

Spend2Save/Dépenser pour économiser : Investir dans les technologies de l'audition améliore les conditions de vie et économise l'argent public

La perte d'audition chez l'adulte : un défi grandissant en Europe

La perte d'audition est l'un des problèmes sociaux et de santé les plus difficiles auxquels l'Europe est confrontée. Au niveau mondial, la résolution de l'OMS, Organisation Mondiale de la Santé, (2016a; mai 2017) a demandé aux pays d'intégrer des stratégies de prise en charge de l'audition dans les systèmes de santé et d'améliorer l'accès aux technologies de l'audition et de la communication. La faculté de communiquer nous définit et sous-tend notre capacité à interagir dans le monde : dans les relations avec la famille, les amis, les partenaires, pour avoir un emploi, mener une vie productive et maintenir notre santé et notre bien-être au travers de liens sociaux.

La perte auditive nous prive de la capacité de communiquer et influe sur toutes les facettes de la vie. Pourtant, son impact passe souvent inaperçu et sans réponse.

- **52 millions de personnes** en Europe ont des troubles de l'audition et ce nombre va croissant. (EFHOH 2016, 2018, AEA 2017, EHIMA 2017)
- La perte d'audition est la première cause d'augmentation du nombre d'années d'invalidité chez les personnes **de plus de 70 ans** en Europe de l'Ouest. (Davis 2016)
- Ceux qui ont une perte auditive sévère ont **cinq fois plus** de risque de développer un syndrome de démence que ceux qui ont une audition normale. (Lin & Ferrucci 2012)
- La perte auditive en milieu de vie peut représenter jusqu'à 9,1% des cas de démence évitables dans le monde et constitue potentiellement un facteur de risque sur lequel il est possible d'agir. (Livingston et al 2018)
- Les personnes âgées ayant une déficience auditive courent un plus grand risque d'isolement social et de **baisse du bien-être psychologique**. (Shield 2006, Shield 2018, Pichora-Fuller et al 2015)
- Les personnes âgées ayant une déficience auditive ont **deux fois et demie** plus de chance de faire de la dépression que les personnes sans perte auditive (Mathews 2013) et présentent également un risque accru de dépression majeure. (Amieva et al 2015, Davis 2011)
- L'isolement social **a un impact sur la santé** (Cohen 1995) et chez les personnes âgées, il existe une forte corrélation entre la perte auditive et le déclin cognitif (Lin 2013), la maladie mentale et la démence (Lin 2011, 2012) et la mort prématurée. (Friburg 2014, Contrera 2015)
- La perte d'audition est directement liée à **une plus forte consommation de services médicaux et sociaux**. (Xiao 2018, O'Neill 2016)
- Les personnes ayant une déficience auditive ont un **taux de chômage et de sous-emploi plus élevés**. (Kochkin 2007)



"... vous perdez votre confiance en vous, vous ne voulez plus participer à rien, parce que c'est comme cela que la surdité vous transforme."

"Plus de vie sociale. Un sentiment d'isolement. De la frustration. Incapable d'avoir des échanges même avec sa famille."

"C'était vraiment effrayant. J'allais peut-être devenir tellement sourd que je ne pourrais plus travailler correctement."

Adultes avec des pertes d'audition



La Perte d'Audition est un problème majeur de santé publique sans réponse en Europe, qui entraîne des coûts considérables pour les particuliers et les services publics. (WHO 2016a)

Les prothèses auditives, les implants cochléaires et les autres implants actuels peuvent changer cela :

- Les technologies auditives les plus récentes, y compris les prothèses auditives et les implants, ont montré qu'elles pouvaient changer la vie de ceux qui ont une déficience auditive et ont prouvé leur rapport coût-efficacité (Lamb et al 2015, Morris 2012, Bond 2009)
- L'utilisation efficace des prothèses auditives et des implants est rentable et donne un retour sur investissement de 10 à 1 (Kervasdoue and Hartmann 2016)
- L'utilisation des prothèses auditives et des implants cochléaires augmente l'employabilité et la capacité à gagner sa vie (Kochkin 2010, Clinkard 2015)
- Les appareils auditifs améliorent la santé mentale, les capacités physiques, les capacités cognitives et l'employabilité (Amieva et al 2015, Contrera et al 2015, Kochkin 2012, Dept of Health/NHS England 2015, Cochrane review, Ferguson et al 2016, Mahmoudi et al 2018)
- L'utilisation de prothèses auditives est liée à un moindre déclin cognitif (Deal 2015, Amieva et al 2015, Mahmoudi et al 2018)
- Les personnes malentendantes ressentent moins la stigmatisation liée au port de prothèses auditives et les utilisateurs sont plus satisfaits (Shield 2018, Eurotrak rapports sur www.ehima.com/documents)
- Les utilisateurs d'appareils auditifs font état d'une utilisation en augmentation (Eurotrak rapports sur www.ehima.com/documents 2018)
- L'Implant Cochléaire chez l'adulte améliore la qualité de vie, réduit le risque de dépression et améliore les fonctions cognitives (eg Mosnier et al 2015, Lamb and Archbold 2014 and Ng et al 2016)
- Dans les pays européens ayant le meilleur accès aux technologies auditives, comme au Danemark, les coûts associés à l'utilisation d'autres services tels que les premiers soins ou les séjours d'hospitalisation chez les personnes ayant une déficience auditive sont plus bas (Lamb 2016)
- Les personnes ayant une déficience auditive considèrent que leur implant leur apporte une très forte valeur économique (Ng et al 2016)
- Les critères et l'accès à l'implantation cochléaire varient considérablement d'un pays à l'autre (Archbold 2014) et le nombre d'implantations est souvent inférieur au nombre de ceux qui pourraient en bénéficier. (eg Raine 2013,2016)



“Je pense que beaucoup d'aspects de ma vie antérieure et de moi-même ont été retrouvés, j'ai regagné ma fierté et ma capacité à contribuer activement à la société sur un pied d'égalité.”

Adultes avec des implants cochléaires

Les prothèses auditives et les implants cochléaires sont des interventions bien rodées qui apportent des avantages significatifs dans l'amélioration de la communication et pour une meilleure qualité de vie avec moins de risque de développer des problèmes de santé coûteux tels que la démence, la dépression les problèmes de santé mentale et l'isolement social.

Les gens décrivent des changements profonds dans leur vie, notamment une plus grande capacité de communication, moins de dépendance envers les autres pour les aider à communiquer, une capacité à trouver et conserver un emploi, et une autonomie accrue, avec moins de dépendance à l'égard des services de santé et de soins sociaux.

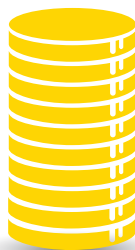
Le coût réel de la perte auditive . . .

Il y a de plus en plus de preuves en Europe et à travers le monde de l'impact économique de la perte auditive pour la société qui doit faire face à l'augmentation des coûts médicaux et sociaux engagés et tenir compte des pertes de revenus occasionnés. Les pertes auditives non traitées coûtent 750 milliards de dollars par an à l'économie mondiale (WHO 2016a).

Les coûts économiques annuels pour les pays européens ont été estimés comme suit :

ALLEMAGNE €30 MILLIARDS
FRANCE €22 MILLIARDS
ROYAUME UNI €22 MILLIARDS
ITALIE €21 MILLIARDS
ESPAGNE €16 MILLIARDS
POLOGNE €14 MILLIARDS
PAYS BAS €6 MILLIARDS

(Duthey 2013)



Une étude plus récente en Angleterre a révélé que les coûts associés à la perte auditive étaient estimés à 30,13 milliards de £ par an, y compris les coûts médicaux et sociaux (Archbold, Lamb, O'Neil 2014). En France, une estimation récente était de 23,4 milliards d'euros. (Kervasdoué J Hartmann, L 2016)

Le coût de la **NON** fourniture de technologies auditives a été démontré être plus élevé que le coût de leur fourniture. (O'Neil et al 2016, Kervasdoué and Hartmann 2016)

Les systèmes de santé doivent calculer les coûts de santé réels de la perte auditive. **NE PAS** fournir de prothèses auditives et d'implants cochléaires devrait être considéré comme un risque majeur. Cela génère à terme des demandes plus coûteuses encore pour les services de santé et de soins sociaux.

Nous devons changer notre façon de penser et nous assurer que nous incluons le coût de NE PAS traiter la perte auditive lorsque nous calculons les coûts de santé publique engagés pour résoudre la perte auditive.

“Un peu perdu pendant les réunions, ne sachant pas vraiment ce qui se passait. Je sentais que je ne pouvais plus faire mon travail.”

“J'ai perdu l'audition soudainement et complètement à l'âge de 24 ans. Je venais d'avoir un bébé et j'étais en congé de maternité. Cela a été un changement de vie. J'ai perdu toute ma confiance et j'ai eu peur d'être laissée de côté. J'ai été incapable de reprendre mon métier, en tant qu'avocate.”

Adultes avec déficience auditive

Recommandations

Les possibilités n'ont jamais été aussi grandes pour répondre aux besoins en matière de communication et de santé des personnes ayant une perte auditive. Les progrès des prothèses auditives et des implants ont révolutionné l'impact qu'ils ont sur les déficients auditifs. Le rapport coût-efficacité de ces technologies auditives a été prouvé et augmente d'autant plus que leurs prix ont considérablement diminué et que leur efficacité a augmenté.

La perte d'audition a un impact considérable tant pour les personnes que pour la société, mais aujourd'hui, il est possible de faire quelque chose pour que les dernières technologies soient disponibles pour tous ceux qui en ont besoin :

- Des Programmes Nationaux de Dépistage de l'Audition chez les Adultes devraient être mis en place pour s'assurer que les gens soient plus conscients de leur perte auditive et pour prendre des mesures précoces pour améliorer la santé et le bien-être et prévenir de coûts supplémentaires ultérieurs
- Le financement des technologies auditives devrait prendre en compte le coût élevé de ne PAS traiter la perte auditive
- Les régimes de financement devraient prendre en charge le coût global des prothèses auditives et des implants cochléaires car cela permettrait de faire économiser de l'argent à la fois aux systèmes de santé, de soins sociaux et de protection sociale des Pays
- Une stratégie de santé publique devrait être développée dans chaque juridiction européenne, qui pourrait s'inspirer des lignes du Plan d'Action du Royaume-Uni sur la Perte d'Audition pour faire de la perte auditive une priorité des services de santé publique
- Un examen des critères de candidature pour les implantations cochléaires et les prothèses auditives dans les Pays Européens avec des mesures restrictives devrait être lancé
- Élaborer des modèles de services innovants, y compris les dernières innovations en matière de téléthérapie et de fourniture de soins de santé afin que ces services puissent être fournis au meilleur coût
- Une nouvelle norme européenne pour la fourniture aux patients d'implants cochléaires qui reflète la norme européenne 15927-2010 pour les utilisateurs d'appareils auditifs devrait être introduite.

Accroître l'accès aux technologies auditives change la vie et fait économiser de l'argent public. Pour le rapport complet 'Dépenser pour Economiser', une stratégie Européenne, visiter : www.earfoundation.org.uk/research

Références

AEA (2017). Getting our numbers right. <https://www.aea-audio.org/portal/index.php/aea-action-plan/awareness>

Amieva H et al (2015). Self-reported hearing loss, hearing aids, and cognitive decline in elderly adults: A 25-year study. *Journal of American Geriatrics Society*, 63(10), 2099-2014.

Amieva H et al (2018). Death, depression, disability and dementia associated with self-reported hearing problems: A 25-year study. *Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 73(10), 1383-1389.

Archbold S et al (2014). *The real cost of hearing loss*. Nottingham, England: The Ear Foundation

Bond M et al (2009). The effectiveness and cost effectiveness of cochlear implants for severe and profound deafness in children and adults: A systematic review and economic model. *Health Technology Assessment*, 13(44), 1-330.

Clinkard D et al (2015). The economic and societal benefits of adult cochlear implant implantation: A pilot exploratory study. *Cochlear Implants International*, 16(4), 181-185.

Cohen S (1995). Psychological stress and susceptibility to upper respiratory infections. *Am J Respir Critical Care Med*, 152 (4 Pt 2), S53-S58.

Contrera K et al (2015). Association of hearing impairment and mortality in the National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 141(10), 944-946.

Davis A (2011). National survey of hearing and communication.

Davis A et al (2016). Aging and hearing health: The life-course approach. *Gerontologist*, 56, Suppl2, S256-S267.

Deal J et al (2015). Hearing impairment and cognitive decline: A pilot study conducted within the atherosclerosis risk in communities neurocognitive study. *Am J Epidemiol*, 181(9), 680-690.

Department of Health and NHS England (2015). *The action plan on hearing loss*. London: Department of Health and NHS England. Available: www.england.nhs.uk/2015/03/23/hearing-loss/

Duthey B (2013). A public health approach to innovation. Update on 2004 Background Paper 6.21 Hearing Loss. Available: http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP6_21Hearing.pdf

EFHOH (2016). Survey European Standard EN 15927:2010. Services offered by hearing aid professionals. Available: <https://efhoh.org/wp-content/uploads/2017/04/EFHOH-Survey-European-Standard-EN-15927-2010-Services-offered-by-hearing-aid-professionals.pdf>

EFHOH (2018). <https://www.efhoh.org/wp-content/uploads/2018/08/State-of-Hearing-Aids-Provision-in-Europe-2018.pdf>

EHIMA (2018). Euro trak reports Available: <https://www.ehima.com/documents>

EHIMA (2017). Getting our numbers right. <https://www.ehima.com/documents/>

Friberg E et al (2014). Sickness absence and disability pension due to otoaudiological diagnoses: Risk of premature death – a nationwide prospective cohort study. *BMC Public Health*, 14, 137.

Ferguson M et al (2017). Hearing aids for mild to moderate hearing loss in adults. *Cochrane Systematic Review*. Available: <https://www.cochranelibrary.com/>

Kervasdoué J, Hartmann L (2016). Economic impact of hearing loss in France and developed countries: A survey of academic literature 2005-2015. Available: <https://www.ehima.com/wp-content/uploads/2016/05/FinalReportHearingLossV5.pdf>

Kochkin S (2007). The impact of untreated hearing loss on household income. Better Hearing Institute. Available: http://www.betterhearing.org/sites/default/files/hearingpedia-resources/M7_Hearing_aids_and_income_2006.pdf

Kochkin S (2010). The efficacy of hearing aids in achieving compensation equity in the workplace. *The Hearing Journal*, 63(10), 19-28.

Lamb B, Archbold S (2013). *Adult cochlear implantation: Evidence and experience*. The case for a review of provision. Nottingham, England: The Ear Foundation.

Lamb B et al (2015). Bending the spend: Expanding technology to improve health, wellbeing and save public money. Nottingham, England: The Ear Foundation.

Lamb B et al (2016). Investing in earing technology improves lives and saves society money. Nottingham, England: The Ear Foundation.

Lin F et al (2011). Hearing loss and incident dementia. *Arch Neurol*, 68(2), 214-220.

Lin F, Ferrucci L (2012). Hearing loss and falls among older adults in the United States. *Archives of Internal Medicine*, 172(4), 369-371.

Lin F et al (2013). Hearing loss and cognitive decline in older adults. *JAMA Intern Med*, 173(4), 293-299.

Livingston G et al (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673-2734.

Mahmoudi E et al (2018). Association between hearing aid use and health care use and cost among older adults with hearing loss. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 144(6), 498-505.

Matthews L (2013). Hearing loss, tinnitus and mental health: A literature review. *Action on Hearing Loss*. Available: <https://www.actiononhearingloss.org.uk/-/media/.../research.../mental-health-report.pdf>

Morris A et al (2012). An economic evaluation of screening 60- to 70-year-old adults for hearing loss. *Journal of Public Health*, 49(1), 139-146.

Mosnier I et al (2014). Predictive factors of cochlear implant outcomes in the elderly. *Audiol Neurootol*, 19 Suppl 1, 15-20.

Ng Z et al (2016). Perspectives of adults with cochlear implants on current CI services and daily life. *Cochlear Implants International*, 17 Suppl 1, 89-93.

O'Neill C et al (2016). Cost implications for changing candidacy or access to service within a publicly funded healthcare system? *Cochlear Implants International*, 17 Suppl 1, 31-35.

Pichora-Fuller MK et al (2015). Hearing, cognition, and healthy aging: Social and public health implications of the links between age-related declines in hearing and cognition. *Semin Hear*, 36(3), 122-139.

Raine C et al (2013). Cochlear implants in the UK: Awareness and utilisation. *Cochlear Implants International*, 14 Suppl 1, S32-S37.

Raine C et al (2016). Access to cochlear implants: Time to reflect. *Cochlear Implants International*, 17 Suppl 1, 42-46.

Shield B (2006). Evaluation of the social and economic costs of hearing impairment. A report for Hear-It AISBL. Available: https://www.hear-it.org/sites/default/files/multimedia/documents/Hear_It_Report_October_2006.pdf

Shield B (March, 2018). The cost of untreated hearing loss. Paper presented at European Parliament, Brussels, Belgium

Wilson B et al (2017). Global hearing health care: New findings and perspectives. *The Lancet*, 390(10111), 2503-2515.

World Health Organisation (2016a). Development of a new Health Assembly resolution and action plan for prevention of deafness and hearing loss. Available: <http://www.who.int/iris/handle/10665/250805>

World Health Organisation (2016b). Global costs of unaddressed hearing loss and cost-effectiveness of interventions. Geneva: A WHO Report. Available: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254659/1/9789241512046-eng.pdf>

Xiao M, O'Neill C (2018). A comparative examination of healthcare use related to hearing impairment in Europe. *Global & Regional Health Technology Assessment*, 2018, 1-22.



The Ear Foundation®

Marjorie Sherman House,
83 Sherwin Road,
Lenton,
Nottingham,
NG7 2FB

Tel: 0115 942 1985

Email: info@earfoundation.org.uk

www.earfoundation.org.uk

Charity Number: 1068077



Report and research supported by an educational grant from Cochlear.



Traduction réalisée avec l'aide de AFIAC & SA.
Association Française des Implants Auditifs Cochléaires & Sourds Appareillés

Agrément W313003513.

11 rue Laurette – 31830. PLAISANCE DU TOUCH

T: 06 19 37 80 49 E: afiac.france@gmail.com www.afiac.fr

