Dossier de Presse

Conférence de presse

Étude Inserm « *Déficit auditif déclaré, appareils auditifs et déclin cognitif chez les personnes âgées : une étude sur 25 ans* »

29 octobre 2015

Contact Presse
Erika Nardeux
erika.nardeux@sinenomine.fr
06.50.96.37.74

Sommaire

- 1. Étude INSERM : « *Déficit auditif déclaré, appareils auditifs et déclin cognitif chez les personnes âgées : une étude sur 25 ans* » 3

  1. a Contexte général 3

  1. b L'étude épidémiologique bordelaise PAQUID 4

  1. c Principaux résultats 5

- 2. Un document de référence créé par le SNORL et l'UNSAF : « *Votre médecin ORL vous informe sur les déficits auditifs* » 6

  2. a Le déficit auditif : un problème méconnu et sous-estimé 6

  2. b Une fiche informative de référence, claire et précise 6

  2. c Fiche informative « *Votre médecin ORL vous informe sur les déficits auditifs* » 7

- ANNEXES 8

  1. L'Unité INSERM 897 « *Épidémiologie et Biostatistiques de Bordeaux* » :
  Professeur Hélène Amieva 8

  2. Le SNORL :
  Docteur Jean-Michel Klein 9

  3. L'UNSAF :
  Monsieur Luis Godinho 10

1. Étude INSERM : « *Déficit auditif déclaré, appareils auditifs et déclin cognitif chez les personnes âgées : une étude sur 25 ans* »

1. a Contexte général

Le vieillissement s'accompagne d'une diminution progressive des capacités neurosensorielles, et notamment des capacités auditives. La fréquence de ces troubles chez la personne âgée tend souvent à les banaliser. Pourtant, de par leur prévalence et leurs conséquences sur le plan thymique et fonctionnel, la prise en charge des troubles auditifs chez le sujet est un véritable enjeu de santé publique. On estime à **2/3 la proportion de personnes ayant une perte auditive chez les 70 ans et plus.** En effet, **30 % des personnes de 65 ans et plus** présentent **une perte d'audition**, et **70 % à 90 % des 85 ans et plus**.[1] En outre, **2/3 de ces personnes** ne seraient pas appareillées.[2]

Diverses études suggèrent l'implication de ces troubles auditifs dans le **fonctionnement cognitif**, **la dépression**, **l'atrophie cérébrale, les activités sociales**, **les actes courants de la vie quotidienne** ou encore **les comorbidités.** Les performances cognitives sont **plus faibles** chez les personnes ayant une perte auditive.

Dans une étude épidémiologique américaine, un lien a été rapporté entre la **sévérité de la perte auditive** et le **déclin cognitif** mesuré sur une période de 6 ans[3]. Néanmoins, peu de données existent sur le déclin à long terme des personnes âgées souffrant de troubles de l'audition et sur l'effet éventuel que pourrait avoir leur prise en charge au moyen d'une prothèse auditive. Grâce au recul désormais très important de **l'étude épidémiologique PAQUID**, il a été possible d'analyser l'effet des troubles auditifs, avec ou sans appareillage, sur l'évolution des fonctions cognitives au sein d'une cohorte suivie pendant 25 ans.

On estime à **35,6 millions le nombre de personnes souffrant de démence**. Avec l'allongement de l'espérance de vie, ce nombre sera **multiplié par 2 en 2030**. La maladie d'Alzheimer est le type de démence le plus fréquent : 2/3 des cas de démence dementia[4]. Chaque année, on compte **7,7 millions de nouveaux cas de maladie d'Alzheimer**, soit **1 nouveau cas toutes les 4 minutes**. En France, **860 000 personnes en sont atteintes**[5]. Selon l'OMS, la maladie d'Alzheimer est **l'enjeu de santé publique numéro 1 du 21è siècle.**

En outre, selon l'Insee, la part des personnes de plus de 60 ans va **augmenter jusqu'en 2035**, pour atteindre **31 % contre 17 % actuellement**. Ainsi, en 2035, les personnes de plus de 75 ans devraient représenter **13,6 % de la population** et **le nombre de personnes dépendantes devrait s'établir à 1,55 million.** Les troubles auditifs et leurs conséquences cognitives sont une **question de santé publique**.

[1] Chien & Lin 2012; Weinstein 2000
[2] Fisher et al 2011
[3] Lin et collaborateurs, 2013
[4] Lobo et al 2000
[5] Ramaroson et 2003

1. b L'étude épidémiologique bordelaise PAQUID

PAQUID est une étude de cohorte très connue dans le domaine de la gérontologie ayant donné lieu à de nombreuses publications sur l'épidémiologie de la maladie d'Alzheimer et de la dépendance. Débutée **au début des années 90**, la cohorte PAQUID a inclus **3 777 personnes âgées de 65 ans et plus**, vivant à domicile dans les départements de la Gironde et de la Dordogne, et acceptant de participer à cette étude à la fois populationnelle et longitudinale. **L'objectif était d'étudier l'association entre perte auditive, port d'un appareil auditif et déclin cognitif**.

Chacune des visites d'évaluation - la visite d'inclusion mais aussi chacune des visites de suivi - a été réalisée au domicile des personnes. Tous les deux ans environ, les participants recevaient la visite d'une psychologue qui réalisait une évaluation globale de leur état de santé au moyen de différents questionnaires, échelles et tests, portant sur leur santé physique, fonctionnelle, psychologique et cognitive. Les participants ont été suivis pendant **25 ans**, faisant de la cohorte PAQUID l'une des études épidémiologiques dans le domaine de la gérontologie ayant **l'un des suivis les plus longs dans le monde.**

Méthodologie d'analyse

Pour cette étude, l'échantillon analysé, représentatif de la population âgée, comprenait **3 772 sujets**. A la visite d'inclusion, une question spécifique portait sur la présence de troubles auditifs et sur le port d'une prothèse auditive. Parmi les 3 772 sujets ayant répondu à cette question, **2 443 sujets ne rapportaient pas de trouble auditif gênant** ; **1 178 rapportaient une gêne modérée,** notamment pour suivre une conversation à plusieurs ou dans le bruit, et **151 rapportaient une gêne majeure.**

Parmi les sujets rapportant une gêne de niveau modéré à majeur[6], **150 sujets portaient une prothèse auditive** et **1 179 n'étaient pas appareillés**. Par ailleurs, les participants ont été invités à réaliser à chaque visite de suivi, le test de MMSE, un test communément utilisé dans le domaine de la gérontologie permettant d'évaluer les fonctions cognitives de la personne âgée de manière globale (mémoire, attention, calcul, langage, capacités visuo-constructives, etc.). Une trentaine de questions leur ont été posées, mesurant **leurs capacités d'orientation dans l'espace, dans le temps, de langage** ou encore **leur mémoire.**

Ainsi, l'évolution des performances à ce test au cours des 25 années de suivi de la cohorte a été comparée chez ces différents groupes de participants. Le groupe considéré comme « groupe de référence » était le groupe de sujets ne rapportant pas de troubles de l'audition. Le déclin au test de MMSE a été modélisé par une régression linéaire mixte contrôlant **l'effet de variables de confusion potentielle** comme l'environnement social, le sexe, l'âge, ou le niveau d'éducation.

[6] Au total 1 329 sujets

1. c Principaux résultats

Les résultats issus de la comparaison des différents groupes de sujets montrent que **les personnes ayant un trouble de l'audition non-appareillées** ont présenté au cours des 25 ans de suivi, **un déclin au test de MMSE significativement plus important que les personnes sans trouble auditif.** En revanche, le déclin au test de MMSE du groupe de sujets ayant des troubles de l'audition et portant une prothèse auditive **ne différait pas** de celui du groupe de référence, à savoir les sujets sans trouble auditif.

Cette étude **confirme que le déclin cognitif est majoré chez les personnes âgées ayant un trouble de l'audition.** La perte auditive est généralement associée à une augmentation des symptômes dépressifs et un isolement social progressif. Cette étude suggère également, et ce **pour la première fois**, **qu'il n'existerait pas de lien direct entre trouble auditif et déclin cognitif**, dans la mesure où **avec une prise en charge audio-prothétique, le déclin cognitif chez les sujets ayant une perte auditive n'est plus majoré comparativement aux sujets sans perte auditive**. Le port d'une prothèse auditive agirait positivement sur la cognition en restaurant les capacités de communication, en favorisant le maintien d'activités sociales et la qualité de vie. Ces résultats plaident en faveur d'un **dépistage et d'une prise en charge des troubles de l'audition chez les personnes âgées**.

Ces résultats sont publiés dans *Journal of the American Geriatrics Society* :

Self-reported hearing loss, hearing aids, and cognitive decline in elderly adults: A 25-year study.
Amieva H, Ouvrard C, Giulioli C, Meillon C, Rullier L, Dartigues JF.
J Am Geriatr Soc. 2015 Oct;63(10):2099-104.
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13649/abstract

2. Un document de référence créé par le SNORL et l'UNSAF : « *Votre médecin ORL vous informe sur les déficits auditifs* »

2. a Le déficit auditif : un problème méconnu et sous-estimé

Le SNORL (Syndicat National des médecins spécialisés en ORL et CCF) et **l'UNSAF** (Syndicat National des Audioprothésistes) ont mis au point **pour la première fois** une fiche informative à l'attention **du corps médical et des patients,** afin de les sensibiliser aux **risques d'un déficit auditif non-pris en charge** et de leur expliquer **les rôles respectifs du médecin ORL et de l'audioprothésiste**.

La baisse d'audition s'installe en général progressivement et demeure un **problème méconnu**. En France, sur les trois millions de personnes « appareillables », on estime à près de **un million le nombre de personnes non-équipées.** Le déficit auditif non-compensé provoque une **dégradation de la qualité de vie** liée à l'isolement, à une **vie sociale réduite** et à la **sensation d'être exclu** ; menant à une augmentation de la **prévalence de la dépression**. Les répercussions peuvent être importantes tant au niveau familial, social et professionnel qu'au niveau cognitif. Les patients ne savent pas toujours vers qui se tourner. **Qui s'en occupe ? Qui fait quoi ?** Or le déficit auditif est un problème insidieux qui demande à être pris en charge **précocement et efficacement.**

2. b Une fiche informative de référence, claire et précise

L'ensemble de ces facteurs est peu connu et sous-estimé par les patients eux-mêmes. Afin des les sensibiliser à ces risques, une fiche concise est mise à leur disposition par le SNORL et l'UNSAF. Elle permet au corps médical d'expliquer aux patients, grâce à des informations claires et fiables, **les enjeux de ce problème de santé publique.** La fiche se penche sur **le parcours de soin** de l'audition en mettant en relief les maillons de la chaîne (les médecins ORL ainsi que les audioprothésistes), après le médecin généraliste.

Dans un premier temps, il est indispensable de diagnostiquer l'origine du problème. Le médecin généraliste orientera vers un médecin ORL : il sera à même, grâce à un examen médical et à une mesure de l'audition, de proposer une prise en charge adaptée au patient. Lorsqu'il n'y a pas de réponse médico-chirurgicale, le médecin ORL fait une prescription pour une réhabilitation par des appareils auditifs. C'est alors que l'audioprothésiste entre en jeu. Il choisit, conseille et propose les équipements adaptés à chaque personne. Pour ce faire, il interroge le patient, examine ses conduits auditifs et mesure son audition ainsi que sa compréhension. Après la délivrance définitive de l'équipement, il transmet un compte-rendu au médecin ORL et accompagne le patient pendant toute la durée de vie de l'équipement.

Cette fiche explicative permet aux patients d'être mieux informés sur les risques d'une baisse d'audition et d'avoir connaissance des étapes nécessaires d'une prise en charge réussie.

2. c Fiche informative « *Votre médecin ORL vous informe sur les déficits auditifs* »

Téléchargeable sur le site du SNORL :
http://www.snorl.org/wp-content/uploads/2015/10/Votre-m%C3%A9decin-ORL-vous-informe-sur-les-d%C3%A9ficits-auditifs-20-10-2015.pdf

Votre médecin ORL vous informe sur les déficits auditifs (v.2)

L'examen du médecin spécialiste ORL
La baisse d'audition est un symptôme dont il faut diagnostiquer l'origine.
Votre ORL pratique un examen médical, notamment des tympans, ainsi qu'une mesure de votre audition en vous faisant entendre des sons et répéter des mots, afin de déterminer la nature et l'importance de votre déficit auditif.
Certains déficits ont des causes particulières relevant d'un traitement médical ou chirurgical.
Le médecin ORL peut alors proposer une prise en charge adaptée.
Lorsqu'il n'y a pas de réponse médico-chirurgicale retenue, le médecin ORL conseille une réhabilitation par des appareils auditifs, dont la délivrance est soumise à sa prescription.

Le déficit auditif, un problème mal connu et sous-estimé
La baisse d'audition s'installe généralement progressivement, de manière insidieuse.
Si elle n'est pas prise en charge précocement, il peut y avoir des répercussions importantes au niveau familial, social, professionnel et cognitif.
En effet, le déficit auditif non traité provoque une dégradation de la qualité de vie, liée à l'isolement, à une vie sociale réduite et une sensation d'exclusion, menant à une augmentation des risques de dépression, de chutes, de pertes de mémoire…

L'audioprothésiste, le professionnel de santé spécialisé dans la réhabilitation de la baisse d'audition
L'audioprothésiste choisit, conseille et propose les équipements adaptés à chaque personne. Pour cela il interroge le patient afin d'évaluer sa gêne et ses besoins.
Il examine ses conduits auditifs, mesure son audition et sa compréhension, puis informe ensuite le patient sur les différents équipements disponibles et réalisables. Il précise leur utilisation, leur entretien, leur coût, leur durée de vie, les conditions de remboursement par les organismes de prise en charge et fait un devis.
Après accord du patient, il effectue des essais probatoires, en conditions de vie réelle, pendant au moins quinze jours, pour faire les réglages nécessaires et vérifier la bonne adaptation.
Après la délivrance définitive de l'équipement, il transmet un compte-rendu au médecin ORL.
Ensuite l'audioprothésiste accompagne les patients pendant toute la durée de vie de l'équipement, à raison d'au moins deux visites annuelles de contrôle.

Une large gamme de solutions auditives
Les appareils auditifs ont fait des progrès très importants tant par leur efficacité que par leur discrétion.
Aujourd'hui, la gamme de prix se situe majoritairement[1] entre 950 et 2000€ par oreille.
Même à un prix inférieur au prix moyen constaté sur le marché, 1470€ par oreille, tous les patients peuvent bénéficier de solutions efficaces et discrètes, garanties 4 ans.
Ce coût inclut le choix initial, la fourniture de l'équipement, son adaptation grâce à un essai, l'éducation prothétique, puis le suivi à raison d'une visite tous les 6 mois ou sur demande du patient.
Un remboursement partiel est prévu par la Sécurité Sociale et les mutuelles complémentaires.
L'audioprothésiste vous informera également sur les aides financières disponibles.

[1] À 90,6% pour la période avril 2014 - mars 2015, selon GfK.

ANNEXES

1. L'unité INSERM 897 « *Épidémiologie et Biostatistiques* » de Bordeaux : Professeur Hélène Amieva

Hélène Amieva est Professeur à l'Université de Bordeaux et responsable d'équipe au sein du Centre de Recherche Inserm 897. Le Centre de Recherche Inserm U897 « *Épidémiologie et Biostatistiques* » est fondé sur une synergie d'équipes de recherches dans les domaines de l'épidémiologie, des biostatistiques et de la santé publique.

Une des caractéristiques du centre est **la coordination et le suivi de grandes cohortes prospectives populationnelles** autour de problèmes de santé publique majeurs comme le VIH, le cancer ou les maladies neurodégénératives liées au vieillissement.

Au sein de ce centre, **Hélène Amieva mène depuis 15 ans des recherches sur l'épidémiologie du déclin cognitif lié au vieillissement** et à certaines maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer **et sur les possibles stratégies de prise en charge, en particulier non-médicamenteuses**, de ces déficits.

2. Le SNORL : Docteur Jean-Michel Klein

Le Syndicat National des Médecins spécialisés en ORL et chirurgie Cervico-Faciale (SNORL) a été fondé en 1907.
Il a pour mission de **défendre les intérêts spécifiques des médecins ORL** et de **promouvoir l'exercice de la spécialité** et ce quelque soit le mode d'exercice hospitalier, libéral ou salarié.

Le SNORL se différencie ainsi des syndicats dits "horizontaux" qui regroupent les médecins généralistes et spécialistes (CSMF, FMF, SML). Ces centrales sont seules habilitées à défendre les intérêts de l'ensemble de la profession auprès des pouvoirs publics, notamment au travers des négociations conventionnelles.

Le SNORL organise ou participe à de nombreuses manifestations tant à Paris qu'en régions. Son objectif est, notamment, de permettre à la spécialité d'identifier les problèmes et développer des évolutions de la pratique de l'ORL, en concertation avec la Société Française d'ORL (SFORL) et avec le Collège Français des enseignants en ORL.

Jean-Michel KLEIN est **ORL libéral** exerçant à Paris. Il **est Président du SNORL depuis 2011** après en avoir été le Secrétaire Général pendant 4 ans. Il est membre du Conseil National Professionnel d'ORL et élu de l'URPS médecins d'Île-de-France.

3. L'UNSAF : Monsieur Luis Godinho

Le Syndicat national des audioprothésistes (UNSAF) est né en avril 2011 de la fusion des trois syndicats historiques de la profession. Il est l'organisme professionnel représentatif des audioprothésistes et **siège notamment à l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS), au Haut Conseil des professions paramédicales (HCPP) et est également le signataire de la convention nationale de tiers-payant conclue avec les Caisses Nationales d'Assurance Maladie.** L'UNSAF est également présent au niveau européen au sein de l'Association européenne des audioprothésistes (AEA).

Chaque année, l'UNSAF organise le Congrès national des audioprothésistes français. Lors de cette manifestation d'envergure internationale, les dernières innovations en matière d'appareils auditifs et produits associés sont présentées. Le Congrès figure également comme une étape importante dans **la formation continue des Audioprothésistes** avec la tenue d'exposés scientifiques, de conférences et d'ateliers pratiques.

« *L'UNSAF représente tous les audioprothésistes de notre pays. Face au vieillissement de la population, notre profession combat l'isolement et la dépendance, corolaires d'un déficit auditif non-traité. Nous faisons des propositions pour que toute la population, y compris les plus modestes, puisse avoir accès à un appareillage auditif de qualité. Pour cela, nous sommes mobilisés pour rendre la prise en charge plus égalitaire et plus solidaire* ».

Luis Godinho est **Président du Syndicat national des audioprothésistes** depuis juin 2012. Il est impliqué dans la représentation de la profession à diverses responsabilités depuis 1996. Depuis novembre 2014, **il est membre du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)**. Il a d'abord exercé comme salarié dans un centre d'audioprothèse entre 1990 et 1993. Depuis 1994, il est audioprothésiste indépendant à Paris.