me semble que le développement d'un nouveau marché intéressant les audioprothésistes ne peut se passer que par une prise de conscience.

- a) des grands groupes
- b) des hautes écoles et la présentation aux étudiants de cours adéquats pour la prise en charge de type T.R.T.
- c) de l'industrie qui devrait présenter aux audioprothésistes des produits plus spécifiques pour les différents types de patients souffrant soit d'acouphène seul soit d'acouphène associé à une l'hypoacousie ou à une hyperacousie

C'est de l'utilisation de cette synergie, et compétences mutuelles et de l'interactivité entre ces différents groupes qu'on obtiendra ou non dans le futur, un marché très prometteur pour les audioprothésistes. Pour eux, cette nouvelle opportunité est aussi un changement de cap ouvrant de nouveaux horizons et leur permettant de passer d'un statut de "bandagiste de l'oreille" à celui de "kinésithérapeute de l'oreille".



Stand Prodition.



Stand Bernafon.



Stand Oticon.

LA LUTTE CONTRE LE BRUIT



Jean-Pierre GUALEZZI

Je suis entré dans le monde de la lutte contre le bruit par une autre porte que vous, non pas en spécialiste bardé de solides connaissances médicales et scientifiques mais en tant que citoyen généraliste, sensible à son environnement sonore. Et j'ai eu la chance d'y entrer équipé d'un porte-voix, puisque le Conseil économique et social m'a confié, à ma demande, la rédaction d'un rapport et avis sur le bruit dans la ville qui, grâce au formidable relais qu'ont bien voulu m'apporter les médias, a fait beaucoup de bruit. C'était en avril 1998, cela fait donc 5 ans. Mes travaux et mes investigations m'ont fait découvrir des souffrances humaines dramatiques, et ont conforté le sentiment que j'avais au départ d'un problème de positionnement du bruit à savoir que c'est au moins autant une question de santé publique qu'un problème d'environnement, la santé considérée selon la définition que lui donne l'OMS, c'est-à-dire "un état de complet bien-être physique, mental et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité". Appliquée aux nuisances sonores, cette définition plus politique que scientifique en couvre tous les effets, directs comme indirects.

Vous êtes professionnellement concernés par les effets directs que sont la fatigue auditive et la surdité. Mais les effets indirects, ceux qui se manifestent au-delà de l'organe de l'audition, c'est-à-dire sur le système nerveux central puis sur tous les organes et les systèmes de régulation qu'il contrôle, sont également graves et doivent être traités comme tels ; même s'ils sont généralement le fruit de plusieurs agents parmi lesquels le bruit joue souvent le rôle de déclencheur, de détonateur final, le décibel de trop qui fait déborder une coupe déjà pleine.

Dans tous les cas, effets directs et effets indirects, l'agression sonore constitue un danger pour l'intégrité de l'individu. Cela paraît, à vous comme à moi, une évidence. Et pourtant, il n'a pas été facile de convaincre les décideurs politiques de se saisir de ce problème. Vous avez certainement été informés en son temps des efforts qu'il a fallu accomplir et des obstacles qu'il a fallu surmonter pour obtenir un texte sur les baladeurs musicaux, puis le fameux décret sur les discothèques et autres lieux diffusant à titre habituel de la musique amplifiée. Ces textes ont certes un volet répressif, mais ils ont surtout une finalité préventive qui s'inscrit dans la philosophie de la grande loi sur le bruit du 31 décembre 1992.

Car cette loi que je considère comme le texte fondateur ou refondateur de la lutte contre le bruit – je dis refondateur parce qu'il y avait avant elle une foudroyante multitude de textes épars dont le journal officiel avait publié un recueil qui ne comportait pas moins de 655 pages auxquelles il faut ajouter tous les arrêtés préfectoraux et municipaux – cette grande loi refondatrice donc a non seulement donné un cadre unificateur et simplificateur à la lutte contre le bruit, mais elle a aussi permis que désormais cette lutte s'appuie sur trois volets complémentaires : la prévention, toujours, la répression, en tant que de besoin, et la réparation. La réparation en tant que compensation, dédommagement.

Ainsi en est-il de l'aide aux riverains des aéroports situés dans le plan de gêne sonore, c'est-à-dire dans un endroit où il a été constaté que le bruit est présent et décidé qu'il le restera. On va alors allouer à ces riverains des aides financières à l'insonorisation de leur logement. Il en est de même pour nos concitoyens situés dans les points noirs du bruit routier ou ferroviaire. Je pense aussi aux dommages et intérêts alloués par la justice, par exemple dans les cas de surdité provoquée par un concert rock aux décibels incontrôlés. Mais il faut penser aussi à l'autre réparation, plus mécanique, qui consiste soit à remettre en état,

à restaurer un organe rendu déficient, par exemple en opérant, soit aussi à pallier les carences de l'organe atteint en faisant appel à un appareil, à une prothèse. La génération de mal entendants que produit notre société du bruit en a, me semble-t-il, de plus en plus besoin et elle en est responsable, justement parce qu'elle n'assure pas l'éducation, l'information et la prévention comme il le faudrait.

Votre rôle, en tous cas, est primordial et je voudrais le saluer. Non seulement vous soulagez, et j'ai pu mesurer grâce à des simulations qui m'ont été présentées lors de l'enquête précédant la rédaction de mon rapport, quelle est la réalité des sons que perçoit un malentendant et découvrir ainsi qu'on est loin d'une simple question de seuil auditif. Mais vous êtes aussi en quelque sorte les médecins des conséquences sociales de la surdité, qui sont considérables. Le malentendant est un reclus qui tend à s'enfermer de plus en plus sur lui-même. Il fuit les contacts tant sur le plan personnel que professionnel. C'est un handicapé au sens plein du terme. Vous l'aidez à retrouver une vie sociale normale.

Alors oui, pour toutes ces raisons, il faut considérer que le bruit excessif n'est pas une fatalité et mobiliser en conséquence tous les acteurs, toutes les bonnes volontés.

Beaucoup reste à faire, hélas ! Le bruit est souvent encore la dernière des priorités alors que la demande sociale est forte et que les sondages le placent systématiquement au premier rang des nuisances urbaines. La dernière enquête menée par l'INSEE en 2001 auprès de la population des villes et agglomérations de plus de 50 000 habitants a confirmé ce constat : plus d'un français sur deux (54%) se déclare gêné par le bruit lorsqu'il est chez lui.

Les moyens de lutter contre les nuisances sonores se sont considérablement améliorés ces dernières années, du fait notamment des progrès des techniques et des matériaux qui permettent aujourd'hui d'obtenir des gains acoustiques importants.

La santé de nos concitoyens est le bon angle pour exiger la mise en œuvre, au niveau de l'ensemble du pays comme de chaque collectivité locale, de politiques visant à leur assurer un niveau sonore convenable et si possible agréable.

Mais il reste que la lutte contre le bruit est complexe. Elle est complexe d'abord parce que les nuisances sonores sont multiformes – elles vont de la gêne subjective ressentie par des individus particulièrement sensibles à la gêne objective causée à des populations entières par un bruit hors norme et doivent être traitées avec des moyens différents. Elle est complexe aussi parce que les acteurs sont multiples : institutions étatiques (pas moins de 16 ministères et leurs services déconcentrés sont concernés), collectivités locales (élus et personnels), industriels, associations, ainsi que tous les citoyens considérés individuellement car les bruits liés aux comportements sont souvent l'expression d'incivilités et d'égoïsmes. C'est ce qui m'avait fait écrire dans mon rapport que "le bruit, c'est l'affaire de tous".

Le dispositif législatif et réglementaire en matière de bruit est aujourd'hui solide, quoi qu'encore incomplet. S'il est urgent d'en achever la construction, il importe en même temps d'apporter aux différents acteurs appelés à le mettre en œuvre l'information et la formation appropriées.

Face à la complexité et à la densité des textes, il m'a paru utile de rédiger un guide juridique du bruit, pratique, complet et facile d'accès où chacun, quel que soit son niveau de connaissance, puisse trouver ses repères.

Il est plus que temps que les politiques de santé intègrent la préoccupation bruit. Cela passe, de mon point de vue, par deux démarches complémentaires. D'une part, il faut s'inquiéter de la situation auditive de la population. Combien de contrôles sont effectués dans ce domaine alors que le contrôle de la vue est devenu classique ? A quels dépistages des troubles auditifs procède-t-on, notamment en milieu scolaire ? On est loin du compte et cela d'autant plus que la fin du service militaire marque aussi la fin des contrôles de l'audition des jeunes appelés.

Au besoin d'effectuer des dépistages, il faut ajouter celui de campagnes de prévention, d'information et de sensibilisation des jeunes générations aux méfaits du bruit. J'avais noté, lors de la préparation de mon rapport, un pourcentage qui m'avait particulièrement alerté : 44% des appelés du contingent d'un régiment examinés par le Professeur Patrick Buffe de l'Hôpital du Val de Grâce présentaient des troubles auditifs, 44% des jeunes qui assistent au moins à 2 concerts rock par mois souffrent d'un déficit auditif sur presque toutes les fréquences à partir de 2 000 Hz. Si l'on peut admettre que la surdité se développe avec l'âge et s'attacher à y remédier par des appareils en veillant à ce qu'ils soient convenablement remboursés par la couverture maladie, par contre on ne peut que se révolter de voir des jeunes se retrouver handicapés parce qu'ils n'auront pas été suffisamment prévenus et contrôlés. D'autre part, une politique de santé publique devrait s'intéresser aux perturbations de l'organisme humain générées par les agressions sonores et en tirer les conséquences en pesant sur les autres politiques locales : celles qui créent du bruit en générant des chantiers, des travaux d'entretien ou des activités, celles qui peuvent contribuer à améliorer le niveau sonore, notamment au travers de l'urbanisme et des déplacements, celles enfin dont la préoccupation bruit et les questions d'acoustique devraient être l'un des principaux vecteurs : politique environnementale, politique scolaire, politique du logement,...

C'est ce à quoi je me suis attelé, avec mon amie Dominique Pipard. Ce livre, organisé en dix chapitres qui peuvent se lire de façon indépendante, dresse un panorama pratique et exhaustif de toutes les sources de bruit et des réglementations qui leur sont applicables. Cet outil manquait, je suis heureux qu'il existe aujourd'hui.



Jean-Pierre GUALEZZI offre une séance de dédicaces de son dernier livre intitulé "la Lutte contre le bruit"



1^{er} Cours pratique du Congrès UNSAF : le bilan d'orientation prothétique.



Prix du Collège National d'Audioprothèse remis par Eric BIZAGUET, vice-président du Collège National d'Audioprothèse, à Gildas HESSE pour son mémoire intitulé : "Programmation des seuils liminaires de l'implant cochléaire MEDEL TEMPO+".

PRODITION

est à
votre écoute
avec

oticon **bernafon**[®]
PEOPLE FIRST Innovative Hearing Solutions

)))))) **Phonic Ear Logia**[™]

MAICO **Interacoustics**

PRODITION 37-39, rue Jean-Baptiste Charcot - BP 314 - 92402 Courbevois cedex -
Tél. : 01 41 88 00 80 - Fax 01 41 88 00 86 - E-mail : info@prodition.fr
S.P.A au capital de 610.000€ - R.C Nanterre B 301 689 790 000 22 - APE 514 N



 Voyage
[au cœur du son]



- 16 canaux de gain
- 6 canaux de compression
- Delta-Logic : concept exclusif d'amélioration de la compréhension
- Réduction adaptative du bruit sur 16 canaux (ANR)
- Optimisation de la voix du patient sur 16 canaux (SPS)
- Réduction du bruit micro sur 16 canaux.

BIOTONE
TECHNOLOGIE

www.rexton.com

REXTON

Rexton est une marque de Siemens
Audiologische Technik GmbH