

Toujours pas d'augmentation
des effectifs d'ORL

L'entretien avec Brice Jantzen,
nouveau président du SDA

Interview exclusive
d'Agnès Firmin Le Bodo

LE DOSSIER

De la nécessité d'encadrer l'appareillage en Ehpad



LE DOSSIER

- **p.38** - « La situation des personnes malentendantes en Ehpad n'est pas satisfaisante »
Interview exclusive de la ministre déléguée Agnès Firmin Le Bodo
- **p.42** - Un pas vers l'appareillage des malentendants institutionnalisés
Par Christian Renard
- **p.46** - Dérives en Ehpad



De la **nécessité** d'**encadrer** l'**appareillage** en **Ehpad**

Dossier réalisé par la rédaction

Pourquoi les personnes vivant en Ehpad ne pourraient-elles pas bénéficier d'un appareillage auditif comme les autres ?

On sait la prévalence très élevée des troubles de l'audition chez les personnes de plus de 80 ans et leur impact très négatif sur le maintien d'un lien social et relationnel, sur la qualité de vie. Du fait de leur surdité, les résidents d'Ehpad ne peuvent plus participer – ou plus difficilement – aux animations qui leur sont proposées et vont prendre moins de plaisir aux visites de leurs proches, si essentielles à la vie dans les établissements.



© DR

Pourtant, ils sont aujourd'hui exclus de ces soins audioprothétiques pour plusieurs raisons. La première découle du préjugé qu'il ne sert à rien d'appareiller des personnes très âgées, sous prétexte qu'elles ne seront pas en mesure de bien utiliser leurs appareils voire de les mettre. Comme le montrent les études menées par Christian Renard et ses équipes dans le Nord, lorsque les proches et les professionnels des Ehpad sont formés et sensibilisés, les appareils sont utilisés et les échanges au sein des établissements s'en trouvent enrichis.

L'autre argument qu'il faut absolument battre en brèche est que nos résidents, majoritairement atteints de troubles cognitifs, parfois sévères, ne tireraient aucun bénéfice de l'appareillage auditif. Nous sommes absolument convaincus du contraire. Souffrir de troubles cognitifs n'est assurément pas une contre-indication à l'utilisation d'aides auditives, mais bien un argument supplémentaire pour y recourir.

Il faut ouvrir la porte des Ehpad aux audioprothésistes mais pour cela, il est nécessaire d'établir une réglementation claire pour se garantir de dérives, inadmissibles car elles abusent de personnes très vulnérables et de professionnels d'établissements croyant bien faire. C'est ce qui nous motive à porter une expérimentation au titre de l'article 51. Nous espérons ainsi démontrer l'intérêt de notre démarche pour, in fine, la faire entrer dans le droit commun.

Par le Pr François Puisieux

Chef du pôle de Gériatrie et Gérontologie du CHU de Lille

Interview exclusive
d'Agnès Firmin Le Bodo

« La situation des personnes malentendantes en Ehpad n'est pas satisfaisante »

« Faire entrer la médecine et la prévention au sein des Ehpad, plutôt que d'espérer le contraire ». C'est l'ambition de la loi du 5 février 2019, portée par Agnès Firmin Le Bodo, alors députée de Seine-Maritime, qui autorise, dans le cadre d'une expérimentation de trois ans, l'intervention des opticiens dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. L'équivalent pour les audioprothésistes est-il souhaitable et envisageable ? La nouvelle ministre déléguée à l'Organisation territoriale et aux Professions de santé répond aux questions d'*Audiologie Demain*.

Propos recueillis par Ludivine Aubin et Bruno Scala

Vous avez porté la loi permettant la mise en place d'une expérimentation visant à améliorer la santé visuelle des personnes âgées en perte d'autonomie. Quels étaient les enjeux qui ont motivé votre démarche à l'époque ?

Agnès Firmin Le Bodo : Le dispositif actuel d'accès aux soins ophtalmologiques ne permet pas aux personnes hébergées en Ehpad d'avoir des lunettes adaptées à leur vue. Les ophtalmologistes ne se rendent pas dans les établissements et les résidents ne peuvent pas se déplacer. Or, le fait de ne pas disposer d'une vue corrigée a un retentissement médico-social : quand on ne voit pas bien, on ne participe pas à la vie de l'établissement. C'est un motif de dégradation de la qualité de vie et d'isolement.

Quelles en sont les modalités ?

Agnès Firmin Le Bodo : L'objet de cette disposition est de lever un frein à l'accès aux soins visuels en permettant aux opticiens de se rendre dans les Ehpad pour réaliser des tests de réfraction et adapter les équipements, dans le cadre de renouvellements. Ils en avaient déjà la possibilité dans leurs boutiques. Ce travail a été mené en concertation avec les opticiens et les ophtalmologistes. Il a d'abord fallu attendre le décret d'application en février 2020, puis la crise sanitaire est intervenue. L'expérimentation n'a pu démarrer que tout récemment. Elle est en cours en Normandie et en Centre-Val de Loire et implique donc un nombre significatif d'établissements et de professionnels. Je serai vigilante, en tant que ministre, à évaluer l'efficacité du dispositif. S'il apporte des bénéfices, nous verrons comment l'étendre. Si, au contraire, cela ne fonctionne pas, soit parce que les opticiens ne se rendent pas dans les Ehpad, soit parce que l'on constate qu'en définitive il y a peu de demandes des résidents, on ne poursuivra pas. Il est encore trop tôt pour en tirer des enseignements.

Le secteur de l'audition présente les mêmes enjeux que l'optique : pénurie de prescripteurs, forte incidence des troubles auditifs chez les personnes âgées et impact de ces troubles sur les chutes, le déclin cognitif, la dépression. Or, les audioprothésistes n'ont pas le droit d'exercer hors de leurs centres... Peut-on envisager de lever cette restriction pour eux également ?

Agnès Firmin Le Bodo : La situation des personnes malentendantes en Ehpad n'est pas satisfaisante comme le fait de ne pas voir ne l'est pas. Si on peut avancer, il faut le faire. Mais la réponse à trouver n'est pas nécessairement la même qu'en optique car nous ne sommes pas tout à fait confrontés à la même configuration en audioprothèse. Je me garderais d'appliquer un parallélisme brutal de ma proposition de loi. Et, d'ailleurs, si nous n'avons pas étendu le dispositif aux audioprothésistes à l'époque – car nous nous étions posés la question –, c'est pour cette raison. Là où les opticiens peuvent adapter des lunettes dans le cadre de renouvellement, les audioprothésistes n'ont pas cette compétence. Ce qui signifie qu'outre le frein que représente l'interdiction actuelle de l'exercice hors du centre, s'ajoute l'impossibilité pour eux de renouveler un équipement sans prescription médicale. Il faut à la fois leur permettre d'aller vers les malentendants en perte d'autonomie et travailler sur ce transfert de tâches.

C'est une problématique qui traverse toutes les professions de santé. Je n'ai pas encore rencontré les audioprothésistes mais ce travail doit se faire d'abord en co-construction avec les ORL, comme les ophtalmologistes l'ont fait avec les orthoptistes et les opticiens. C'est aux professionnels d'avancer ensemble. Nous pouvons les accompagner mais nous ne pouvons pas décider à leur place. En tout cas ce n'est pas la méthode que nous souhaitons appliquer dans ce ministère.

L'IGAS EN FAVEUR DE L'EXPÉRIMENTATION D'UN PARCOURS SPÉCIFIQUE POUR LES MALENTENDANTS EN EHPAD



Expérimenter la mise en place d'un protocole adapté au dépistage, à l'appareillage et au suivi des personnes âgées dans l'incapacité de se déplacer ». Il s'agit là de l'une des trente recommandations du rapport de l'Igas et de l'IGESR sur la filière auditive, paru en janvier 2022.

Les inspections suggèrent pour cela de lancer des expérimentations, dans les conditions prévues par l'article 51 du LFFS de 2018 – c'est le cas de l'initiative menée dans la région Nord (lire article p. 42) – et de « s'inspirer » de celle qui a été mise en place pour les opticiens. Cela devrait permettre de juger de la pertinence de la généralisation d'un tel dispositif et de s'assurer que « la qualité de la prise en charge [est] préservée ».

À l'article 14 de la nouvelle Convention régissant les relations entre l'Assurance maladie et les professionnels de l'audioprothèse, les instances professionnelles du secteur ont marqué leur « soutien » à « toute expérimentation initiée par les pouvoirs publics afin de favoriser l'appareillage auditif des personnes âgées dépendantes », « notamment la mise en place d'un parcours spécifique pouvant comporter un exercice professionnel en partie extérieur » au centre d'audition.

Il existe une expérimentation article 51 en cours, dans le Nord, sous l'impulsion d'un audioprothésiste, d'un ORL et d'un gériatre (lire article p. 42), qui vise à intégrer l'audioprothèse en Ehpad. Qu'en pensez-vous et comment passer de l'expérimentation à la généralisation à l'échelle nationale ?

Agnès Firmin Le Bodo : Nous allons regarder attentivement comment évolue cette expérimentation de la région Nord. Si elle est pilotée à la fois par un gériatre, un ORL et un audioprothésiste, c'est parfait.

Avant d'envisager la généralisation d'un tel dispositif, il faut d'abord examiner le nombre de bénéficiaires, les modalités de prise en charge, les résultats, la façon dont les professionnels se sont articulés entre eux... L'évaluation n'est pas quelque chose de culturel en France. Je suis à 100 % convaincue de son intérêt. Mais il faut être aussi capable d'admettre quand cela ne fonctionne pas. Si, au contraire, l'expérimentation s'avère concluante, il faudra trouver toutes les voies et moyens pour la généraliser et la passer dans le droit commun.

Il existe un certain nombre de dérives aujourd'hui, d'autant plus à la faveur du 100 % Santé (lire article p. 46). Quels sont les moyens pour les éviter ?

Agnès Firmin Le Bodo : C'était l'une des craintes formulées par les ophtalmologistes à l'encontre des opticiens lors des discussions en amont de ma proposition de loi pour l'amélioration des soins visuels en Ehpad. Comme toutes professions de santé inscrites au registre du commerce, il est important d'observer et d'encadrer pour éviter les dérives, comme les conflits d'intérêt.

C'est le rôle des organismes payeurs de contrôler et de sanctionner si besoin par un déconventionnement et le remboursement d'indus notamment. Mais il relève aussi de la responsabilité des directeurs d'Ehpad de ne pas laisser entrer des gens qui n'ont rien à y faire. Il s'agit de vigilance collective.

“
Si
l'expérimentation
s'avère
concluante, il
faudra trouver
toutes les voies
et moyens pour
la passer
dans le droit
commun.”

Élargissons cette question d'un meilleur accès aux soins auditifs en France. Le secteur de l'audioprothèse s'inquiète de la démographie des ORL et de leur inégale répartition sur le territoire. Quels leviers envisagez-vous d'actionner pour répondre notamment aux déserts médicaux ?

Agnès Firmin Le Bodo : C'est un sujet quotidien au ministère ! Il nous faut actionner tous les leviers à la fois, comme la mise à disposition d'assistants médicaux qui permettrait de dégager entre 10 et 20 % de temps médical.

Concernant la délégation de tâches, on voit bien que certaines professions sont plus allantes que d'autres. Cela ne peut se faire qu'en collaboration avec les professionnels. Néanmoins, j'ai la conviction que l'on peut avancer sur ce dossier.

Il faut également utiliser les moyens modernes de téléconsultation dans certaines régions. J'y suis personnellement très favorable à condition que soient bien identifiés les gens au bout de la ligne et qu'il y ait un professionnel de santé formé à côté du patient.

Nous avons dix années difficiles devant nous mais je suis optimiste quant à notre capacité à apporter à la fois des réponses. Nous avons ouvert tous ces chantiers dans le cadre du CNR de la santé lancé le 3 octobre.

UNE EXTENSION AUX SOINS AUDITIFS DÉJÀ ÉVOQUÉE

Lors des débats sur l'examen de la proposition de loi visant à améliorer la santé visuelle des personnes âgées en perte d'autonomie, l'extension de son champ d'application aux soins dentaires et auditifs avait déjà été évoquée. Agnès Firmin Le Bodo avait renvoyé la réflexion ultérieurement, indiquant qu'elle pourrait être menée « dans le cadre du plan Ma santé 2022 ou de la réforme du grand âge ». Celle-ci étant ajournée sine die, il faudra saisir une autre fenêtre législative.

Un pas vers l'appareillage des malentendants institutionnalisés



La situation des personnes âgées malentendantes en Ehpad peine aujourd'hui à avancer, prise entre deux impératifs contradictoires : l'enjeu de santé publique que constitue le sous-appareillage de cette population et l'interdiction pour les audioprothésistes d'exercer hors de leur centre. Depuis 25 ans, l'équipe du Samid œuvre à la mise en place de protocoles de prise en charge spécifique de ces patients. Ce travail aujourd'hui se concrétise au travers d'une expérimentation article 51 dans les Hauts-de-France, qui devrait débuter dans quelques semaines.

Par Christian Renard

Le sujet des audioprothésistes en Ehpad est prégnant. Aujourd'hui, de plus en plus de voix s'élèvent pour le faire avancer et que soit défini un parcours de soins différent pour les personnes malentendantes institutionnalisées. Le rapport de l'Igas, le Livre blanc de la Fondation pour l'audition, et les recommandations de la SFORL préconisent tous la mise en place d'expérimentations encadrées par les pouvoirs publics. Ces dernières sont aujourd'hui absolument indispensables afin que des protocoles précis de prises en soins spécifiques de ces patients en établissements puissent être proposés et imposés aux audioprothésistes volontaires.

Cette démarche est d'autant plus urgente et nécessaire que la mise en place du 100 % Santé a entraîné des dérives intolérables.

Des escrocs abusent ainsi de la fragilité et de la vulnérabilité de nos aînés en Ehpad, en profitant lâchement de l'impossibilité pour des audioprothésistes honnêtes et respectant la loi de les prendre en charge correctement et efficacement !

Tous les professionnels concernés par cet enjeu majeur de santé publique doivent donc se mobiliser activement, sans perdre de temps. C'est pour cette raison qu'avec le Pr Christophe Vincent, chef du service d'otoaudiologie et d'otoneurologie du CHU de Lille, et le Pr François Puisieux, chef du pôle de gérontologie du CHU de Lille, nous avons lancé un projet de protocole expérimental article 51 (voir encadré), porté par l'ARS Hauts-de-France. Un comité de pilotage régional est en train d'être constitué, associant des coordinateurs de filière gériatrique, des professionnels hospitaliers et

libéraux, des associations d'usagers et de familles, des audioprothésistes, des orthophonistes, et cinq Ehpad. Fin octobre, le calendrier devrait être fixé et l'expérimentation lancée. L'article 51 nous permet d'officialiser un protocole mis en place et éprouvé depuis des années par le Service d'aide aux malentendants institutionnalisés ou dépendants (Samid).

LA CRÉATION DU SAMID

La création de cette structure remonte à 25 ans. Mon intérêt pour la prise en charge des patients en Ehpad s'est trouvé particulièrement renforcé lors de la passation d'un diplôme universitaire en gérontologie réalisé à l'université de Lille en 1997, quelques années après l'obtention de mon diplôme d'État d'audioprothèse. Lors de ce DU, nous devons effectuer un stage dans un établissement gériatrique. J'ai pu mesurer à cette occasion à quel point la gestion des troubles auditifs et du port de l'appareillage pour les résidents appareillés était problématique ! En effet, très peu de malentendants, pourtant appareillés avant leur entrée en structure, portaient réellement leurs aides auditives dans de bonnes conditions...

En lien avec le pôle de gérontologie du CHRU de Lille, j'ai alors décidé de créer, au sein des Laboratoires d'Audiologie Renard, une entité spécifique, le Samid. Tous les audioprothésistes, techniciens et assistantes des laboratoires ont été mobilisés pour participer aux actions de ce service.

Le premier objectif du Samid a été de sensibiliser les équipes soignantes des Ehpad sur l'importance de la fonction auditive et les conséquences extrêmement néfastes d'une non-prise en charge des troubles auditifs chez les personnes âgées. Puis, de les former pour qu'elles soient en mesure d'aider le

patient appareillé pour la gestion quotidienne de son appareillage auditif.

Nous avons donc développé un kit de formation comprenant un portfolio théorique et une valise contenant différents éléments destinés à la formation pratique des soignants (appareils factices, piles, produits d'entretien...) (voir photo page suivante).

L'INTERDISCIPLINARITÉ

Dans l'objectif d'élaborer des recommandations, nous avons participé activement à différents groupes de travail, en particulier au sein du Bureau international d'audiophonologie (Biap) et de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Ces différents travaux nous ont convaincus de la nécessité d'une démarche interdisciplinaire pour rendre ces actions efficaces.

L'expérience nous a également prouvé que ces actions de sensibilisation et de formation sont plus efficaces si elles sont réalisées dès le cursus initial de formation des professionnels concernés (médecins, cadres de santé, orthophonistes, infirmiers, aides-soignants, responsable de structures d'hébergement...), puis reprises et réactualisées en permanence dans le cadre de la formation continue des professionnels sur le terrain.

Ce travail de sensibilisation et de formation a porté ses fruits et nous avons pu en mesurer l'impact dans le cadre de l'étude Autonomia, publiée en 2017. Menée de septembre 2009 à février 2015, elle a montré que, dans les Ehpad formés, le pourcentage de port régulier et efficace des appareils était passé de 18 % à 86 % !



© DR

Christian Renard est audioprothésiste, directeur des Laboratoires d'audiologie Renard.

L'ARTICLE 51 EN BREF

La loi de financement de la Sécurité sociale de 2018, via son article 51, a introduit la possibilité de mettre en place des expérimentations en santé. Celles-ci doivent concourir à l'amélioration et à la prise en charge du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins. N'importe qui – associations, syndicats, établissements de santé... – peut déposer un projet, auprès de son ARS. L'expérimentation doit durer cinq ans au plus. Ce sont la Drees et la Cnam qui sont chargées de l'évaluation de ces expérimentations et ce, pendant toute leur durée.

Une grosse centaine d'expérimentations sont en cours aujourd'hui. C'est notamment le cas d'ICOPE, un programme initialement développé par l'OMS, visant à dépister le déclin fonctionnel lié à l'âge. ICOPE cible les personnes âgées de plus de 60 ans, autonomes (mais celles en situation de vulnérabilité ou de perte d'autonomie sont incluses en priorité) et vivant à domicile. Plusieurs fonctions sont ainsi testées au cours des différentes étapes de la démarche ICOPE, dont l'audition, d'abord par questionnaire, puis grâce à des audiométries.

DES OUTILS SPÉCIFIQUES POUR L'APPAREILLAGE ET SON SUIVI

Encouragés par ces résultats, nous avons décidé d'étoffer les axes d'action du Samid, tant au niveau de la formation que des éléments concernant l'appareillage et le suivi de nos patients appareillés. L'objectif a toujours été le même : apporter à nos patients âgés résidant en Ehpads la même qualité de prise en soins audioprothétiques que celle dont bénéficient nos patients autonomes venant régulièrement sans problème au laboratoire.

La création du Groupe d'étude et de recherche en audiologie clinique (Gérac) et la participation de l'orthophoniste Jérôme André, nous ont permis de développer des outils adaptés à ces contraintes. Des tests de repérage des troubles auditifs, spécifiques à cette population fréquemment concernée par la dépendance et les troubles cognitifs, ont été ainsi créés, validés, et mis à disposition des équipes des Ehpads (Tests TRAC, Idéetect et RePro).

Des batteries de mesure et d'évaluation du bénéfice audioprothétique ont également été développées afin de mieux suivre ces patients, dans une démarche systématiquement interdisciplinaire incluant une participation active des équipes soignantes (Test MABA-15 et questionnaire EBAP/EBAPS) et des familles. De la même manière, et à la demande des professionnels de ces structures d'hébergement, des outils de stimulation auditivo-cognitive, adaptés aux contraintes d'animation collective, ont été mis au point (les ASAC).

“

Dans les Ehpads formés, le pourcentage de port régulier et efficace des appareils passe de 18 % à 86 %.

”

L'APPAREILLAGE, INTÉGRÉ AU PLAN DE SOINS DES MALENTENDANTS EN EHPAD

Les actions du Samid ont continué de se structurer, avec le recrutement d'Arnaud Bourgeois, cadre de santé expérimenté en Ehpads. Celui-ci a notamment entrepris la création de procédures claires pour tous les actes de la prise en soins et du suivi des patients, grâce entre autres à l'intégration de l'appareillage dans le plan de soins pour tous les patients appareillés résidant dans ces établissements d'hébergement.

Une convention formelle établit ainsi clairement les engagements réciproques de l'équipe de l'établissement d'hébergement et de l'équipe du Samid pour le suivi des patients appareillés.

L'analyse des retours des équipes soignantes de ces établissements – au nombre de 146 à ce jour – permet de mesurer l'amélioration de la qualité de vie des patients appareillés qui bénéficient de ces actions, ainsi que l'effet positif sur le confort de travail pour les soignants intervenant auprès d'eux.

L'expérience acquise tout au long de ces 25 années d'existence du Samid nous a montré l'importance de bénéficier d'un référent désigné au sein de l'établissement. Il permet d'instaurer et de maintenir un lien fiable entre l'équipe du Samid et celle de l'établissement, ce qui garantit également la pérennité des actions menées pour le suivi des patients, malgré les contraintes importantes et spécifiques des équipes soignantes au sein des Ehpads.



► Une référente du Samid formant une équipe soignante d'un Ehpads sur les aides auditives.

UNE NÉCESSAIRE RÉVISION DU CADRE LÉGAL

Toutefois, l'expérience menée avec le Samid nous a confrontés à un dilemme. D'un côté, la loi – qui régit notre profession et protège nos patients – nous interdit le déplacement dans les structures d'hébergement, en théorie même pour des actes de suivi prothétique pourtant intégrés dans le coût de l'appareillage. De l'autre, l'importance d'apporter des soins audioprothétiques de qualité à des personnes âgées en Ehpads, dans l'impossibilité de se déplacer.

Il s'avère en effet indispensable que l'audioprothésiste intervienne régulièrement dans l'établissement pour mettre en place ces actions et assurer le suivi prothétique régulier de ses patients institutionnalisés, en lien permanent avec les équipes soignantes concernées. Cela est d'ailleurs particulièrement important pour les patients dépendants et porteurs de troubles cognitifs.

Cette condition d'implication et de déplacement de l'audioprothésiste dans la structure est essentielle pour éviter le sous-appareillage et l'abandon des appareils qui finissent sinon souvent dans les tiroirs.

L'expérimentation article 51 que nous mettons en place permettra de concilier ce besoin et le respect des textes légaux. Nous espérons qu'elle sera concluante et qu'elle pourra ainsi être déployée sur l'ensemble du territoire. ■

Dérives en Ehpad

L'appareillage des personnes malentendantes en Ehpad navigue en zone grise. Le cadre réglementaire actuel ne permet pas l'intervention des audioprothésistes auprès d'une population pourtant en perte d'autonomie et sous appareillée. En attendant, certains « professionnels » s'engouffrent dans la brèche.

Par **Katia Delaval, Pauline Machard et Ludivine Aubin-Karpinski**

Exercice illégal de la profession d'audioprothésiste et pratiques commerciales trompeuses : tels sont les chefs d'accusation auxquels devront répondre le dirigeant de MoovAudio et trois de ses salariés, devant le tribunal judiciaire de Bordeaux, en novembre prochain, selon un article du quotidien *Sud-Ouest*, paru en juillet 2022. La société, basée à Eysines en Gironde, contactait notamment des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) pour y proposer des dépistages auditifs gratuits en masse, puis des appareillages entièrement remboursés par l'Assurance maladie dans le cadre du 100 % Santé. Et ce, même hors de leur département et de la région Nouvelle-Aquitaine. « Nous avons notamment reçu des courriels avec le logo de l'Assurance maladie et du ministère de la Santé », témoigne le **directeur d'un Ehpad, situé près de Rennes**. Il a été approché par le dirigeant de la société en 2020. Comme certains éléments des messages électroniques reçus lui semblaient étranges, le directeur s'est renseigné auprès de la CPAM, puis a alerté le Syndicat des audioprothésistes. Aucun résident de l'Ehpad n'a finalement été victime de la supercherie. La société a depuis cessé son activité, ce qui n'a pas empêché ses dirigeants de créer, en janvier 2022, la société Odipro, qui propose ses services... en Ehpad.



© retrostar-AdobeStock

Ce fait divers illustre, de manière dramatique, la problématique de la prise en charge des patients malentendants en Ehpad, dans toute sa complexité. En effet, la perte d'autonomie liée à l'âge et l'entrée en établissement riment invariablement avec une rupture dans la continuité des soins audioprothétiques, voire son absence totale, pour les résidents, les audioprothésistes n'ayant pas le droit d'exercer hors de leurs centres. « Nos résidents représentent une population qui a clairement des besoins en appareillages auditifs, tout comme en soins optiques et dentaires. Mais la plupart ne sont pas très mobiles, constate le directeur de l'établissement breton. L'idéal pour ceux qui ont des problèmes auditifs est de se faire accompagner par leur famille chez un ORL ou un audioprothésiste. Mais ce n'est pas possible pour toutes les familles. »



© coll-perso

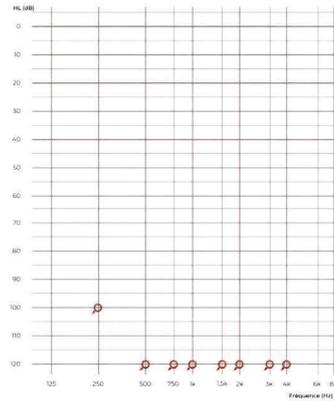
Brice Jantzem est président du SDA.

LE LOUP DANS LA BERGERIE

Malgré le cadre réglementaire, des acteurs, peu scrupuleux, profitent de la situation. Vulnérables et peu mobiles, les résidents malentendants ou leurs familles peuvent être tentés par des propositions de soins in situ. Des initiatives, plus ou moins vertueuses, semblent ainsi se multiplier vers la population des Ehpad, a fortiori depuis la mise en place du 100 % Santé et la possibilité pour les patients de recourir à une offre sans reste à charge. « De très nombreuses dérives ont été recensées, par des familles ou par des audioprothésistes », déplore **Brice Jantzen, président du SDA**. C'est le cas d'un autre établissement, cette fois-ci de la région de Calais, au sein duquel la société MoovAudio a également pu pénétrer, il y a plus d'un an. Le **Pr Christophe Vincent, chef du service otologie et otoneurologie du CHU de Lille**, sollicité en tant qu'expert technique et médical pour constater les faits, dresse un état des lieux accablant : « Il s'agit d'un abus de confiance. La direction de l'Ehpad et le médecin coordinateur ont été trompés, démarchés par cette société via des courriers usurpant le logo de l'Assurance maladie. 16 résidents ont été appareillés en une journée. 40 % présentaient des bouchons de cérumen obstructifs et l'une des résidentes, la doyenne du Nord, s'est retrouvée avec un appareillage bilatéral avec un gain nul alors qu'elle présente une cophose sur une oreille et une surdité profonde de l'autre (voir photos ci-contre et page suivante). »

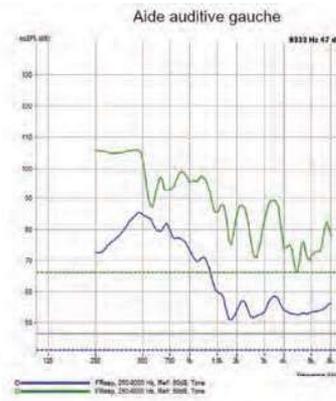
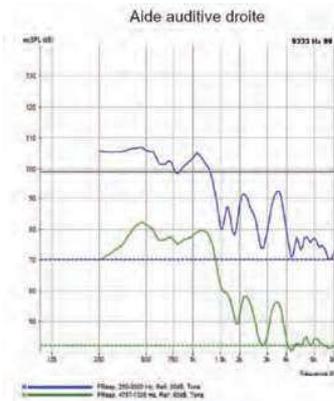
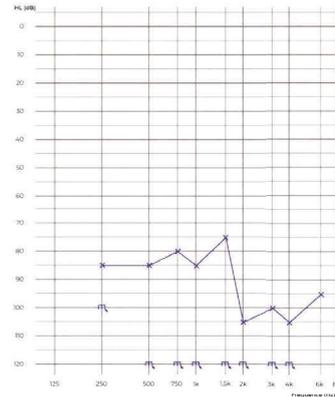
Christian Renard, l'audioprothésiste chargé par le Pr Vincent de réaliser un audit auprès des victimes, témoigne : « Sur la base d'audiométries réalisées à la va-vite par une personne ne disposant pas du diplôme d'audioprothésiste et sans otoscopie préalable, les 16 résidents ont été appareillés, quelques semaines plus tard, tous en stéréophonie avec des appareils réglés au préalable à distance depuis Bordeaux. Quel que soit leur degré de surdité, les patients ont "bénéficié" du même traitement : des micro-contours avec dômes ouverts standards, tubes fins et entre 0 et 15 dB de gain. Y compris les pensionnaires atteints de surdités sévères et déjà appareillés dont les aides auditives avaient plus de 4 ans, alors que leur appareillage leur donnait satisfaction. Il s'agissait à 100 % d'appareils de classe I. » En deux visites, la société MoovAudio a ainsi possiblement empoché 32 300€... Le rap-

► Cophose oreille droite



PTA gauche: 92 dB, HFA gauche : 98 dB
 — Conductivité auditive, AI=0% ; PTA=92, HFA=98
 — Niveau incoïncidentale
 — Conductivité auditive, AI=0%

► Surdité profonde oreille gauche



► Éléments du rapport réalisé par l'équipe de Christian Renard, suite à son audit auprès des résidents appareillés par MoovAudio dans un Ehpad de la région de Calais. Ici, le cas de Marie-Louise, centenaire qui s'est vu remettre deux micro-contours avec dômes et tubes fins !

port réalisé par Christian Renard et son équipe a été remis à la CPAM et l'ARS Hauts-de-France. « Le manque de contrôle conduit à des dérives très préjudiciables pour cette population particulièrement fragile », constate le Pr Vincent. **Le Pr François Puisieux, chef du pôle de gériologie du CHU de Lille**, abonde : « Il est nécessaire de faire évoluer le cadre légal mais avec des règles claires pour éviter de telles dérives. Le 100 % Santé est une excellente réforme. Il est triste de la voir détournée par des gens qui en tirent profit en abusant les professionnels des Ehpad qui croient bien faire et surtout leurs résidents. »

UNE ACTIVITÉ INTERDITE POUR LE MOMENT

En effet, la loi est claire. Choix, adaptation, délivrance, contrôle d'efficacité immédiate et permanente de la prothèse auditive et éducation prothétique du déficient... l'exercice « itinérant » de l'audioprothèse est illégal au regard de l'article L. 4361-6 du code de la Santé publique. Ce texte stipule que « l'activité professionnelle d'audioprothésiste ne peut être exercée que dans un local réservé à cet effet et aménagé ». « Même pour un patient déjà appareillé qui entrerait en Ehpad et ne pourrait plus se dé-



© DR

Le Pr Christophe Vincent est le chef du service Otologie et otoneurologie du CHU de Lille.



© DR

Christian Renard est audioprothésiste, directeur des Laboratoires d'audiologie Renard.



© DR

Le Pr François Puisieux est le chef du pôle de Gériologie du CHU de Lille.

Sur le même sujet

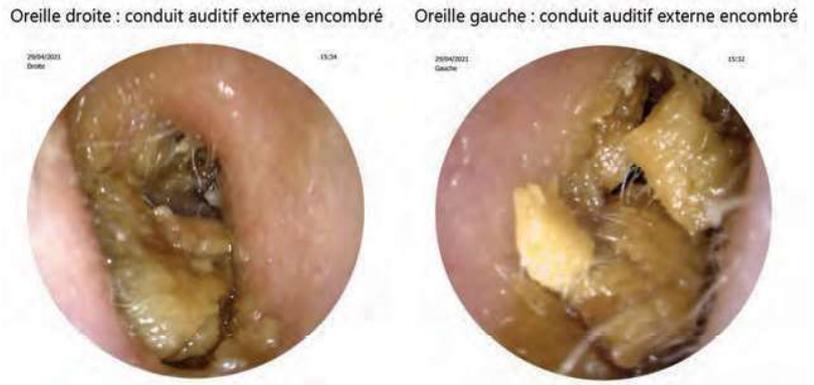
Lire *Audioprothèse et itinérance, les liaisons dangereuses ?*, paru dans *Audiologie Demain* n°7-8

placer jusqu'au centre auditif, le suivi au sein de l'établissement n'est pas autorisé », précise Brice Jantzem. Ces points sont rappelés dans l'article 14 de la Convention nationale des audioprothésistes, signée en juillet dernier entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les trois syndicats représentant les audioprothésistes. « Les audioprothésistes ne peuvent pas non plus effectuer de dépistage, ce serait de l'exercice illégal de la médecine, rappelle Brice Jantzem. Tout au plus peuvent-ils participer au repérage des troubles auditifs, sans poser de diagnostic. » Ni appareillage, ni suivi au sein des Ehpads donc... au risque d'un déconventionnement de l'Assurance maladie, pour les professionnels réfractaires. En plus du remboursement de toutes les sommes versées par celle-ci « car, si l'appareillage est fait hors nomenclature, il s'agit d'indus », souligne Brice Jantzem. Les patients appareillés ou leur famille peuvent aussi refuser de payer ou porter plainte pour abus de faiblesse. »

VERS UN ASSOULISSEMENT DU CADRE ACTUEL ?

Selon le président du SDA, l'encadrement de l'activité d'appareillage a pour objectif de protéger les patients de l'absence d'un suivi ultérieur et d'assurer une prise en charge de qualité, qui nécessite un équipement et des locaux spécifiques. Néanmoins, l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et la prévalence des troubles de l'audition parmi cette population plaident pour une évolution du cadre de la pratique de l'audioprothèse. Celui, établi en 1967, semble aujourd'hui trop rigide et peu satisfaisant au regard des besoins non couverts. Et, insuffisant pour empêcher les dérives... Il semble nécessaire d'accompagner les changements de société et d'anticiper ceux à venir. « L'idée serait de mettre en place un accord cadre permettant une prise en charge adaptée des personnes dépendantes, en Ehpads ou à domicile. Il pourrait ensuite être généralisé », estime le président du SDA (lire l'encadré).

En attendant, comment gérer la situation des personnes âgées à mobilité réduite et que leurs proches ne peuvent amener jusqu'à un centre auditif ? « Il est envisageable de négocier, dans un cadre ad hoc, une prise en charge d'un véhicule sanitaire léger par l'Assurance maladie », indique Brice Jantzem. Une solution dont on ne peut se satisfaire, même si elle reste, pour le moment, la seule légale. ■



► Un appareillage a été réalisé par MoovAudio sur ces bouchons.

“

16
résidents ont été
appareillés en
une journée. 40 %
présentaient
des bouchons de
cérumen obstructifs.

”

QUELS ENJEUX POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉPENDANTES ?

« Les enjeux sont nombreux, estime Brice Jantzem, président du SDA. Nous pensons que la prise en charge des personnes dépendantes doit passer notamment par une tarification spécifique qui, d'une part, prend en compte le coût des déplacements et, d'autre part, tient compte du suivi moins technique. Enfin, il est nécessaire de définir ce qui relève de la nécessité et de le distinguer de ce qui est du confort. Si on peut tolérer un service dégradé par nécessité, il n'est pas acceptable de le faire pour convenances personnelles, ce serait un retour en arrière et une perte de chance. »