

ALTERAGO

Numéro 10 - 1^{er} trimestre 2017

le mag

Grand témoin :

MICHEL MALONGA

**Itinéraire
d'une forte tête**

Du bloc au poste
**Petites plaintes
entre amis**

Le Forum ça continue
**Audioprothèse :
des gammes pour
quoi faire ?**

Point de vue
La parole aux OCAM



Fait pour *la vie*

Les solutions auditives Muse garantissent à vos patients l'expérience auditive la plus naturelle qui soit dans les environnements les plus complexes.

Plate-forme Synergy – technologie quadri-core double compression

- 5 fois plus puissante que la plate-forme précédente
- Compression indépendante paroles et musique
- 24 canaux réglables
- Plage dynamique élargie de 110 dB
- Technologie sans-fil 900sync
- Technologie Tinnitus Multiflex dans tous les modèles et niveaux technologiques



Muse

Système CROS –

Offre audibilité et compréhension de la parole aux patients atteints de perte auditive unilatérale.

Accessoire sans-fil Microphone SurfLink® –

Aide les utilisateurs lors de conversations en tête-à-tête dans des environnements sonores difficiles.



Ecoutez la différence sur starkey.fr.



Starkey.fr | @StarkeyFrance | facebook.com/starkeyfrancepro

Starkey.
Hearing Technologies

Mieux entendre. Mieux vivre.

Les tribulations d'un insoumis au bloc

Édito

La découverte d'un grand témoin prend parfois des chemins de traverse. Samedi matin post congrès, aéroport de Toulouse, café à la main vous interrogez votre interlocuteur sur son parcours. La voix de conteur, mode vieux sage africain, vous transporte devant la case de ses parents au Congo Brazzaville période décolonisation. Bien vite le vieux sage vous transforme en tête brûlée. 400 coups, révoltes syndicales, les cales d'un bateau traqué par les avions militaires, vous suivez les traces du Che Guevara pour faire des études à Cuba. Je passe les péripéties locales, la chirurgie de guerre et les embrouilles, votre diplôme de médecin sous le bras vous repartez vers l'Afrique. Toutes les routes mènent à Brazzaville... à condition de passer par Moscou, Beyrouth, Tripoli et j'en passe ; le chemin des barbouzes version guerre froide. En théorie la médecine ça calme. Pas vous. Votre promotion, un village disciplinaire à 500 bornes de tout, au milieu de nulle part, de quoi mater un réfractaire. C'est la chirurgie de brousse avec les moyens du bord. « Je t'assure Bruno que le taux de mortalité n'était pas plus élevé qu'en France ». Pour les patients peut-être ; pour le médecin c'est moins sûr. A force de marcher sur des plates-bandes qu'il valait mieux éviter, vous courrez pour attraper l'échelle de l'avion avant d'être lynché. Ça n'est plus les Barbouzes, c'est Indiana Jones. Vivant mais chômeur, le ministre fini par vous nommer conseiller, en charge du projet de développement des services de santé. Mais alors loin, très loin de la capitale, loin là-bas dans le sud du pays. Un an c'est court, surtout pour le président de la république à qui vous venez dire ce qu'il ne veut entendre sur l'état sanitaire du pays. Tu sais quoi petit ? Tu veux sauver des vies ? Pars faire des études de spécialiste en France. A Montpellier tiens, c'est une bonne école, c'est loin de Brazzaville et c'est à Monsieur Guerrier que tu pourras les briser menu.

...c'est à ce moment-là que l'embarquement de votre avion pour Paris est annoncé. Le ciel peut attendre, je veux la fin du film ! Heureusement Alter Àgo le Mag connaît la suite. Les grands témoins habituels essaient de laisser une trace dans notre histoire. Michel Malonga l'a épousée, la grande, sans même le faire exprès.

Comme dans toute chose le temps a fait son œuvre. Notre compaño a fini par se calmer. En grande partie grâce à celle

qui aura su le placer sur la voie de la sagesse. Il aura découvert entre temps, grâce à des âmes charitables en France, qu'il est noir, suffisamment en tout cas pour renoncer au bloc... mais surtout pas à son humour ravageur. En une époque où les formalismes de tout bord sont de rigueur, ou tableau Excel® et PowerPoint® font office de réflexions, sa vision holistique de la médecine est teintée d'un humanisme désuet. Il reste probablement un peu du révolutionnaire lorsqu'il déclare : « ... il faut savoir oublier les codes, parce que la vie n'a pas de code ». Dans la rubrique du bloc au poste, le directeur médical d'un groupe d'assurance exprime, sous une autre forme la même idée : « ... les médecins ont conscience que la médecine n'est pas une science exacte. »

C'est bien loin de ce doute humaniste qu'en cette année électorale, les prétendants à la fonction suprême et leurs équipes ont déjà trouvé des solutions aux maux de notre système de santé : réduction des dépenses, baisse des coûts, baisse des prix et j'en passe. Dites médical ou paramédical, on vous répond économie. Améliorer la prise en charge du malentendant ? Mandatons l'Autorité... de la concurrence ! Comment s'étonner alors qu'une des solutions préconisées soit de rendre les organismes payeurs à la fois juges et parties. Certains le demandent, mais, pour l'heure, pas ceux que nous accueillons dans ce numéro.

En fait Michel, lorsque tu proposes de : « ... les envoyer faire une partie de leur formation médicale hors de France, pour voir ce qu'ils sont réellement capables de faire. L'important, c'est de sauver des vies... », tu parles juste de tes jeunes confrères ?

Bruno Delaunay



ALTERAGO
le mag



Directeur de la publication :
Pauline Valet

Comité scientifique :
Michel El Bez, Lia Guilleré

Consultants éditoriaux :
François-Xavier Lanfranchi, Carine Duvoux

Rédaction :
Céline Biet, Karine Martin, Patrick Joblet,
François-Xavier Fabre, Bruno Delaunay

Maquette : LP-News
Photos : Jean Couturier, Philippe Sémour,
André Vigreux

Marketing, communication, événementiel, publicité :
Chérazad Aarab - 06 95 83 27 29
cherazad.aarab@clubalterago.com
Florence Dath - 06 62 03 80 65
communication@clubalterago.com
Pauline Valet - 06 78 45 21 50
paulinevalet@clubalterago.com

Magazine édité par
2 A de The Club

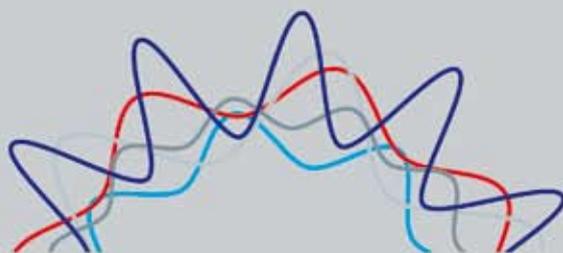
Impression :
Imprimerie FAURITE
01700 MIRIBEL

www.clubalterago.com

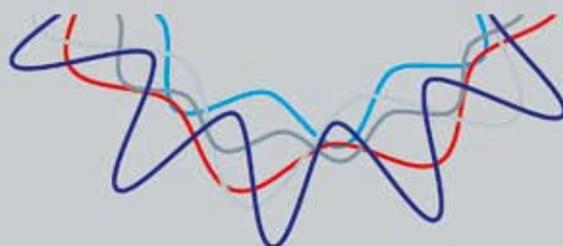


La reproduction ou l'utilisation des articles et informations est interdite sans l'accord de l'éditeur

INNOVATION LOGICIELLE FRANCE



HUBSOUND



Lancement officiel
le 1^{er} Janvier 2017

AUDIOMÉTRIE TONALE
AUDIOMÉTRIE VOCALE
AUDIOMÉTRIE VOCALE MULTI-BRUIT
SCENE AUDITIVE
TEST VCV
TEST DE LOCALISATION

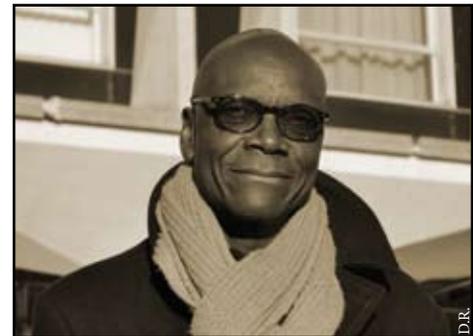
Sommaire

NUMÉRO 10 // JANVIER FEVRIER MARS 2017

Grand témoin

Michel Malonga,
Itinéraire d'une forte tête

6



En bref

DIU de Rhinologie, 15 ans déjà
Faire connaître la phoniatrie

18

Du bloc au poste

Petites plaintes entre amis

24



Le Forum ça continue

Audioprothèse :
des gammes pour quoi faire ?

30

Point de vue

OCAM et réseaux de soins :
la plaidoirie de la défense

44



L'art de se faire entendre

Lucien Gomulinski :
entre humour et métaphysique, la
peinture ou l'envers de la médecine

48

ALTERAGO LE MAG REMERCIE SES PARTENAIRES SPONSORS DE CE NUMERO :

AMPLIFON - ATMOS - BIOTONE - COCHLEAR - MEDEL - OTICON - SIEMENS - STARKEY - WIDEX



MICHEL MALONGA

de Brazzaville à Sarcelles... via Cuba,

itinéraire d'une forte tête

Au premier abord, on n'imagine pas l'histoire de cet homme calme, aimable, rieur – et qui ne fait pas son âge. Puis on se rend compte que, si la forte personnalité de Michel Malonga s'est assagie avec les années, l'homme est un révolutionnaire iconoclaste qui ne moque de se faire des ennemis.

Né au Congo, étudiant en « chirurgie de guerre » à Cuba, médecin généraliste dans la brousse, ORL à Brazzaville, urgentiste en Normandie, et enfin ORL à la Pitié-Salpêtrière et à Sarcelles : itinéraire surprenant d'un homme, à la fois obstiné, optimiste et généreux.

« J'ai toujours été dans le mouvement ». Cette phrase, lancée spontanément dès le début de l'entretien, résume parfaitement la vie et la personnalité de Michel Malonga.

« Mon père était militant anti-colonialiste, ce qui lui a valu de faire de la prison. Sans doute ai-je été influencé... » Ce qui est certain, c'est que Michel Malonga, né dans le Sud du Congo-Brazzaville, débute sa scolarité avec quelque indiscipline : « j'ai fini par rattraper toutes les classes de la 5e à la 2de en cours du soir. Et au lycée, j'ai participé à des grèves ». Bref, un élève assez turbulent.

ETUDIANT À CUBA

Turbulent, mais intelligent. En 1964, voulant former des cadres dans les pays pauvres, Che Guevara arrive dans une République du Congo fraîchement indépendante et nouvellement acquise au marxisme pour proposer à des lycéens de continuer leurs études à Cuba. Michel Malonga passe le concours et obtient une bourse. « Je suis parti à Cuba. La traversée durait 11 jours. Des B52 américains nous survolaient. Nous voyageons dans la soute du bateau, et nous avons la trouille ! C'était la guerre froide et la CIA a même annoncé que notre bateau avait coulé ! Mes parents croyaient que j'étais mort ! Nous avons dû nous prendre en



Ci-contre : Michel Malonga enfant (2^e en partant de la gauche) entouré de ses sœurs, son neveu et sa grand-mère.



était le meilleur, et aidait les autres. Par exemple, comme j'étais bon en anatomie, je me suis concentrée sur cette matière. Je suis même devenu moniteur d'anatomie. Je dormais même dans le laboratoire de dissection anatomique. Mais on a fini par m'en chasser... », se souvient-il en riant.

Cela n'empêchait pas les vacances... « rythmées par les périodes de coupe de canne à sucre : on coupait la canne à sucre pour l'industrie sucrière de Cuba, pendant un mois environ chaque année. »

Et dans tout cela une constante : Michel Malonga s'est bien vite fait remarquer : « j'étais, disons, un peu agité ». « J'ai eu des ennuis avec l'ambassadeur du Congo : j'étais responsable culturel des étudiants congolais à Cuba. Je les défendais et demandais à l'ambassade de les soutenir plutôt que de les renvoyer à Brazzaville lorsqu'il y avait des problèmes. » A tel point

qu'à la fin de ses études, « l'ambassadeur a voulu récupérer mon diplôme ! »

PROMOTION « CHE GUEVARA »

Pendant ses études, Michel Malonga s'oriente vers la « chirurgie militaire ». « J'étais en stage en chirurgie lorsqu'un matin, on m'appelle et on me dit : « tu vas être l'assistant du chirurgien de Fidel Castro » ! C'était pour une opération de l'estomac, je m'en souviens très bien. Ce chirurgien m'a donné de bons conseils, et cela m'a incité faire mon internat en chirurgie dans une clinique militaire. C'était une école de rigueur. Il fallait reconnaître les instruments les yeux fermés et au bout de trois mois, savoir se débrouiller dans la brousse. J'ai beaucoup appris. J'étais le seul Congolais à faire cette spécialité. »

« J'aimais d'ailleurs beaucoup l'armée, mais mon épouse, que j'avais rencontrée pendant mes études et qui était pédiatre, m'a dissuadé d'y rester. Elle m'a probablement ainsi sauvé la vie. »

Finalement, en 1974, il sort diplômé de médecine, option chirurgie, avec une mention « excellent », promotion Che Guevara ! « J'ai prêté serment sur l'île

photo et les envoyer à nos familles pour les rassurer. »

« J'ai eu mon bac scientifique à Cuba en 1966, avant d'y faire mes études de médecine, jusqu'à mon doctorat, option chirurgie. L'administration nous a donné une machine à écrire et – parce que j'étais alors le seul à savoir m'en servir – j'ai dû faire deux listes : une de ceux qui voulaient rentrer et une de ceux qui voulaient faire des études supérieures. »

LES TROIS-HUIT

« Nous étions 2 500 étudiants à Cuba en première année de médecine, mais seulement 250 à la fin de nos études. J'ai toujours estimé que nous devions nous entraider entre étudiants congolais. Nous nous étions organisé pour qu'aucun d'entre nous ne redouble. Je relevais les notes des autres étudiants, pour les orienter au mieux, j'étais derrière eux, je les poussais lorsqu'ils ne travaillaient pas assez... J'avais mis en place un système de « sentinelles » : nous faisons quasiment les 3x8, nous ne dormions tous en même temps que de 5 à 8 h du matin. Puis nous faisons des révisions communes en fin de la semaine. Chacun approfondissait les matières dans lesquels il

“

*Je dormais
dans le
laboratoire
de dissection
anatomique.*

”



“

Avec une dotation de médicaments pour six mois, il fallait rationner leur usage

”

des Pins, l'île de la jeunesse. Je voulais ensuite faire une spécialité en chirurgie cardio-vasculaire, mais l'ambassadeur – qui ne m'appréciait toujours pas – s'y est opposé et je n'ai pu faire ce cursus que de janvier à la fin du printemps. Puis il a fallu rentrer. Nous sommes passés par Moscou, Beyrouth, Tripoli, le Soudan, la Centrafrique... Nous avons eu des ennuis à Khartoum, mais je suis tout de même rentré à Brazzaville entier. »

DANS LA BROUSSE

A l'époque, au Congo, « il n'y avait que onze médecins congolais, les autres étaient des coopérants français. Avec notamment un de mes amis chirurgiens de l'époque, après une période de remise à niveau, nous avons commencé à gérer le service de chirurgie avec un colonel. Mais ce dernier pensait que nous n'étions pas compétents parce que « rouges » ! Nous voulions donc lui prouver le contraire et pendant un week-end de garde, nous avons opéré sans relâche. Le lundi matin, ce colonel nous a considéré comme des ennemis, quelqu'un a vendu la mèche au ministre de la Santé et j'ai été envoyé là où on envoyait les fonctionnaires récalcitrants : une sorte de « village disciplinaire », en pleine brousse. J'ai atterri à Djambala, à 500 km de tout ! Je buvais de l'eau de pluie, j'ai mangé du boa, du caïman, du singe... mais je faisais venir

de l'Evian par avion pour ma fille Antoinette et mon frère m'envoyait des colis de viande et de poisson pour elle. »

Seul médecin sur place, Michel Malonga se débrouille avec les moyens du bord. « J'avais une dotation de médicaments pour six mois, je devais donc rationner fortement leur utilisation. Je n'avais pas d'oxygène, j'injectais 500 mg de nesdonal

FACE AU RACISME

« J'ai toujours vécu avec le racisme : déjà, à Cuba, un blanc m'avait enfermé dans un local et avait essayé de me brûler. Je l'ai étranglé jusqu'à la cyanose. C'est un ami qui m'a arrêté et celui qui m'avait agressé a été renvoyé.

J'ai aussi eu des problèmes en France, à Montpellier et en Normandie. A Montpellier, un patient s'est étonné : « je croyais que vous étiez blanc ! » Que vouliez-vous que je fasse ? J'ai appelé un de mes collègues : « Tu peux venir ? le Monsieur cherche un blanc... » Les gens, en me voyant, étaient surpris car beaucoup n'avaient jamais vu de médecin noir.

Et cela continue aujourd'hui. Récemment, un patient à la Pitié-Salpêtrière m'a expliqué que je n'étais « pas à ma place » dans cet hôpital. J'ai refusé de le recevoir. »

Mais « ce sont vraiment des choses à dépasser. Il ne faut jamais les garder en soi », explique-t-il, calmement.

au patient, qui se mettait en apnée et je pouvais alors opérer. Avec presque rien, j'opérais des appendicectomies sous anesthésie locale, en infiltrant au fur et à mesure que je progressais, j'intervenais sur des grossesses extra-utérines, j'effectuais des ponctions lombaires en faisant des injections rachidiennes de procaïne chinoise, je réduisais des fractures... le tout avec les parents du patient dans le couloir, juste à côté, ce qui mettait la pression, car les lynchages n'étaient pas rares, malgré le respect porté aux rares médecins du pays. »

« Mais avoir la famille à proximité avait aussi ses avantages », reconnaît le médecin : « comme je n'avais pas de banque de sang, je groupais les parents et on prélevait en fonction des besoins. La notion de « consentement éclairé » n'existait pas ! »

« Djambala, c'était vraiment de la médecine de guerre ! Ma formation m'a bien servi pendant les deux années que j'ai passées là-bas », conclut-il.



D.R.

TRADI-THÉRAPEUTES ET POLITICIENS

Outre le sous-équipement, Michel Malonga était confronté à un autre problème : la cohabitation avec les politiciens locaux, « les tradi-thérapeutes » et les sages-femmes accoucheuses. « Après une appendicectomie, j'ai été obligé de chasser un sorcier qui donnait une décoction à mon patient, alors que ce dernier ne devait rien ingurgiter. J'ai été convoqué par le maire. Finalement, on s'est mis d'accord. Je surveillais par exemple les scarifications que les sorciers faisaient sur les enfants, parce que j'avais peur du tétanos. J'ai d'ailleurs eu un cas de tétanos. L'enfant a été évacué à Brazzaville, mais il est mort à l'aéroport. »

« Finalement, je me suis mis beaucoup de monde à dos et il nous a fallu fuir dans des conditions rocambolesques. Voyant la tournure que prenaient les choses, j'ai dit à ma femme : « avance avec l'enfant, va à l'aéroport, dis au pilote de mettre l'avion en marche ». Moi, je suis sorti de l'hôpital par derrière et j'ai attrapé l'échelle de l'avion au dernier moment. La milice arrivait. Elle m'aurait lynché. »

“

*Faute de banque de sang,
je groupais les parents et
prélevais selon les besoins.
Djambala, c'était vraiment
de la médecine de guerre !*

”

CHÔMEUR PUIS CONSEILLER DU MINISTRE

En arrivant à Brazzaville, « on m'a mis au chômage » : « je faisais quelques aides opératoires à l'hôpital, quand mes amis m'appelaient. Mes parents sont allés voir le père du ministre de la santé. J'ai été convoqué par ce dernier et j'ai été envoyé dans le Sud du pays, pendant un an, puis j'ai travaillé en tant que conseiller du ministre, chargé du projet de développement des services de santé dans cette région. Mais j'en ai eu assez au bout de six mois. J'ai expliqué au président de la République la situation sanitaire de la lèpre – mais il n'a pas eu la réaction que j'espérais. Le conseiller que je suis ensuite allé voir à Brazzaville n'a pas pris les choses plus au sérieux. J'étais déçu. »

C'est à cette époque que la carrière de Michel Malonga prend un nouveau tournant : « Un jour, un enfant qui avait inhalé une graine d'arachide est arrivé à l'hôpital mais il n'y avait pas de médecin ORL pour le prendre en charge. On devait l'envoyer dans un autre hôpital en bateau à Kinshasa, mais il est mort asphyxié avant. J'ai expliqué au ministre de la santé qu'il fallait absolument qu'au moins un médecin congolais soit spécialisé en ORL. J'ai été appuyé par mes collègues, et c'est comme cela que j'ai atterri à Montpellier, en 1978, dans le service du Professeur Yves Guerrier. »

« Mes parents ont été déçus : ils voulaient que je fasse de la chirurgie viscérale. Quand j'ai choisi l'ORL, ils m'ont demandé pourquoi... « les oreilles, c'est tellement petit », m'ont-ils dit ! », se souvient, amusé, Michel Malonga.

DES DÉBUTS DIFFICILES

Après trois mois de période probatoire, Michel Malonga intègre la formation en ORL. Mais, peu habitué aux méthodes françaises et toujours aussi obstiné, il éprouve quelques difficultés : « à la fin de la première année de spécialité, j'ai passé un examen comprenant 30 questions d'anatomie. A la fin de l'épreuve, il me restait 16 questions. J'ai refusé de rendre ma copie sans avoir terminé... et j'ai été renvoyé ! J'ai appris à ce moment-là qu'en France, un patron a toujours raison... Et le soir même, pour une fois, je me suis soulé à la bière. Mais le Professeur Guerrier m'a donné une nouvelle chance : j'ai été autorisé à repasser l'examen en septembre. C'est lui qui m'a interrogé pendant toute une matinée. Il m'a

permis de passer en seconde année, mais voulait m'envoyer dans un autre hôpital, à Paris, Bordeaux ou Marseille. J'ai refusé fermement : « Je suis venu pour vous, c'est avec vous que je veux travailler ! » Finalement, il s'est levé, m'a serré la main et je suis resté à Montpellier. »

Michel Malonga se lie alors d'amitié avec le fils du Pr Guerrier, Bernard. « Un jour, il m'a appelé pour l'aider au bloc, car son interne était malade. A la fin de l'opération, il m'a demandé où j'avais fait ma chirurgie, et à partir de ce moment-là, j'ai été pris dans l'équipe de chirurgie. »

Mais les ennuis de Michel Malonga ne se sont pas arrêtés pour autant : « j'ai eu des soucis avec des chefs de clinique, parce que j'étais un étranger qui mangeait le pain des Français et parce que je m'occupais des patients personnels du Professeur Guerrier ».

Du tac au tac

Havane ou calva ?

Je préfère les cigares, même si un digestif, c'est bon aussi ! Lorsque j'étais étudiant, je fumais des cigares, mais j'ai arrêté quand j'ai commencé à exercer, il y a plus de 40 ans !

Django Reinhardt ou Mahler ?

J'aime toutes sortes de musiques. La musique est pour moi une sorte d'ouverture universelle. J'aime David Guetta et Jean-Michel Jarre, mais aussi Beethoven !

La musique apaise, j'en écoute toujours à la fin de mes consultations. C'est une façon de faire le vide. Sans musique, la vie est fade, morne.

J'aime la musique depuis que je suis enfant. Je me souviens que quand je suis parti à Cuba, mon frère m'a averti : « tu vas là-bas pour étudier, pas pour la musique. »

Le poulet : basquaise ou moambe ?

Les deux !

Les vacances, c'est ?

Faire le vide et penser à autre chose, vivre d'autres émotions.

Je bouge beaucoup, et j'aime particulièrement l'Europe et l'Afrique. J'aimerais aller un jour en Asie mais surtout voir les pyramides, ces monuments qui défient le temps.

A part la médecine, votre passe-temps préféré ?

J'adore la littérature, la musique et le théâtre.

Lorsque j'étais étudiant, j'animais la troupe de théâtre des étudiants congolais à Cuba, jusqu'en quatrième année de médecine - à ce moment, j'ai dû faire un choix, je ne pouvais plus mener les deux de front. Je prenais des cours tous les samedis matins à l'école de théâtre de Cuba.

Le théâtre m'a toujours passionné, et j'y vais souvent.

Grand témoin

ORL AU CONGO

Ce qui ne l'empêche pas de rester à Montpellier jusqu'en 1986, complétant sa spécialité ORL par une formation en chirurgie maxillo-faciale chez l'adulte et en pédiatrie et par deux ans de neurochirurgie. « Je me suis dit : en ORL, on s'approche du cerveau, et s'il m'arrive un pépin, il faut

que je puisse réagir. » Pendant ce temps, sa femme exerce en réanimation et en néonatalogie, également à Montpellier.

Michel Malonga rentre ensuite au Congo, où il forme d'autres praticiens à sa spécialité. Il exerce à la fois à l'hôpital, en cabinet privé, et devient consultant pour l'Institut des jeunes sourds de Brazzaville, pendant que sa femme crée le service de néonatalogie de l'hôpital de la capitale. Parallèlement, il est chargé de cours à la faculté de médecine de Brazzaville et dirige des thèses.

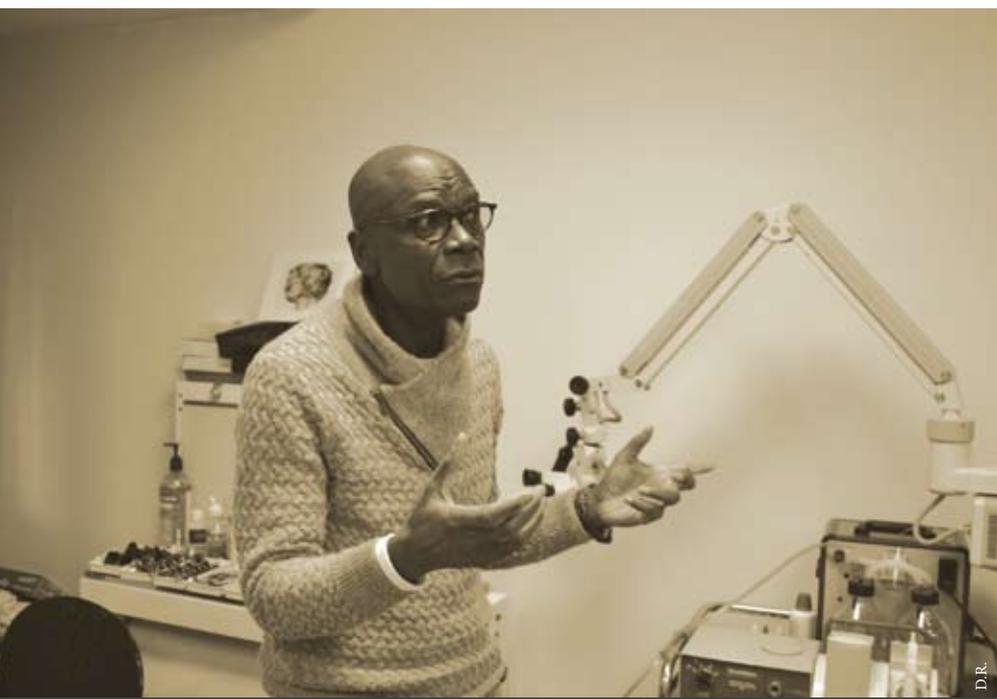
« En 1997, je suis revenu en France à cause de la guerre civile. J'avais peur pour ma famille et pour moi : les malades que j'avais opérés ne me reconnaissaient plus, et j'ai failli être pris pour cible. Heureusement, un jeune qui connaissait ma fille m'a reconnu et j'ai eu la vie sauve. Mais j'ai décidé de partir. »

DE BRAZZA À LA SARCELLES

« J'estimais que l'on avait plus besoin de moi à Brazzaville. En mars 1999, étant mis à la retraite, je suis revenu à Montpellier, où j'ai exercé à la Clinique mutualiste. Mon épouse m'a suivi. Puis elle a trouvé un poste en Normandie en 2001, et cette fois, c'est moi qui l'ai suivie. Nous y sommes restés jusqu'en 2011. A l'époque, je partageais mon temps entre la Normandie et la région parisienne : Sarcelles, où se trouve mon cabinet, la Pitié-Salpêtrière, dans le service du Professeur Lamas, et le centre de santé Saint-Lazare à Paris. En 2011, nous avons quitté la Normandie et nous sommes installés en région parisienne. »

Mais pourquoi Sarcelles ? « On m'a proposé de m'associer dans le XVI^e arrondissement de Paris, mais j'ai refusé. Ce que je voulais, c'est retrouver une population qui soit proche de moi, d'un point de vue moral. Je voulais être là où je serai utile à des gens venus du Tiers-Monde. On m'a expliqué que je ne deviendrai pas riche à Sarcelles, avec mes consultations à 28 euros. Mais la richesse n'est pas ce que je veux. Je veux de l'humain. Dans le XVI^e arrondissement, j'aurais été confronté à des gens différents, froids, alors que je veux pouvoir avoir un contact avec mes patients, prendre le temps de leur parler. Je ne suis pas une machine, un distributeur à ordonnances ! »

Aujourd'hui, à 73 ans, ayant atteint la limite d'âge pour exercer en structure hospitalière, Michel Malonga a cessé ses activités à la Pitié-Salpêtrière et au Centre de santé Saint-Lazare à Paris.



“

Je veux de l'humain, je veux pouvoir avoir un contact avec mes patients, prendre le temps de leur parler.

”

Les médecins français, trop gâtés, trop prudents, trop spécialisés ?

De Brazzaville à Paris, l'écart est grand et il est difficile de ne pas interroger Michel Malonga sur ce qu'il pense de la médecine



Trop gâtés, les médecins français sont peut-être aussi trop prudents : « Je trouve dommage que les jeunes n'aient pas ce goût du risque que j'avais à leur âge. Certaines interventions sont tellement codifiées... Or il faut parfois savoir oublier les codes, parce que la vie n'a pas de code ! Il faut laisser la place à l'improvisation. Les patients sont devenus procéduriers et les jeunes médecins ont peur d'être traduits devant le tribunal. Même les grands chirurgiens ont peur ! Les patients veulent 100 % de réussite, mais cela n'existe pas en médecine ! Il faut prendre des risques, on ne peut faire de médecine sans risque », insiste-t-il.

ELARGIR L'HORIZON

« A Djambala, je n'avais que peu d'antibiotiques, mais il n'y avait pas plus de complications post-opératoires qu'ici. Je travaillais avec un infirmier et lorsque l'on avait fini une intervention, on stérilisait la salle au formol. Il n'y avait pas davantage de risque d'infection qu'ici. Aujourd'hui, je pense que l'on en fait trop. Il y a des résistances qui n'existaient pas avant. On ne donne pas le temps au système immunitaire de la personne d'agir. »

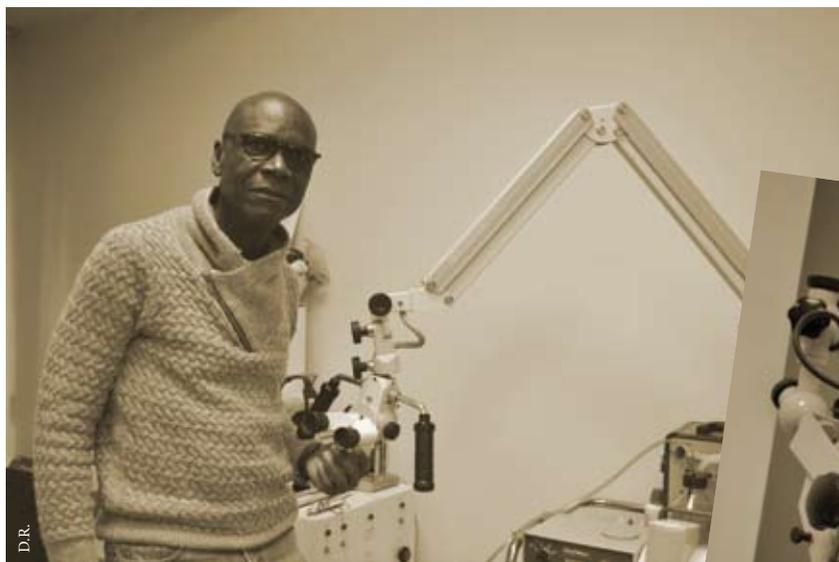
« Dans mon cabinet à Sarcelles, je soigne parfois les gens comme si j'étais encore dans la brousse, avec un vieux microscope et un diapason, qui me sert à faire mes diagnostics de surdité chez l'enfant ou d'otospongiose chez l'adulte. Je ne suis pas contre les dernières évolutions technologiques – j'en utilise certaines

en France : « En tant qu'ancien chirurgien du Tiers-Monde, je pense que les médecins français sont beaucoup trop gâtés ! », affirme-t-il en riant. « Quand j'étais à Djambala, je n'avais que 4 pinces pour faire une appendicectomie, et je m'en sortais ! »

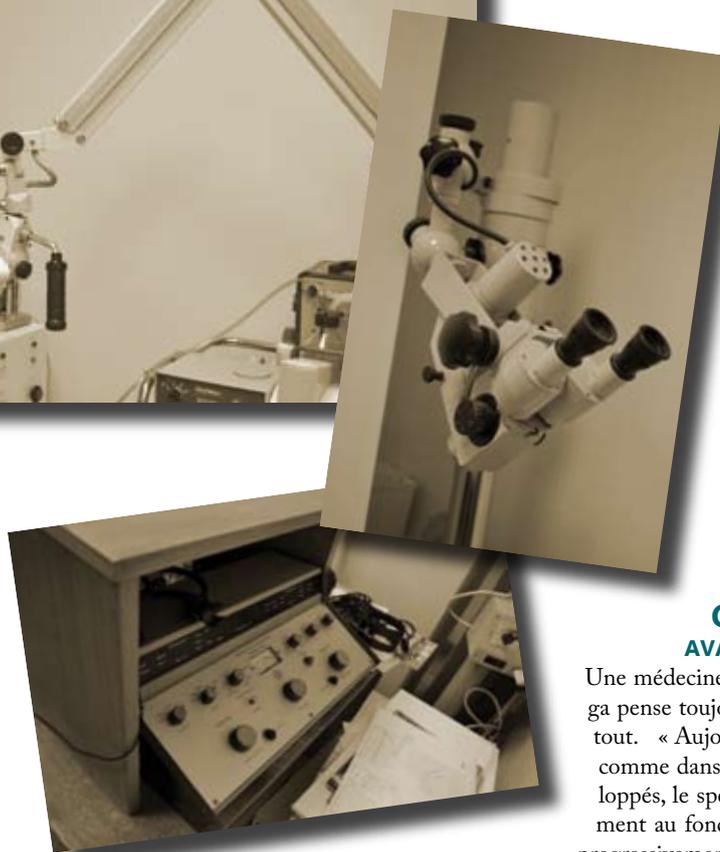
“

Pas plus de complications opératoires à Djambala qu'ici.

”



Dans le cabinet de Michel Malonga à Sarcelles, des outils qui ont plus de 30 ans : ci-contre, à droite, un microscope Vasconcellos et un audiomètre AC3.



– mais leur prix me freine souvent. »

La solution pour faire sortir les jeunes médecins de cette (trop grande) prudence ? « Les envoyer faire une partie de leur formation médicale hors de

France, pour voir ce qu'ils sont réellement capables de faire. L'important, c'est de sauver des vies, et lorsque l'on est dans des conditions extrêmes, on trouve toujours des ressources insoupçonnées. Je pense qu'en les envoyant ailleurs dans le monde, les jeunes médecins français acquerraient une autre vision de la médecine. »

GÉNÉRALISTE AVANT TOUT

Une médecine que Michel Malonga pense toujours généraliste avant tout. « Aujourd'hui, en France comme dans les autres pays développés, le spécialiste est allé tellement au fond de sa spécialité que progressivement il s'est détourné de la médecine générale. Or la médecine générale est notre socle, notre formation de base. Il faut prendre en compte le corps du patient dans son ensemble. Prenez les acouphènes : 35 maladies peuvent en être la cause. Si vous ne fouillez pas, vous ne trouverez pas l'origine du problème. »

Le médecin est donc « pour une prise en charge complète du patient. A Djambala, tout chirurgien que j'étais, je me suis retrouvé dans le rôle du généraliste. Cela explique que je continue aujourd'hui à agir comme tel. Lorsque j'étais en Normandie, je travaillais aux urgences, ce qui fait que je n'hésite pas à intervenir dans la rue quand je vois quelqu'un faire un malaise. Dans ces cas là, j'oublie que je suis ORL, je fais simplement mon travail de médecin. »

« Mais cette vision holistique n'est pas dans l'air du temps », déplore-t-il. « Un directeur de banque m'a dit un jour que je prenais trop de temps avec les malades – je passe en moyenne 15 à 20 minutes avec chacun... Mais, moi, j'estime qu'il faut parler avec les gens pour pouvoir mieux les soigner et les orienter. »

PATHOLOGIES ET CULTURE AFRICAINES

« Aujourd'hui, à Sarcelles, je vois des gens venant du Tiers-Monde – d'Afrique, du Maghreb, du Moyen-Orient – avec des problèmes d'oreille qui traînent depuis longtemps. Tout simplement parce que la pathologie de l'oreille est sous-estimée dans ces pays. Ces malades ne sont donc pas suivis. En Afrique, la majorité des pays comptent moins d'un ORL pour 1 million d'habitants. Les gens se soignent avec des plantes, dont certaines ont des effets négatifs et peuvent même entraîner des sténoses du conduit auditif. Lorsqu'ils arrivent à la capitale, ils sont en général au stade terminal de la maladie, avec des complications inévitables. J'ai vu par exemple des patients arriver avec un nerf facial en lambeaux... »

Quant à l'appareillage auditif, « c'est un luxe au Congo. Un seul de nos universitaires est appareillé. Les jeunes sourds sont livrés à eux-mêmes. Or la prescription d'appareillage n'est pas un luxe : la surdité est un déficit sensoriel et les audioprothèses sont des aides indispensables. Ce qui est du luxe, c'est leur prix. Après avoir visité un usine de fabrication d'aides auditives, j'ai compris pourquoi elles sont vendues si cher. Mais il reste que des appareils neufs sont tout simplement inaccessibles dans les pays du Tiers-Monde. »

C'est pourquoi Michel Malonga « récupère de vieux appareils en France ». Avis aux âmes généreuses, « n'hésitez pas à me contacter si vous avez des appareils usagés ! » lance le médecin.

Grand témoin

« Cet enfant avait une tumeur rare : un tératome rétro-auriculaire. Je l'ai opéré. Il n'y a eu que deux cas semblables qui ont fait l'objet de publications dans le monde. »



« Cet enfant avait aspiré une pointe, qui s'était coincée dans ses bronches. Lorsqu'il est arrivé à l'hôpital de Brazzaville, le pédiatre et moi, qui n'étions ni l'un ni l'autre chirurgien thoracique, n'avons pas eu le choix : il fallait l'opérer ! Et nous avons réussi. »



« Cette photo a été prise en 1992. Cet homme avait un goitre. Il était marginalisé dans son village, parce que les gens pensaient qu'il avait mangé un autre homme, qui s'était accroché dans sa gorge... Je l'ai opéré. »

WIDEX BEYOND™

SOYEZ CONNECTÉS

UN SON NATUREL
ET PERSONNALISÉ



CONNEXION
Bluetooth™



TECHNOLOGIE
Puce UNIQUE™
Dernière génération



TRI-LINK
Connectivité Bluetooth,
accessoires DEX™ et lieux publics 



APPLICATION
Programmes personnalisés
Streaming (Appels et musique
directement dans les appareils)

Made for
 iPod  iPhone  iPad

WIDEX BEYOND™
LIFE WITHOUT LIMITS

BEYOND™, ENFIN UNE SOLUTION POUR LES BABY-BOOMERS

En 2015, les sexagénaires étaient au nombre de 15 millions. En 2020, ils seront près de 20 millions. Avec un revenu disponible estimé à plus de 400 milliards d'euros et qui devrait presque doubler d'ici 2030, nos seniors représentent une formidable opportunité de croissance. Mais sont-ils des clients comme les autres ?

« *On se trompe sur les seniors* »

Fini la stigmatisation des seniors retraités, en déclin, dépendants ou solitaires. L'arrivée des baby-boomers, nés entre 1945 et 1964, balaie ces clichés et modernise l'image des personnes âgées.

DES CONSOMMATEURS EXIGEANTS

Malgré un revenu et un patrimoine souvent plus élevés que leurs enfants et même s'ils sont prêts à ouvrir généreusement leur portefeuille pour rester autonomes le plus longtemps possible, ils n'en restent pas moins des consommateurs très exigeants.

Si les sujets de la santé et des services à la personne étaient souvent les premiers cités quand on parlait de senior, le lancement de la Silver Économie a permis de les rattraper avec les loisirs, le tourisme et, révolution du numérique oblige, par tout l'univers des objets connectés qui leur permettent de gérer facilement leurs appareils. Oui, cette nouvelle génération est ultra connectée. Les plus jeunes d'entre eux ont bénéficié de la pratique quotidienne d'internet ou du smartphone au sein de leur entreprise et les moins jeunes ont découvert avec bonheur la tablette tactile.



« *Ils sont à la recherche de simplicité, sans compromis sur la qualité.* »

LIBÉRÉS, DÉLIVRÉS...CONNECTÉS.

Parmi les valeurs les plus citées par ces nouveaux seniors, on retrouve la liberté et l'indépendance. Une écrasante majorité d'entre eux se déclare désireuse de rester le plus longtemps possible chez soi, même en cas de dépendance.

Ils veulent pouvoir continuer à être comme tout le monde, pouvoir se tenir informés avec la TV ou la radio, téléphoner, surfer sur internet et également continuer une activité, professionnelle ou associative, ou encore aller au cinéma, au théâtre, au restaurant, à des concerts. Ces nouveaux seniors vivent pleinement leur âge et veulent en profiter, mais à condition d'être bien équipés.

BEYOND, EN RÉPONSE AUX ATTENTES DU MARCHÉ

LA NOUVEAUTÉ WIDEX, BEYOND
CONNECTIVITÉ BLUETOOTH

UN SON naturel

APPLICATION intuitive

CONNEXIONS sans fil

AUTONOMIE de la pile

STREAMING AUDIO haute définition

LES ATTENTES DES CONSOMMATEURS

BEYOND™

SOURD FAUTE DE FER ?

Parue dans le JAMA en décembre, une étude de chercheurs américains de l'université d'État de Pennsylvanie* met en avant un lien entre déficience en fer et perte d'audition.

Réalisée à partir des dossiers médicaux de plus de 300 000 adultes américains de 21 à 90 ans, entre le 1er janvier 2011 et le 1er octobre 2015, l'étude montre que, parmi les 1,6 % de patients ayant d'un trouble de l'audition, 0,7 % souffrent à la fois d'un trouble de l'audition et d'une déficience en fer. Pour le moment, les chercheurs n'ont pas trouvé de cause à ce phénomène. « Des recherches plus poussées sont nécessaires pour mieux comprendre le lien potentiel entre la déficience en fer et la perte auditive, et déterminer si l'amélioration du dépistage et du traitement de la déficience en fer chez l'adulte peut avoir un impact pour les personnes malentendantes. »

* Kathleen M. Schieffer, BS1; Cynthia H. Chuang, MD, MSc2; James Connor, PhD3; et al James A. Pawelczyk, PhD4; Deepa L. Sekhar, MD, MSc5

ANALGÉSIFIQUES MAIS OTOTOXIQUES !

Parue dans l'American Journal of Epidemiology, une étude de chercheurs de l'école de médecine de Harvard* montre un lien entre la consommation régulière et prolongée d'acétaminophène ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et le risque de survenue de problèmes auditifs.

Réalisée auprès de 55 850 femmes, l'étude a comparé le risque de pertes auditives en fonction de la durée pendant laquelle ces dernières ont pris des analgésiques (de moins d'un an à plus de six ans). Le risque de souffrir de perte auditive est, selon les résultats, plus élevé (10 % pour la paracétamol, 9 % pour l'ibuprofène) chez les personnes ayant pris durablement ces médicaments, ce risque n'étant pas avéré pour l'aspirine. Au total, 16,2 % des pertes auditives des femmes pourraient être liées à la consommation de ces analgésiques.

* Brian M. Lin, Sharon G. Curhan, Molin Wang, Roland Eavey, Konstantina M. Stankovic and Gary C. Curhan.

96 % des patients appareillés depuis plusieurs années et ayant renouvelé au moins une fois leurs appareils **sont satisfaits**. C'est ce

que montre une étude réalisée par Gallileo Business Consulting en avril et mai 2016 auprès de 532 clients des dix enseignes du Syndicat national des entreprises de l'audition (Synea). Soit un taux de satisfaction supérieur à celui constaté par Eurotrak 2015 (84 % de patients satisfaits).

Par ailleurs, l'étude montre que 99 % des personnes appareillées « jugent leur audition nettement ou plutôt meilleure qu'avant d'avoir des aides auditives ».

A noter que l'âge des personnes interrogées est de 77 ans et qu'il s'agit de personnes équipées depuis 13 ans en moyenne. 88 % d'entre elles sont équipées pour les deux oreilles et ont payé leurs appareils 1 584 euros par oreille en moyenne.

2,8 c'est le nombre de visites effectuées chaque année chez l'audioprothésiste par les patients interrogés. Pendant la durée de vie de l'appareil, 82 % des patients vont 2 fois par an chez l'audioprothésiste et 48 % s'y rendent au moins 3 fois par an. **Les visites sont donc plus fréquentes que ce qu'impose la réglementation** (2 visites par an).

Cette moyenne de 2,8 visites par an est la même avant l'achat de l'appareil, pendant la période d'essai et de choix : 91 % des patients effectuent minimum 2 visites par an et 51 % plus de 3 visites par an chez l'audioprothésiste avant de se décider.

La durée moyenne d'une visite est de **23 minutes**.

92 % des personnes interrogées estiment « **l'accompagnement de l'audioprothésiste** et ses équipes plutôt ou

tout à fait **indissociable de l'appareil auditif** en lui-même dans l'obtention des résultats de leur appareillage ». 94 % considèrent « l'accompagnement de l'audioprothésiste et ses équipes plutôt ou tout à fait **fondamental et incontournable pour la réussite de leur appareillage** ». Seuls 29 % des personnes interrogées pensent que « leur appareillage ne s'explique que par la qualité de l'appareil ».

85 % des malentendants interrogés par Gallileo préfèrent « **payer un forfait tout compris** pour leurs appareils

incluant un temps et une disponibilité illimitée de leur audioprothésiste et ses équipes ».

DIU de Rhinologie : 15 ans déjà

Il y a 15 ans, le Professeur Bonfils de l'Université Paris V René Descartes et le Professeur Coste de la faculté de Créteil créaient un DIU au programme ambitieux «Principes anatomo-cliniques et physiopathologiques des thérapeutiques en rhinologie ». Panorama d'une formation dont le succès ne se dément pas.

Il s'agit d'un diplôme sanctionné par un examen écrit et conçu pour être validé en un an. « Tout a été fait pour faciliter la venue des participants, explique le Professeur Bonfils. L'enseignement est réparti en 4 séminaires de 2 jours chacun, calés en fin de semaine sur les jeudis et vendredis. Nous avons voulu des cours très complets à la fois théoriques et pratiques – avec des TP et des dissections anatomiques ».

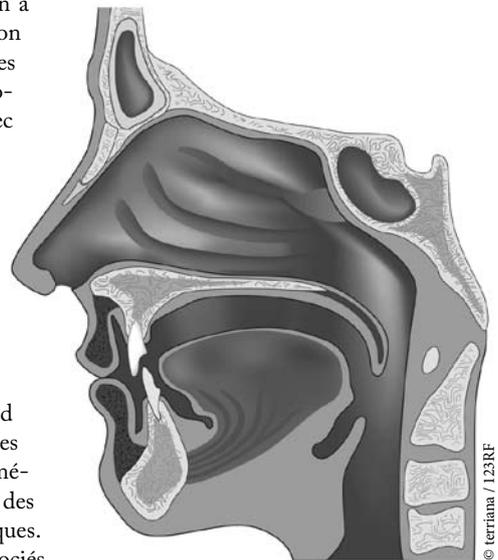
Chacun des séminaires correspond à l'un des quatre grands axes de la formation :

■ Séminaire d'automne à l'hôpital Georges Pompidou : les bases de la rhinologie - anatomie, physiologie, sémiologie – pour pouvoir construire un diagnostic en rhinologie. Cela inclut une formation à l'imagerie en rhinologie, une dissection pas à pas des cavités naso-sinusiennes et l'apprentissage des tests d'olfactométrie. Les cours sont dispensés avec la participation de radiologues.

■ Séminaire de janvier à Créteil : les rhinites chroniques, « un sujet essentiel dans le travail quotidien des ORL », souligne le Professeur Bonfils, rappelant que 10 % de la population souffre de problèmes naso-sinusiens. L'enseignement comprend des TP portant sur toute la batterie des examens à faire – de la rhinomanométrie aux études cellulaires – ainsi que des cours sur les indications thérapeutiques. Allergologues et pédiatres sont associés aux intervenants.

■ Séminaire de printemps à l'hôpital Georges Pompidou : les sinusites localisées à causes identifiables (dentaires, bactériennes, mais aussi mycotiques et malformatives) et leurs complications. Là encore, aux côtés des ORL, sont sollicités pour dispenser cet enseignement des praticiens d'autres disciplines : radiologues, stomatologues et spécialistes de la chirurgie maxillo-faciale.

■ Séminaire de mai à Créteil : ce dernier séminaire, qui comprend également l'examen, est consacré aux rhino-sinusites diffuses – des maladies intrinsèques de la muqueuse nasale qui touchent 5 % de la population, et peuvent connaître des complications très complexes à gérer. La pathologie tumorale est également abordée. « L'enseignement, précise enfin le professeur, s'adresse aussi bien à des médecins ORL déjà installés en ville ou à des praticiens hospitaliers qui souhaiteraient actualiser leurs connaissances, qu'à des jeunes internes – qu'ils soient Français ou étranger, puisque nous accueillons des étudiants belges, suisses, italiens, ou de pays d'Afrique du Nord ».



Avis aux intéressés : le nombre de places est limité à 20, et il y a donc une liste d'attente.

Renseignements et préinscriptions :
Professeur Pierre Bonfils, ORL,
Hôpital Européen Georges Pompidou,
20 rue Leblanc, 75015 Paris
pierre.bonfils@aphp.fr

Faire connaître la **phoniatrie**, clap, **deuxième** !

Après le succès des premières rencontres de Phoniatrie organisées en 2016 avec le soutien du club Alter Ago, le docteur Gérard Chevaillier, ORL-Phoniatre, entend bien renouveler l'opération « Et si on se disait tout sur la voix ». Rendez-vous en 2018 !

Pourquoi des rencontres de Phoniatrie ? Cela ne duplique-t-il pas le Congrès ?

Il manque actuellement une formation théorique mais surtout pratique en phoniatrie depuis la disparition des diplômes d'université de phoniatrie. Les phoniatries de demain seront d'abord ORL puisque le volume des cours de phoniatrie au sein du DES d'ORL est assez réduit et purement théorique. L'idée est donc d'intéresser les internes, les jeunes médecins ORL, qui n'ont le plus souvent fait qu'entrevoir ce qu'est la phoniatrie en la rendant attractive, concrète et pratique, en mettant l'accent sur les échanges entre participants phoniatries et non phoniatries. Par rapport à un congrès, nous ne visons donc pas qu'un public ultra-spécialisé.

Lors de cette première édition, l'accès était gratuit pour les internes, et les chefs de clinique ont bénéficié d'un tarif privilégié ; le reste des participants se sont acquittés du tarif normal – étant précisé

pas prévu au départ, mais nous nous réjouissons qu'il y ait eu une demande.

50 participants, cela reste confidentiel. Quelle forme ont pris les échanges ?

Ce nombre restreint offre de vrais avantages en termes d'organisation.

D'abord, il permet d'organiser des ateliers. Le thème des premières rencontres était « et si on se disait tout sur la voix ». Le premier atelier, animé par Pierre-Olivier Védrine et Virginie Woizard, était consacré à l'examen dynamique de la voix au moyen de la vidéostroboscopie. Nous avons pour cela pu bénéficier de cinq colonnes de vidéostroboscopie de notre sponsor Xion et travailler en petits groupes. Le second, animé par Bruno Coulombeau et moi-même, portait sur l'écoute de voix pathologiques et le classement de ces voix selon différentes échelles d'écoute, chose à laquelle ne sont pas habitués les internes et les chefs de clinique.

Ensuite, il favorise l'échange entre les participants. Pour cela, nous avons également privilégié des formats de présentation très courts, tels que la présentation de cas cliniques sous forme de communications légères de 10 minutes – exercice auquel se sont prêtés Ro-



que les médecins libéraux ont eu la possibilité de faire financer leur participation au titre du développement professionnel continu (DPC). Sur les cinquante participants, nous avons également accueilli huit orthophonistes, ce que nous n'avions

main Pérouse et Bruno Coulombeau entre autres - mais également des « quizz » dans lesquels une voix était écoutée, après quoi le micro était passé pour qu'un participant propose un diagnostic et une prise en charge.

Ce format nous a permis de faire le point sur des sujets d'actualité comme la papillomatose laryngée, abordée par Aude Lagier, le syndrome de dysfonctionnement des cordes vocales par Virginie Woisard ou les médialisations cordales par Romain Pérouse. Enfin, la recherche était aussi présente par l'intervention du Pr Bernhard Richter venu spécialement de Fribourg qui nous a fait part de ses derniers travaux en matière d'IRM dynamique de l'appareil phonatoire en voix chantée.

Le but a été atteint et les participants se sont sentis libres de parler dans une ambiance chaleureuse et informelle. Le récital donné par la chanteuse Stéphanie d'Oustrac et le pianiste Pascal Jourdan, et le dîner qui a suivi dans le cadre merveilleux de l'abbaye de Fontevraud, n'ont sans doute pas non plus été pour rien dans la convivialité de ces deux journées d'échange, qui, d'après les questionnaires satisfaction que nous avons fait remplir en clôture, ont été unanimement bien perçues !

Il y aura donc une nouvelle édition ?

Oui. L'événement semble avoir convaincu les principaux sponsors de sa pertinence, et AudioNova, Xion et la Société française de phoniatrie ont d'ores et déjà renouvelé leur partenariat et nous les remercions pour leur fidélité et la confiance qu'elles nous accordent. Nous restons cela étant ouverts à d'autres sponsors.

Le lieu n'est pas encore choisi, mais la date arrêtée est celle des 8 et 9 juin 2018, ce qui permet de consacrer l'année 2017 au Congrès mondial et de nous laisser le temps de tout organiser.

Save the date !

Je peux également vous en dévoiler le thème. Nous aimerions continuer à désacraliser la phoniatrie, autour du thème « Et si on se disait tout sur la voix chantée » - un très beau sujet dont nous souhaiterions montrer qu'il n'est pas réservé à une élite musicologue ou musicienne !

QUAND LA MUSIQUE SONNE... CREUX

L'anhédonie musicale – le fait de n'éprouver aucune émotion en écoutant de la musique – concernerait environ 2 % de la population. Dans une étude réalisée en collaboration avec une équipe de chercheurs espagnols et publiée dans Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS) d'octobre 2016, le Professeur Robert J. Zatorre, du

Montreal Neurological Institute, se penche sur les réactions des personnes anhédoniques lors de l'écoute de musique. Résultat : contrairement aux autres, les anhédonistes ne montrent aucun signe physiologique d'émotion, et l'IRM

confirme que, si les zones de l'audition sont actives pendant l'écoute, il n'y a que peu d'interaction entre le cortex auditif et le système de récompense pourtant fonctionnel chez ces personnes lorsqu'elles jouent par exemple à un jeu d'argent.



Retrouver la voix

Ce n'est pas la première fois qu'un larynx artificiel est implanté chez une personne ayant subi une laryngectomie totale. Mais c'est la première fois qu'un patient peut à nouveau respirer et parler (à voix basse).

Seize mois après l'opération menée par l'équipe du Professeur Christian Debry, des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, un article, paru dans New England Journal of Medicine en janvier 2017, décrit le fonctionnement et les avantages du larynx artificiel ENTegral, développé par Protip Médical.

BREVET... CONTRE LE RHUME ?

C'est une information parue le 10 janvier dans le très britannique The Independent : le professeur Rudolf Valenta, allergologue à l'université de Vienne, a déposé un brevet dans la perspective de produire, à l'horizon de cinq ou six ans et sous réserve que soit levé financement des essais, un vaccin contre le rhinovirus. Alors que le système immunitaire s'en prendrait au cœur du virus, le vaccin, rapporte The Independent, s'attaquerait à son enveloppe externe. A suivre...



Une IRM ? Pas de problèmes.

Garantissez la tranquillité à vos patients pour les années à venir. Nos implants cochléaires* permettent de passer des examens IRM sans avoir besoin de retirer l'aimant et sans risque qu'il ne se déplace, même sans bandage autour de la tête. Pour vos patients, cela signifie pas d'intervention chirurgicale supplémentaire, pas de gêne et pas d'interruption temporaire de l'audition.

*Les utilisateurs de l'implant cochléaire SYNCHRONY peuvent passer un examen IRM en toute sécurité, sans retirer l'aimant, à 0,2, 1,0, 1,5 et 3,0 T, conformément aux conditions détaillées dans le mode d'emploi. Les implants cochléaires MED-EL (SYNCHRONY, SYNCHRONY PIN) sont fabriqués par MED-EL GmbH, Autriche. Il s'agit de dispositifs de classe DMIA inscrits à la LPPR sous les numéros 3401188, 3434609. Ils portent le marquage CE (organisme notifié numéro 0123). Indications : décrites dans l'arrêté du 2 mars 2009 (JORF n°0055 du 6 mars 2009) et dans l'arrêté du 30 Août 2012 (JORF n°0206 du 5 septembre 2012). Lire attentivement la notice d'utilisation. Date de dernière modification : 07/2016. MED-EL, 400 avenue Roumanille, Bât. 6 - CS 70062, 06902 Sophia Antipolis Cedex

IMPLANT COCHLÉAIRE SYNCHRONY

L'importance de la compatibilité IRM haute résolution

Une personne est susceptible de passer au moins un examen IRM au cours de sa vie. Avec un implant cochléaire, cet examen peut s'avérer plus pénible du fait de l'aimant intégré dans l'implant.

Bien que la totalité des fabricants d'implants cochléaires propose des implants compatibles avec les IRM à 1,5 Tesla, il n'en reste pas moins que l'examen doit être réalisé selon un protocole complexe (bandeau compressif, protection d'antenne spécifique...), qui peut générer une douleur pour le patient (impact des forces magnétiques sur l'implant) et conduire à une démagnétisation de l'implant.

De plus, avec la démocratisation des dispositifs IRM à 3 Tesla, les fabricants font face à un nouveau défi. La plupart propose une compatibilité à 3 Tesla, mais nécessitant **impérativement** le retrait chirurgical de l'aimant. Pour le

patient, ce n'est pas anodin. Outre cette chirurgie supplémentaire, le patient se retrouve dans le silence avant, pendant et après l'examen, le temps de replacer un nouvel aimant... via une autre chirurgie.

C'est pourquoi MED-EL a développé SYNCHRONY, le seul implant compatible jusqu'à 3 Tesla **sans retrait de l'aimant**.

L'aimant auto-rotatif (concept breveté) s'aligne automatique sur le champ magnétique de l'IRM. Le résultat :

- Réduction de l'impact des forces magnétiques sur l'implant, donc moins de douleurs,
- Réduction du risque de démagnétisation

de l'aimant,

- Pas de chirurgie pour retirer et remettre l'aimant,
- Pas de protocole particulier à 1.5T ni à 3T.
- Le patient peut remettre son audio processeur après l'examen et retrouver instantanément l'audition.

Le système d'implant cochléaire SYNCHRONY se compose également de l'audio processeur SONNET, développé pour une audition plus naturelle grâce à la technologie de gestion automatique du son (réduction du bruit, contrôle du volume, adaptation aux différents environnements sonores etc.).

BATTERIES RECHARGEABLES POUR AUDIO PROCESSEUR SONNET

AUTONOMIE ET LÉGÈRETÉ

MED-EL a développé deux types de batteries rechargeables pour audio processeur SONNET, et propose ainsi aux utilisateurs une solution sans compromis entre autonomie, confort et discrétion. La batterie « Standard » fournit une autonomie d'écoute d'environ 10h, pour une longueur totale du SONNET à 56.7mm.

La batterie « Micro », très petite et discrète, confère au SONNET un poids de 8,1g, soit l'audio processeur le plus léger du marché* pour une autonomie d'environ 7h.

Le boîtier de piles Zinc-Air SONNET peut également être utilisé pour une autonomie supérieure à 60 heures.

Il existe trois kits de batteries rechargeables : kit standard (3 Batteries Standard), kit Micro (3 batteries Micro), kit Mixte (2 batteries Standards et 2 batteries Micros).

Ces accessoires sont disponibles auprès du service après-vente ou le CARE CENTER MED-EL.

* Cochlear implant comparison chart, 21 août 2016. Disponible sur www.cochlearimplanthelp.com.



MED^oEL

MED-EL
400 Av. Roumanille – CS 700 62
F-06902 Sophia-Antipolis Cedex

Tel: +33 (0)4 83 88 06 00
Fax: +33 (0)4 83 88 06 01
www.medel.com

Les systèmes d'implants cochléaires MED-EL (SYNCHRONY, SYNCHRONY PIN, SONNET) sont fabriqués par MED-EL GmbH, Autriche. Il s'agit de dispositifs de classe DMIA inscrits à la LPPR sous les numéros 3401188, 3434609. Ils portent le marquage CE (organisme notifié numéro 0123). Indications : décrites dans l'arrêté du 2 mars 2009 (JORF n°0055 du 6 mars 2009) et dans l'arrêté du 30 Août 2012 (JORF n°0206 du 5 septembre 2012). Lire attentivement la notice d'utilisation.

Petites plaintes entre amis

Se soigner entre médecins ? Rien de plus délicat. Entre la volonté de ménager le confrère, les présupposés de la compréhension qu'il peut avoir de sa situation, et la tendance à « consulter » entre deux portes, le risque est celui d'une sous-information. Et les temps ayant changé, les médecins ne sont pas les derniers porteurs de réclamation !

« Pendant longtemps, les médecins ont rechigné à entreprendre une action à l'encontre de l'un des leurs, rappelle le docteur Thierry Houselstein, directeur médical du Groupe MACSF – Le Sou Médical. Mais, sans que l'on puisse vraiment dire qu'il s'agit de la première profession à l'origine des réclamations, ils ont semblé-t-il pris conscience du fait qu'ils peuvent réclamer. Ce n'est ni anecdotique ni, heureusement, un phénomène qui prend de l'ampleur, mais, notamment avec l'assistance protection juridique, des confrères cherchent désormais à mettre en cause d'autres confrères. »

OÙ LE BÂT BLESSE : L'INFORMATION...

« Il y a, dans le fait pour un médecin de consulter un confrère, des aspects positifs et d'autres qui le sont moins, explique encore Thierry Houselstein. Du côté positif, on constate que l'accès au soin est en général rapide. Dès que la pathologie est identifiée, une décision est prise pour orienter le confrère vers le bon spécialiste. En revanche, il existe une tendance à sous-évaluer le niveau nécessaire d'information à lui transmettre. »

Médecin expert auprès des tribunaux, Philippe Baril confirme qu'une carence d'information est la cause principale de litige. « Ces dossiers, remarque-t-il, présentent des caractéristiques qui apparaissent immédiatement aux yeux des experts désignés » Pour lui, deux situations-types sont particulièrement récurrentes :

■ L'absence de dossier médical ou l'in-

suffisance de notes : absence de recueil de l'histoire clinique, des antécédents, des données de l'examen clinique ou des examens complémentaires ; absence de justification de l'intervention et de la détermination de la balance bénéfique/risque...

■ L'absence d'information formalisée et évidemment de remise de feuille d'information sur les risques encourus. En général, cette information n'est pas faite pour deux raisons :

- le médecin-soignant suppose que le médecin-soigné connaît les risques opératoires du fait même de sa formation. Il s'agit là d'une erreur, car d'une part ce présupposé est faux et d'autre part l'information doit être faite indépendamment de ce que l'on croit que le patient connaît ;

- il existe une certaine gêne à dispenser une information auprès d'un confrère,

DE QUOI SOUFFREZ-VOUS, DOCTEUR ?

« Ce sujet, observe Thierry Houselstein, pose la question de la santé des professionnels de santé, qui mériterait à lui seul un dossier. Ce que nous observons, au sein de la partie prévoyance de la MACS, ce sont :

- pour les personnels médicaux – kinésithérapeutes – ou para-médicaux – aides soignants et infirmiers
- qui manipulent et portent souvent les patients, des affections du rachis, des troubles lombo-sciatiques ou articulaires ;
- chez les dentistes, des pathologies de la main, des articulations, et des problèmes cardio-vasculaires ;
- enfin, chez les médecins, les pathologies cardio-vasculaires sont fréquentes, mais aussi les syndromes anxio-dépressifs de burn out. Quoique ce terme soit quelque peu galvaudé, c'est un sujet que l'on sent poindre. Sans que cela soit encore chiffré, les arrêts de travail pour épuisement professionnel augmentent. »

car cela sous-entend qu'il puisse reprocher un jour de ne pas avoir rempli une obligation légale.



Trop souvent, les consultations entre confrères se font dans un couloir.

© Japollia / Fotolia

LA MÉDECINE, SAVOIR DANGEREUX ?

Bref, contrairement à ce que l'on pourrait peut-être attendre, c'est donc davantage sur ce sujet de l'information que portent les réclamations que sur une erreur ou un retard de prise en charge, car, constate Thierry Houselstein, « les médecins ont conscience que la médecine n'est pas une science exacte ».

Il reste que leur savoir médical peut se retourner contre celui qui les soigne, et ce de plusieurs façons. D'abord, souligne le directeur médical de MACSF, parce que « le médecin malade est aussi un patient sachant ou qui pense savoir, qui a sa vision du métier et peut avoir du mal à accepter que son médecin en ait une autre, qui peut s'être fait une idée préconçue sur sa pathologie, et emmener son médecin dans une mauvaise direction ».

Ensuite, dans deux autres situations-types que développe Philippe Baril :

■ « La première est liée à l'intervention, généralement spontanée, du médecin-patient dans les soins et dans les décisions

thérapeutiques. (lire encadré ci-contre). Il n'est ainsi pas rare que le médecin soigné soit amené à rédiger ses ordonnances post-opératoires. Dans différentes affaires

ont été rapportées des phrases emblématiques telles que : « Ne vous inquiétez pas, si j'ai mal je me ferai une ordonnance ». Ou : « Allo, j'ai un peu de fièvre... Pas de

“

Le médecin malade est aussi un patient sachant ou qui pense savoir.

Thierry Houselstein

”

Du bloc au poste

souci je me fais une ordonnance d'antibiotiques... » ; « Ne vous en faites pas, je ferai les pansements moi même, de plus ma femme est infirmière... ». Bien évidemment,

ces différentes ordonnances peuvent contribuer à la survenue de dommages. Mais cette implication des médecins-soignés n'empêche pas la plainte d'être déposée et de prospérer.

■ La seconde est celle où la connaissance de la médecine devient une arme contre le médecin auteur des soins, une situation par exemple observée dans un cas d'infection nosocomiale survenue en hôpital de jour, où le médecin qui en a été victime a tiré argument de tous les manquements à l'hygiène qu'il avait pu observer lors de son bref séjour dans les locaux



PATIENTS À RISQUE ?

Alors : les médecins sont-ils des patients dont il faudrait se méfier ? « Pas nécessairement, répond Philippe Baril. Comme les autres, lorsqu'ils sont victimes ou lorsqu'ils se croient victimes d'un accident médical, ils subissent un dommage physique, des pertes financières éventuelles, et ils en demandent réparation. Aucun médecin ne peut dire qu'au-delà d'un certain seuil de préjudice, il ne ferait pas pareil. » Même réponse chez Thierry Houselstein

pour lequel « là encore, ne parviennent à nous que les cas litigieux, qui sont l'exception. Le plus souvent, la relation de confiance perdue ».

Leurs recommandations sont donc de simple prudence : « il nous appartient seulement d'être vigilants avec nos collègues comme nous le sommes avec tous nos patients, résume Philippe Baril. Ce qui veut dire : établir des dossiers, éviter les consultations « entre deux portes » et ne pas don-



ner des conseils médicaux sans examen. » Et Thierry Houselstein de renchérir : « si je devais émettre une recommandation

au médecin qui doit soigner un confrère, ce serait de redoubler de vigilance et d'explications, et de ne jamais présupposer que son patient est informé. Comme avec tout autre patient, et peut-être même de façon plus rigoureuse et scientifique, il convient de lui préciser les risques, les effets attendus, les évolutions possibles, et d'être très attentif au suivi. En général, les médecins ont des agendas très chargés, et tendent semblent-ils à penser que, dès lors qu'ils se soignent et que les choses vont dans le bon sens, tout est réglé. Ce n'est malheureusement pas toujours aussi simple. »

Des moyens simples d'éviter des procédures toujours pénibles lorsqu'elles opposent des confrères.

Automédication, attention...

Une considération incidente de Thierry Houselstein à propos de l'intervention des médecins dans leur propre parcours de soin : « Le personnel de santé, les médecins au premier chef, ont tendance à s'auto-médiquer, et à interpréter les bilans au regard de leurs connaissances... y compris hélas lorsque ces connaissances, qu'ils ont pu acquérir dix ou vingt ans plus tôt en faculté, sont dépassées sans qu'ils aient la possibilité de le savoir, car elles sont extérieures à leur pratique quotidienne ou à leur spécialité. Il peut en résulter des retards à la prise en charge de certaines pathologies. »

Sa recommandation : « ne pas se soigner soi-même... même si nous le faisons tous ! »

ATMOS : l'unité de consultation connectée



Un seul poste de travail – Tous les examens – Un seul dossier patient



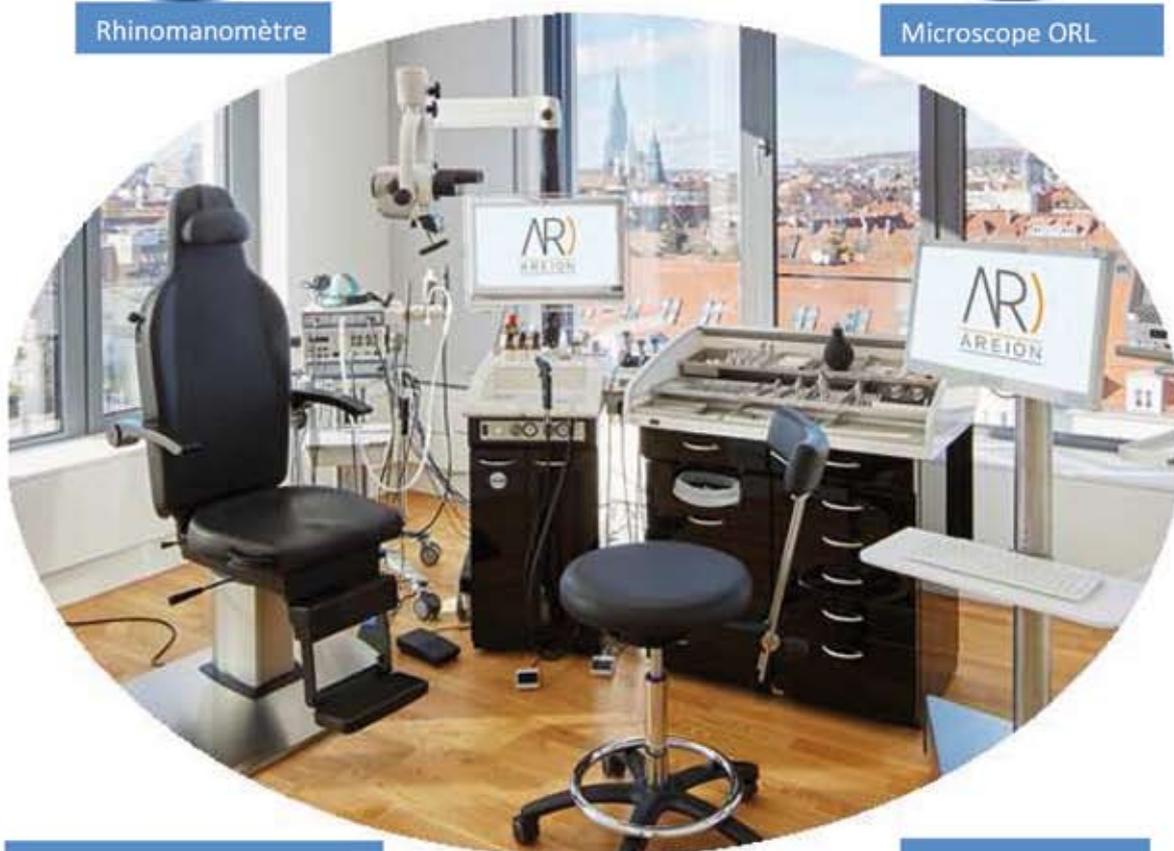
Rhinomanomètre



Caméra ORL HD



Microscope ORL



Vidéonasopharyngoscope



Stroboscope



Tympanomètre



AUDIOPROTHÉSISTES INDÉPENDANTS

EN CRÉANT POUR
VOUS LE STATUT DE
MAÎTRE AUDIO,
STARKEY VOUS A
ENTENDU !

Maître
AUDIO

Exigez l'excellence auditive



**Vous voulez augmenter
votre rayonnement local ?**

**Vous voulez entretenir
votre expertise ?**

**Vous voulez être soutenu
dans votre développement
tout en préservant
votre indépendance ?**

Plus de renseignements au

0 800 06 29 53 Service & appel
gratuits

ou sur www.maitre-audio.fr

Avec le label métier “Maître Audio”, Starkey fait entrer l’indépendance dans une nouvelle ère !

Starkey travaille depuis toujours à la création d’éléments favorisant la différenciation de ses audioprothésistes partenaires.

Aujourd’hui, Starkey souhaite apporter aux audioprothésistes indépendants - que la marque soutient tout particulièrement - les moyens concrets de conserver ce mode d’exercice. Comme l’explique Thierry DAUDIGNON, Directeur Général de Starkey France :

« Ce programme baptisé “Maître Audio” émane de notre souci de soutenir les professionnels indépendants, qui ressentent de l’inquiétude vis-à-vis des discounters, mais également des intégrations verticales qui se multiplient. C’est un partenariat à destination des audioprothésistes indépendants, même s’ils sont adhérents d’une enseigne ou d’une centrale d’achats. Il permet de créer une communauté de métier en réunissant des audioprothésistes autour d’une même vision de la profession. C’est un label métier composé d’une charte à laquelle les audioprothésistes doivent adhérer.

Pour que les audioprothésistes indépendants puissent conserver leur mode d’exercice, il faut mener un important travail de valorisation de ce métier, de la qualité de la prestation qui est délivrée en France. Et il me semble aujourd’hui fondamental de mener ce travail auprès de l’opinion publique, en focalisant la communication sur le savoir-faire ainsi que sur l’engagement personnel de l’audioprothésiste dans la réussite de l’appareillage.

Le lancement de “Maître Audio” a donné lieu à de la communication presse et via le site “Maître Audio”, tant au niveau local qu’hexagonal. En 2017, nous irons vers la télévision régionale et nationale. Je pense que les



Thierry DAUDIGNON, Directeur général et Eric VAN BELLEGHEM, Directeur marketing chez Starkey France.

professionnels seuls ne peuvent pas investir de l’argent sur tous les fronts ; il leur faut notre soutien.

Proposé en premier à nos clients historiques, ce label s’adresse à tous les indépendants. Les audioprothésistes signataires s’engagent vis-à-vis de Starkey ce qui permet de générer des moyens. Ils s’engagent en retour à respecter et appliquer la charte établie, afin de garantir la parfaite satisfaction que leurs patients sont en droit d’exiger de leur praticien. A ce jour, la communauté compte 45 partenaires et près de 160 points de vente. Afin de répondre aux besoins en termes de proximité, il nous faudrait arriver à un nombre de 350 à 400 partenaires. »

Pour en savoir plus, appelez le 0800 06 29 53 ou visitez notre site maitre-audio.fr.

Audioprothèses

JOUETS RUINEUX OU VRAI

Savoir jouer sur la gamme...

La différence entre entrée de gamme et haut de gamme ? Le « niveau technologique »... oui, sauf que d'un fabricant à l'autre, l'expression n'implique ni les mêmes performances, ni les mêmes fonctionnalités.

Pour dire les choses simplement, la classification en gammes, établie par les fabricants eux-mêmes, est fonction du niveau technologique de chaque appareil – et plus précisément, du type de processeur et d'algorithme utilisés.

Ainsi, pour Starkey, « la différence entre les gammes réside principalement dans l'algorithme qui va traiter le signal », ex-

plique Thierry Daudignon, Directeur général. « A partir d'une plate-forme de base commune (le hardware) pour les différentes gammes, nous modulons nos dispositifs innovants en fonction de la catégorie d'appareils et amortissons nos coûts grâce aux appareils haut de gamme, qui nous permettent de valoriser notre R&D ».

Chez Sivantos comme chez Biotone, c'est

“

Les gammes reflètent d'abord le niveau technologique de l'appareil. Or, celui-ci a évolué alors que la nomenclature officielle en quatre classes – de A à D – remonte à 2002.

”

high tech : PLUS POUR LE PATIENT ?

la puissance du processeur qui est mise en avant : si, « vus de l'extérieur, tous nos appareils sont identiques », affirme Mikael Ménard, docteur en acoustique chez Sivantos, « ce qui les différencie fondamentalement, c'est le processeur qui, d'une gamme à l'autre, n'a pas la même capacité de traitement du signal et n'utilise pas les mêmes algorithmes. De même qu'il existe chez Intel, du plus au moins performant, des processeurs Intelcore I3, I5, I7. » « Nos appareils haut de gamme nécessitent l'utilisation de composants physiques plus coûteux car plus avancés technologiquement que ceux utilisés pour l'entrée de gamme », précise quant à lui William Méauzooone, responsable Technique & Formations chez Biotone Technologies. « Les processeurs et les configurations sont différents. »

COMPARAISONS DIFFICILES

Cela posé, on pourrait imaginer qu'il existe une définition précise des appareils d'entrée, de milieu et de haut de gamme. Mais non !

On pourrait espérer que la nomenclature officielle mette tout le monde d'accord, mais il n'en est rien. Cette nomenclature qui classe les audioprothèses en quatre catégories – de A à D (là aussi en fonction du niveau technologique), date en effet de... 2002 et n'a jamais été révisée, malgré un avis de la Haute autorité de santé de 2008. Ce qui explique, reconnaît la CNAMTS dans son Point de repère de décembre 2016, « que les prothèses auditives actuellement sur le marché respectent, pour la grande majorité, les spécifications techni-

ques minimales des aides auditives de classe D (appareils les plus performants). »*

La révision annoncée pour 2017 de cette nomenclature devrait donc permettre de faire taire certaines brillantes critiques, formulées notamment par la Cour des comptes en 2013, selon lesquelles les audioprothésistes, les fourbes, encourageraient à l'achat des appareils de « la classe la plus chère » : si 90 % des audioprothèses vendues à l'heure actuelle sont de classe D, c'est tout simplement parce qu'elles ont aujourd'hui toutes – même en entrée de gamme – les mêmes performances que le haut de gamme d'il y a 15 ans(1).

Et l'on n'y voit pas plus clair sur ce que sont d'une manière générale « l'entrée », le « milieu » ou le « haut de gamme » en regardant le catalogue des fabricants, puisque chacun d'entre eux construit ses propres gammes : un appareil d'une gamme donnée (par exemple milieu de gamme) dans une marque n'aura ni les mêmes performances ni les mêmes options que l'appareil de la même gamme d'une autre marque.

Les possibilités de comparaison d'une marque à l'autre sont donc très restreintes, au grand dam de Jean-François Tripodi, directeur général du réseau de soins Carte



© Bäckersjunge / Fotolia

“

Avec certains appareils d'entrée de gamme, je peux avoir de bons résultats, avec d'autres, je n'essaie même pas.

”

Blanche Partenaires qui s'est penché sur le sujet lors du référencement des appareils auditifs vendus en France : « d'une marque à l'autre, on peine parfois à trouver les points communs qui permettront de comparer deux appareils d'entrée ou de haut de gamme ». Derrière cela, une logique concurrentielle toute simple : les fabricants visent tous à se démar-

quer de leurs concurrents. Certaines marques incorporent par exemple un dispositif anti-larsen sur tous leurs produits, même en entrée de gamme, alors que d'autres ne le font pas. William Méauzoone explique ainsi que « chez Biotone, tout ce que l'on peut appeler les « systèmes acoustiques » des aides auditives servant à encadrer la correction sont les mêmes de l'entrée au haut de gamme. C'est notamment le cas pour la fonction permettant aux appareils eux-mêmes de refaire l'audiométrie, ou la fonction anti-larsen. Ce sont des bases de travail. » De même, chez Starkey, « nos audioprothèses d'entrée de gamme disposent toutes de fonctions telles que l'anti-larsen », affirme Thierry Daudignon. En revanche, Laura Bontemps, audioprothésiste chez Audiam, explique que, sur les cinq gammes d'un fabricant dont elle vend les produits, l'anti-larsen n'apparaît qu'à partir de la seconde gamme, l'entrée de gamme n'étant donc pas équipée... « voilà pourquoi afin d'être cohérent avec notre ambition d'offrir le meilleur dès l'entrée de gamme, y compris CMU, nous avons dû avec Mounir, mon collègue de Saint-Denis, composer notre propre gamme en piochant dans plusieurs marques, ce qui semble normal, mais surtout accepter de sacrifier de la marge pour ne pas renoncer à de la technologie importante à nos yeux. »

Avis donc aux amateurs de la baisse des prix à tout crin : « Les appareils d'entrée de gamme sont très différents d'une marque à l'autre. Avec certains, je sais que je pourrai avoir de bons résultats, mais avec d'autres, je n'essaie même pas », indique Cyrille Coudert.

Cyrille Coudert



D.R.

LADA VS FERRARI

Au-delà de cette question de la comparabilité des appareils d'une même gamme d'un fabricant à l'autre, se pose ensuite celle de la distinction entre les gammes elles-mêmes – et donc de ce qu'apporte la montée en gamme. Ici au moins, la réponse

est unanime : plus on monte en gamme, plus l'appareil est performant, notamment pour ce qui est du confort et de la compréhension dans le bruit. « Entre l'entrée et le haut de gamme, il y a un vrai monde, un peu comme entre une Lada et une Ferrari ! », explique William Méauzoone. Dans le détail, les moyens pour parve-

Franck Miermont



D.R.

nir à traiter les environnements sonores bruyants ou complexes sont multiples. Ainsi, dans l'exemple pris par Laura Bontemps, « dans la première gamme, conçue par ce fabricant, il n'y a quasiment pas de réducteur de bruit, ce qui signifie que la parole et le bruit ambiant sont amplifiés de la même façon. Les gens sont donc facile-

ment gênés par le bruit et tendent à retirer leurs appareils dans les environnements les plus bruyants. Dans la deuxième gamme, les réducteurs de bruit sont un peu plus forts, et l'appareil inclut un anti-larsen – ce qui évite qu'il siffle lorsque le patient est trop près d'un mur ou porte un chapeau. Dans la troisième gamme, on trouve le premier appareil avec détection de la parole, qui permet que le microphone se dirige vers la parole. Les réducteurs de bruit sont plus perfectionnés : ils restituent pleinement le son qui arrive en face de la personne et réduisent les sons parasites provenant de l'arrière et des côtés. Cela favorise la compréhension dans le bruit.

Pour respecter un positionnement basé sur la réhabilitation auditive pour tous, notre équipe a considéré qu'elle ne pouvait calquer son offre sur celle fabricant »

En d'autres termes, résume Mikael Ménard, de Sivantos, « Monter en gamme donne accès à des algorithmes spécifiques destinés à aider dans des environnements sonores compliqués. Il y a par exemple des algorithmes spéciaux pour gérer le bruit typique d'un restaurant. Pour cela, les appareils haut de gamme sont capables d'identifier à l'instant t dans quel environnement sonore ils sont utilisés et s'il s'agit de parole, de musique ou de bruit. Pour la musique, la situation est très particulière : lorsqu'il s'agit d'un fond sonore – comme lorsqu'on écoute la météo à la radio ou dans un magasin – nous devons la traiter comme un bruit. Mais lorsque le patient écoute de la musique, c'est au contraire l'information qu'il faut amplifier et restituer. Seuls des appareils haut de gamme peuvent faire cela. »

Les options et les programmes sont infinis : « Avec un appareil haut de gamme, on peut par exemple disposer d'un système anti-bruit qui sera utile pour un comptable devant aller régulièrement dans l'atelier de mécanique de l'usine dans laquelle il travaille. On trouve également des traitements spéciaux optimisant l'écoute de la musique », ajoute Thierry Daudignon, de Starkey France. Autre exemple, donné par William Méauzoone, de Biotone : « un appareil haut de gamme permettra

de n'entendre que le son provenant d'une direction précise. Lorsque vous êtes en voiture par exemple, l'appareil capte le son de la personne qui est derrière vous. Les



Thierry Daudignon

D.R.

appareil haut de gamme améliore également « le traitement du signal pour les lieux réverbérants », ajoute Laura Bontemps : « alors que l'amplification des appareils classiques ne concerne habituellement

appareils vont spontanément, en fonction de l'environnement, capter la source sonore intéressante. Les appareils haut de gamme peuvent prendre des décisions seuls, et activer tel ou tel système automatiquement selon l'environnement dans lequel se trouve la personne. »

Enfin, un ap-

pas les fréquences au-delà de 6000-8000 Hz, les appareils hauts de gamme amplifient les sons perçus dans des fréquences qui atteignent 10 000 à 12 000 herz. Les sons gagnent en richesse, en chaleur et en musicalité. »

DAVANTAGE DE COMMODITÉS

Deuxième avantage de la montée en gamme : des « commodités » faites pour simplifier la vie du patient. « Cela peut être par exemple des fonctions reliant directement l'audioprothèse à la télévision », explique Thierry Daudignon, de Starkey France.

Certains appareils haut de gamme sont « rechargeables et équipés de la technologie bluetooth, qui permet d'entendre la télévision ou le téléphone directement dans les appareils, via une télécommande », ajoute William Méauzoone. « Des appareils très haut de gamme sont même équipés d'un système permettant la communication directe entre eux. Ils peuvent s'échanger des données acoustiques, transmettre du son. Cela peut être utile par exemple lorsqu'il y a du vent qui empêche de bien entendre dans une oreille : l'appareil frappé par le vent éteint la zone concernée pour éviter le bruit

“

Monter en gamme donne accès à des algorithmes spécifiques destinés à aider dans des environnements sonores compliqués.

”

Le forum ça continue

De plus en plus, les appareils sont connectés et ont une interface utilisateur sur smartphone.

et appel les données acoustiques de l'autre appareil pour les récupérer et ainsi annuler ce bruit de vent gênant. Les deux appareils s'envoient des bouts de sons, si l'on peut dire. Cette fonction peut aussi être utile lorsque l'on téléphone : un seul des deux appareils capte le son, mais la personne l'entend dans ses deux oreilles. Ce type de système n'existe pas sur les entrées de gamme », explique le responsable Technique & Formations chez Biotone Technologies.

Mikael Ménard souligne également le fait

que « les appareils des gammes 5 et 7 peuvent être pilotés depuis le smartphone du patient. La gamme 7 permet de monitorer la directivité des appareils, par exemple en restituant dans les deux oreilles les sons qui viennent de droite ou de gauche. Cela peut par exemple être utile si le patient est passager en voiture, et veut discuter avec le conducteur. Le smartphone, de plus en plus présent dans l'appareillage, permet ainsi de donner au patient la main sur son écoute ».

POSSIBILITÉS DE RÉGLAGE

Enfin, la montée en gamme signifie aussi pour ces professionnels des possibilités de réglage de l'appareil étendues. Pour Franck Miermont, audioprothésiste Audioris à Guérande et Saint-Nazaire, « c'est même la principale différence entre haut de gamme et entrée de gamme. Sur un appareil haut de gamme, on peut analyser l'environnement sonore sur 40 canaux et adapter le gain sur ces 20 canaux. On peut aussi régler certains réducteurs de bruit et configurer la détection de l'émergence directionnelle de la parole. »

« Plus on monte en gamme, plus il y a de canaux qui permettent un réglage de plus en plus fin », approuve Laura Bontemps. « Les appareils d'entrée de gamme n'ont que deux ou quatre curseurs réglables. En haut de gamme, on dispose de 32 à 48 canaux réglables ».

« Pour résumer, les appareils des trois gammes – entrée, milieu et haut de gamme – sont de très bons appareils, mais ils répondent à des situations, à des pertes ou à des attentes spécifiques », affirme Mikael Ménard, de Sivantos. Et Thierry Daudignon, de Starkey, de conclure : « Nous donnons à l'audioprothésiste des supports qu'il pourra adapter au mode de vie des patients. C'est en fonction du mode de vie de chaque personne, du confort attendu que l'audioprothésiste pourra déterminer quel type d'appareil et de technologie convient le mieux. »

De l'art de ne pas stigmatiser l'entrée de gamme, tout en valorisant le haut de gamme : un équilibre délicat.



© Monika Wisniewska / Fotolia

LE HAUT DE GAMME : DERNIER NÉ DE LA R&D

Le haut de gamme est donc issu des lourds investissements en R&D consentis par les industriels. « Le progrès technologique, explique le directeur général de Starkey France, Thierry Daudignon, va très vite et nos entrées de gamme actuelles ont les mêmes performances que les hauts de gamme d'il y a cinq ans. Les technologies évoluent dans toutes les gammes, par une sorte de glissement permanent. Le rythme de l'innovation est très rapide puisque chaque fabricant présente une nouveauté tous les 18 mois en moyenne. »

Et l'analyse de William Méauzone, chez Biotone est proche : « La R&D constitue la majeure partie du prix d'un appareil. Si nous sortons une nouveauté tous les 18 mois en moyenne, nous présentons tous les 36 mois une évolution majeure, représentant une véritable rupture technologique. Les résultats de la R&D menée cette année nécessiteront ensuite trois ans de développement avant que les nouveaux appareils ne soient mis en vente. Nous travaillons donc aujourd'hui sur des puces qui sortiront fin 2019. »

Le haut de gamme a-t-il un intérêt thérapeutique ?

Vêtements, vins, téléphones mobiles, voitures : une certaine vision consumériste enseigne que plus cher, c'est plus de qualité, plus de puissance, plus sur mesure, et à l'arrivée, plus de bonheur. Est-ce le cas pour l'audioprothèse ? A défaut de trancher réellement, une étude récente aura au moins renouvelé le débat. Analyse.

Le sujet défraye la chronique depuis qu'à Nantes, lors du dernier Otoforum, le professeur Gérard O'Donoghue, connu pour ses publications de qualité sur l'implant cochléaire(2), s'est fendu d'une communication sur la nécessaire rigueur des travaux scientifiques en citant en exemple l'étude publiée en septembre dans *Ear & Hearing* par une équipe de l'université de Memphis (Tennessee) composée du Professeur Robyn M. Cox, et de Jani A. Johnso, et Jingjing Xu. Cette étude dont le professeur O'Donoghue nous a fort aimablement communiqué les références porte sur l'efficacité relative des entrées et haut de

gamme perçue par les patients. En voici le protocole : une cohorte de patients essaye successivement quatre appareils auditifs – des références fréquemment délivrées, issues de deux marques connues, avec pour chaque marque, un appareil

d'entrée de gamme et un appareil haut de gamme. Les patients ignorent la marque et le niveau de gamme de l'appareil. L'impact de ces appareils sur la qualité de vie des patients et leurs préférences concernant l'un ou l'autre des appareils testés a été évalué par des interviews et des questionnaires. Conclusion de l'étude : la satisfaction des patients n'est pas meilleure avec les produits haut de gamme. Il n'en fallait pas plus pour que cela génère des débats animés sur le forum médical Doc à doc.

Il faut dire qu'avant même d'en venir à des tests pratiques, comme celui auquel se livre cette étude récente, la question de l'apport de la montée en gamme n'est pas simple, même en théorie. Jugez plutôt.

EXPLIQUER CE QU'EST UNE GAMME : LE CHALLENGE

Certes, sur le long terme et dans l'ensemble, on aurait tendance à ne pas voir le problème : c'est bien le progrès technique qui a permis la révolution numérique et les réussites actuelles de l'appareillage. Et c'est encore le progrès technique, poussé par le dynamisme du marché haut de gamme, qui permet d'étendre progressivement le public des personnes appareillées comme le souligne Mikaël Ménard chez Sivantos : « Aujourd'hui, les appareils auditifs commencent à permettre de répondre à des cas de surdité profondes. Pour les cochlophoses, par exemple, là où hier, il n'y avait pas d'autre solution que la conduction osseuse, existent aujourd'hui des possibilités d'appareillage de l'oreille moyenne, plus simples que la conduction osseuse. On arrive également à répondre à des pertes plus légères qu'auparavant, ce qui autorise des appareillages plus précoces. Cela aussi rompt avec les pratiques encore en vigueur il y a quelques années lorsque l'on n'appareillait pas les pertes légères, ou que l'on n'appareillait que l'oreille atteinte de trouble auditif au lieu de privilégier bien souvent un appareillage stéréo ».

Pour autant, malgré ces réels progrès ar-

“
Les appareils auditifs commencent à permettre de répondre à des cas de surdité profondes, mais aussi à des pertes plus légères.

”

Le forum ça continue

rivés par le haut de gamme, audioprothésistes et fabricants semblent peiner à trouver un langage commun pour expliquer au public la différence entre les gammes – et certains regrettent des interférences venues de l'univers du marketing qui tendent à simplifier le discours jusqu'à la caricature : le bas de gamme serait bien dans les univers silencieux, le haut de gamme indispensable dans le bruit.

Au total, recommande Cyrille Coudert, audioprothésiste chez Audionova, « il faut se méfier de la notion de gammes, qui est très tronquée. On a vu certains fabricants faire des erreurs stratégiques en lançant un appareil haut de gamme puis en le déclinant en version allégée. Certains ont sorti avec seulement un an d'écart un appareil moins cher que le haut de gamme, mais dans lequel des éléments avaient été changés et qui était finalement meilleur que le haut de gamme ! Comment expliquer au patient qu'une audioprothèse sortie moins d'un an après l'appareil haut de gamme qu'il a acheté est à la fois plus ef-

ficace et moins chère ? » Bref, conclut-il, « la construction des gammes manque de transparence ».

Car, vu des audioprothésistes, l'apport de la gamme dépend fondamentalement de la situation du patient. « Le discours honnête à tenir, poursuit Cyrille Coudert, c'est : « tout dépend de vous, de votre audition, de vos besoins, de la manière dont vous allez réagir au port de l'audioprothèse et à ses réglages... » »

QUELQUES RÈGLES

Cela étant, ce principe de grande variété interindividuelle des effets de gamme n'empêche pas quelques « règles » sur lesquelles s'accordent les audioprothésistes interrogés et dont ressort un tableau assez nuancé lorsque l'on évoque la relation entre gamme et réussite de l'appareillage.

D'un côté, souligne Cyrille Coudert, il y a bien des cas où le haut de gamme n'apporte rien : « Pour certains patients – notamment âgés et ayant des problèmes cognitifs – les appareils haut de gamme sont une source de problème : ces appareils vont trop vite pour eux, leur cerveau n'a pas le temps de traiter les informations. De même, plus une surdité est forte, moins le patient va profiter du haut de gamme. Imaginez l'audition comme un piano : si vous avez une surdité légère, il manquera 3 ou 4 touches sur le clavier. Dans ce cas, l'audioprothésiste aura besoin des réglages précis et des fonctions des appareils haut de gamme. Mais si vous avez une surdité plus lourde, s'il ne vous reste plus que 5 ou 6 touches sur le clavier, alors les multiples fonctions de l'appareil haut de gamme ne vous serviront plus à rien. Il vous faudra simplement de la puissance. Ce qui est important pour ces personnes, c'est la puissance de l'appareil, et la possibilité de se connecter à la télévision ou au téléphone. Par exemple, les appareils haut de gamme ont des micros multidirectionnels, mais nous les désactivons pour les personnes atteintes de surdité importante, parce que cela ne sert à rien. L'une des seules raisons pour équiper un patient souffrant d'une surdité importante avec un appareil haut de gamme est sans doute le système limitant l'effet Larsen, plus efficace sur les hauts de gamme que sur les entrées de gamme. »

D'un autre côté, il n'est pas vrai non plus que la gamme ne joue jamais aucun rôle dans le succès de l'appareillage. A titre

EFFETS INDUITS ?

Pour être complet sur le sujet de la relation entre gamme et observance, on aurait assez envie de se demander si la distinction entre « apport au confort » et « enjeu thérapeutique » du haut de gamme ne pourrait – et ne devrait pas – être dépassée.

Premièrement, comme le souligne Franck Miermont, « il est certain qu'un appareil moins confortable dans le bruit sera probablement retiré dans ces situations. Cela est frustrant pour le patient et abaisse sa satisfaction – or l'on sait que l'observance, c'est-à-dire le port effectif de l'appareil, est étroitement corrélée avec la satisfaction. D'ailleurs, sur le long terme, il y a des chances qu'un appareil moins confortable soit moins porté ! »

Deuxièmement, les études montrent un fort effet placebo associé au fait que le patient a la certitude de bénéficier du meilleur appareil possible le mieux réglé possible. (Voir par exemple : Dawes P, Powell S, Munro KJ. (2011) The Placebo Effect and the Influence of Participant Expectation on Hearing Aid Trials. *Ear & Hearing* 32(6):767-774 ; ou encore : Hopkins R. (2012) Reliability of Placebo Effects In Hearing Aid Trials. British Academy of Audiology (BAA) Poster #24, Manchester, England). Dans ce cas, le seul fait que l'appareil soit identifié par le patient comme « haut de gamme » jouerait sur la satisfaction et donc sur l'observance – à quoi pourrait s'ajouter un effet : « vu ce que j'ai payé, je le porte (!) », et l'on pourrait redouter un effet négacebo associé à l'entrée de gamme...

Troisièmement, mais il faut reconnaître que nous sommes là pour l'instant dans la pure spéculation, il n'est pas impossible que de nouvelles fonctionnalités en apparence « gadget » associées à certains appareils haut de gamme – comme par exemple la possibilité de contrôler certaines fonctionnalités par smartphone – aient un rôle positif sur la satisfaction et l'observance en aidant le patient à se rendre acteur de son appareillage au lieu de subir ce dernier.

Laura Bontemps



d'exemple, les patients presbycousiques – près de 90 % des malentendants - ne sont pas « égaux devant les gammes ». A cet égard Laura Bontemps, Franck Miermont et Cyrille Coudert s'accordent pour considérer que plus le profil de la perte est pentu, plus l'appareil haut de gamme s'impose. « Une oreille normale a un profil plat, résume Laura Bontemps. En vieillissant, on entend moins bien les aigus, et, si l'on ne fait rien, la perte de l'audition dans les aigus tire lentement la courbe vers le bas. Le profil typique du presbycousique est donc en « pente de ski ». Plus la pente est forte, plus nous avons besoin d'un grand nombre de canaux pour permettre des réglages fins dans ces fréquences. Pour des raisons similaires, un patient dont la perte a un profil en zig-zag pourra être appareillé plus finement avec des appareils haut de gamme. »

Autre exemple : les patients souffrant d'acouphènes. « Pour ces derniers, estime Cyrille Coudert, l'entrée de gamme n'est tout simplement pas adaptée, car elle ne permet pas à l'audioprothésiste d'agir précisément sur les fréquences pour atténuer les acouphènes, alors que les possibilités offertes par un appareil haut de gamme permettra de le faire. »

Enfin, il est une autre règle sur laquelle s'accordent tous les audioprothésistes : au-

delà des exigences liées à la correction du déficit auditif, l'utilité d'un niveau de gamme donné pour un patient donné s'apprécie aussi, et bien sûr, en fonction de la situation de vie de ce dernier.

« La montée en gamme va de pair avec davantage de confort dans les environnements sonores complexes ou bruyants, explique Franck Miermont. Il est certain qu'un patient ayant une vie sociale intense aura plus d'intérêt à pouvoir disposer d'un appareil haut de gamme. C'est ainsi que je tends à conseiller le très haut de gamme à des patients plutôt jeunes, encore en activité, ou avec une vie sociale importante, qui ont besoin de mettre toutes les chances de leur côté aussi bien dans leur vie

personnelle que professionnelle. »

Pour autant, attention, une vie sociale moins riche n'implique pas que l'entrée de gamme réponde parfaitement aux besoins – en particulier dans le cas fréquent de personnes âgées passant de longues heures devant la télévision. « Pour les fabricants, explique Mikaël Ménard, il ne fait pas de doute que la télévision ou la



Mikaël Ménard

radio constituent des environnements sonores complexes. Bien souvent, il s'agit de sons qui ont déjà été traités et que l'appareillage doit de nouveau traiter. Cela cumule les difficultés ». En effet, renchérit Laura Bontemps : « A part les rares

émissions en direct, tout – certains talk show mais aussi, bien sûr, les séries et les films... - est enregistré et le son est compressé. Mais ce n'est pas tout : le son n'est pas le même d'une chaîne à l'autre, d'une émission à l'autre. Il faut aussi prendre en compte la façon dont les acteurs ou les animateurs parlent. Certains chuchotent, d'autres ont une voix très sourde. Enfin, de plus en plus, les gens, et les personnes âgées malentendantes ne font pas excep-

“

*La presbycousie :
une perte en
pente de ski.
Plus la pente
est forte, plus
l'audioprothésiste
a besoin de
canaux.*

”



Pour une personne âgée seule devant sa TV, ni ultra haut de gamme ni entrée de gamme ne répondent réellement aux besoins



tion, s'équipent de grands écrans plats dont les hauts parleurs sont situés sur l'arrière, et sont donc orientés vers le mur. En général, plus la télévision est fine, plus les hauts parleurs sont de petite taille. Il y a certes la solution du casque, mais, si le son dans un casque de télévision peut aujourd'hui être d'une qualité incroyable, la plupart des téléspectateurs n'en utilisent pas. Heureusement, les fabricants proposent des accessoires permettant de recevoir directement le son dans les appareils auditifs, et ces derniers bénéficient d'un réglage spécialement optimisé pour la télévision. » Bref, pour Laura Bontemps comme pour Franck Miermont : si une personne âgée seule devant sa télévision n'a pas besoin de l'ultra haut de gamme, le premier prix peut ne pas être suffisant non plus !

Et l'on touche peut-être là aux limites de certaines entrées de gamme : comme le remarque William Méauzoone, « il est rare qu'une personne malentendante soit gênée dans un environnement calme, mais lorsque c'est le cas, elle peut très bien lire sur les lèvres pour pallier à sa surdité. C'est dans les environnements bruyants que les aides auditives sont réellement indispensables. Les appareils auditifs vont devoir faciliter le travail de filtre du cerveau pour

aider le malentendant à comprendre la parole sans être inondé de bruits. Et les appareils premier prix sont alors bien souvent insuffisants. »

IN VIVO VERITAS ?

Si l'on récapitule cet échange avec les audioprothésistes, il est quand même difficile de totalement et toujours séparer la question du niveau de gamme et celles, a minima de la satisfaction du patient, a maxima de la qualité de l'appareillage. En théorie du moins. Mais en pratique ? En pratique, les choses se compliquent. Car s'il est difficile aux fabricants – et même parfois (souvent ?) aux audioprothésistes – d'expliquer les différences entre les gammes, mesurer l'impact de ses différences pour le patient est une vraie gageure. « Il faut être honnête, observe Franck Miermont : certains des réducteurs de bruit qui sont proposés par les fabricants ont une efficacité toute relative. Les industriels font beaucoup de marketing. Disons que certains savent... faire du bruit, mais le résultat dans la vie quotidienne des patients n'est pas toujours celui espéré. Cela ne résulte pas tant d'une limite technologique que d'une limite due au traitement central de l'information ».

... Où l'on en revient, vous l'avez deviné, à la fameuse étude Cox et al. (2016), qui démontrerait qu'in vivo, la gamme ne change rien pour le patient. Seulement voilà, si cette étude chagrine, ce n'est pas uniquement à cause de l'impact que ses conclusions pourraient avoir – à la hausse ou à la baisse – sur les marges des uns et des autres (lire encadré p.39).

DES BIAIS, DES BIAIS ET ENCORE DES BIAIS

Dès la première lecture en effet, apparaissent dans cette étude une étonnante quantité de travers méthodologiques.

A commencer par la taille de l'échantillon - 45 personnes – dont on ne voit pas comment il pourrait être représentatif de troubles auditifs précisément remarquables par l'ampleur de leur variabilité interindividuelle.

En outre, sur ces 45 personnes, les auteurs précisent que 17 (37.7 %) ont été appareillés avec un dôme ouvert. Or comme Cyrille Coudert l'a exposé lors du dernier forum Alter Ago à Athènes, le dôme n'est pas exactement la meilleure façon d'exploiter les capacités d'un appareil. Interrogé sur cette étude, l'audioprothésiste

voit dans cet usage massif du dôme un premier biais : « ces derniers ne sont pas adaptés pour les pertes auditives dans les basses fréquences (moins de 30 dB). Avec un dôme ouvert, on supprime l'efficacité de l'appareil haut de gamme dans les fréquences de 20 à 35 dB, on nivelle donc vers le bas. La différence entre entrée et haut de gamme est alors moins perceptible. » Pour plus d'un tiers de l'échantillon, les conditions d'appareillage favorisent donc ex ante la conclusion de l'étude...

Deuxième et troisième biais, repérés par Cyrille Coudert :

- « L'échantillon est composé de patients souffrant d'une surdité « faible » à « moyenne ». Cela signifie que pas un seul patient de l'étude n'avait un niveau de surdité suffisant pour avoir besoin d'un anti-larsen très performant. : c'est encore une fonction des appareils haut de gamme que les patients de l'étude n'avaient aucune chance de ressentir ».

- « L'étude laissait aux patients la possibilité de baisser le volume de leurs appareils. Les patients équipés d'appareils haut de gamme ont été plus nombreux à baisser eux-mêmes le volume que les patients équipés d'appareils d'entrée de gamme. Pourquoi ? Sans doute parce que les

audioprothésistes avaient – dans un but bien précis, mais de long terme – réglé les appareils haut de gamme différemment dans certaines zones, qui correspondent souvent à des sons familiers – réglage que l'on ne peut pas faire avec de l'entrée de gamme. Donner la possibilité au patient de supprimer ces réglages, c'est supprimer en partie ce qui fait la qualité de l'appareil. C'est à nouveau niveler vers le bas les capacités de l'appareil haut de gamme, et donc rendre plus indistincte la différence entre haut et entrée de gamme. »

Et cela continue. Quatrième biais, qui, celui-ci, saute aux yeux : l'évaluation de l'impact du niveau technologique de chaque appareil sur la qualité de vie a été réalisée au bout d'un mois.

On notera cependant que les changements, s'agissant de la qualité de vie, sont imperceptibles : quand est-ce qu'un malentendant qui s'est désintéressé du théâtre faute d'entendre les acteurs y retourne ? quand est-ce qu'il se réimplique dans les conversations mondaines, dans une vie associative ? Cela se fait-il en un mois ?

Et là encore, commentaire de Cyrille Coudert : « Le patient n'est pas compétent pour juger lui-même de l'efficacité d'un appareil au bout d'un mois, tout simple-

SUJET QUI FÂCHE

Soyons clairs : si ce sujet des gammes fait couler autant d'encre c'est qu'il emporte des enjeux de gros sous. Parce que, dira-t-on sûrement, le haut de gamme fait la marge des fabricants et des audioprothésistes, mais c'est peut-être aller vite en besogne :

- Pour les fabricants, si le cycle de vie des produits est rapide sur ce marché – comme sur l'ensemble des marchés de biens technologiques reposant sur des microprocesseurs dont les capacités ne cessent de croître – c'est au prix de très lourds investissements en R&D. Et il faut en outre rappeler que les personnes appareillées gardent leurs audioprothèses 5 à 6 ans – ce qui couvre plusieurs générations de gammes, si bien que l'intérêt d'inciter au renouvellement du parc ne peut pas être le même que sur le marché du smartphone, par exemple...

- Pour les audioprothésistes, cette réflexion en terme de marge réalisée sur la vente des appareils haut de gamme(1) méconnaît largement le fait que l'essentiel de leur métier réside dans les prestations de réglage-adaptation puis de suivi. Or ces prestations prennent plus de temps pour un appareil haut de gamme que pour un appareil d'entrée de gamme. L'argument est donc inopérant, car vendre du bas de gamme permettrait tout simplement de vendre plus en « réglant » moins. Une solution de facilité que les évolutions en cours pourraient, certes, bien

précipiter.

En revanche, on pense moins au fait que certains acteurs ont un intérêt financier et/ou politique très clair à expliquer que le haut de gamme ne sert à rien.

Cela commence par les financeurs de la protection sociale, notamment OCAM et réseaux de soins : des appareils moins chers, voilà qui fait moins à rembourser. Et pour les réseaux, il est évident que proposer des « analyses de devis » et des prestations et conseils « pré-appareillage » ou « post-appareillage », sous couvert de rétablir « l'asymétrie d'information » entre patient et audioprothésiste permet à la fois de contrôler les coûts et de justifier leur existence.

Cela continue avec les responsables politiques et les candidats aux élections diverses, pour lesquels une baisse générale en gamme du marché est un moyen peu onéreux, à forfait de remboursement inchangé, d'augmenter le pourcentage apparent de remboursement.

Enfin, par pudeur, on ne dira rien du secteur de l'implantologie, dont on supposera quand même qu'il ne peut voir d'un très bon œil les audioprothèses high-tech venir piétiner les plates-bandes de l'implant avec des solutions moins invasives et moins lucratives...

ment parce que le travail de rééducation est long. Au début – notamment le premier mois – le patient ressentira une gêne, qui sera d'autant plus grande sur les appareils haut de gamme qui permettent de multiples réglages. Mais cette gêne est nécessaire. C'est un peu comme lorsque vous allez chez le kiné : s'il arrêtait dès que vous avez mal, vous n'iriez jamais au bout de la rééducation. »

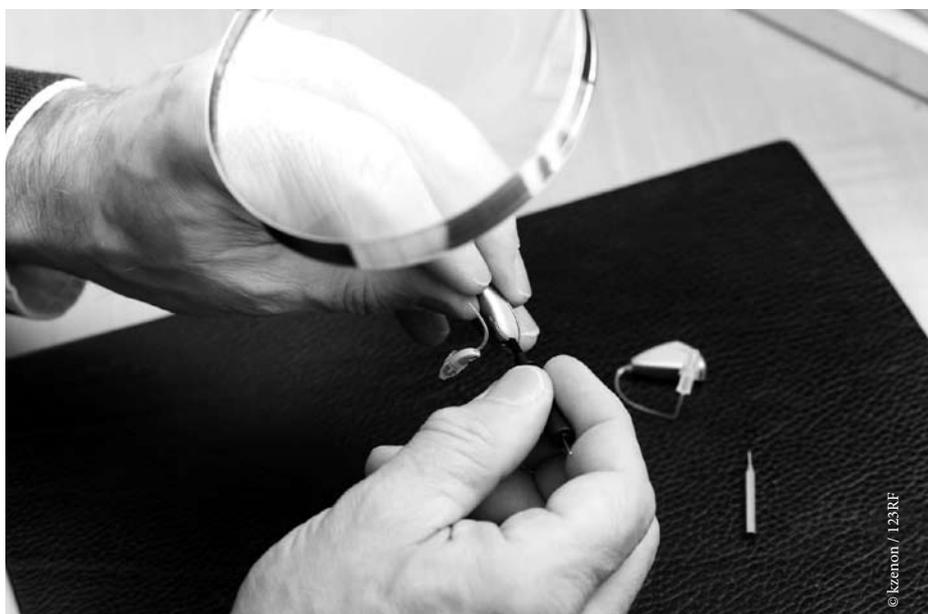
Or, phénomène aggravant : sur les 45 personnes de l'échantillon, seuls 19, soit une minorité avaient une expérience antérieure de l'appareillage auditif – de 3 à 10 ans d'expérience. On en déduit par conséquent que, sur ces 45 participants, 26 (soit 57,7 % de l'échantillon !) étaient primo-accédants à l'appareillage et se trouvaient donc en pleine réhabilitation auditive – ils en étaient au stade où, en début de réglage de l'appareil, ils apprenaient à réentendre et reconnaître certains sons – lorsqu'on les a soumis à des tests de « satisfaction ». Dans ces conditions, il n'est sans doute guère étonnant que les patients n'aient pas distingué les différences entre les programmes pré-réglés équipant les appareils...

Dernier point : si, comme nous l'avons dit, la satisfaction est en général corrélée avec l'observance, il reste que cette étude ne nous dit rien en ce qui concerne l'impact ou non des gammes sur l'observance, en raison de deux autres biais majeurs :

- Les participants à l'étude ont été sélectionnés dans une base de données recensant des candidats volontaires, base de données maintenue par le laboratoire de l'université qui a réalisé l'étude ! On peut donc penser qu'ils sont plus sensibilisés aux problématiques de l'audioprothèse que le patient lambda, ce qui a de fortes chances d'accroître l'observance même si l'appareillage devait être moins bon.

- Pour garantir la pertinence des résultats (!) les participants se sont engagés à une observance minimale de 4 heures par jour... Bref, l'observance était imposée ! Cela vide de son sens l'observation selon laquelle : « en moyenne les modèles ont été portés entre 9.1 et 9.3 heures par jour sans qu'il y ait de différence significative entre les quatre modèles ». Cette durée de port est significative d'appareils mis au réveil et enlevés le soir, dans le cadre du respect d'un engagement pris pour une expérience d'un mois.

Cela ne dit donc rien de ce qu'aurait été l'observance au bout de cinq ans, hors du cadre d'une expérimentation...



« Tous les audioprothésistes rêvent d'être certains qu'une technologie apportera un progrès mesurable à leurs patients. »

AFFAIRE À SUIVRE

Bref, si cette étude devait vraiment faire référence, ce ne pourrait être qu'au mépris de certaines règles relatives au doute scientifique ! Pour autant, continue Cyrille Coudert, il faut lui savoir gré de soulever des questions. « En effet, tous les audioprothésistes rêvent d'être certains qu'une technologie apportera un progrès mesurable à leurs patients. Beaucoup d'audioprothésistes vont vers le haut de gamme non pas par certitude que c'est la meilleure solution pour le patient, mais parce que cela leur permet davantage de possibilités de réglages. Face à cette situation, l'étude pose la question du meilleur rapport qualité-prix, et la réponse qu'elle apporte est clairement négative.

« Là où les auteurs de l'étude ont raison, c'est lorsqu'ils constatent le manque d'outils démontrant la différence entre l'entrée et le haut de gamme. Pour que cette étude soit vraiment intéressante, il aurait fallu la faire non pas sur des personnes n'ayant jamais été appareillées, mais sur des patients appareillés depuis cinq ans, disposant d'audioprothèses de moyenne gamme : on aurait alors pu donner à la moitié de ces gens un appareil de moyenne gamme, bien réglé, et à l'autre moitié, un appareil haut de gamme – sans leur dire à quelle gamme chaque appareil appartenait, bien sûr. Là, la comparaison aurait été intéressante. Par ailleurs,

il faudrait faire des études sur des temps beaucoup plus longs – cinq à quinze ans. »

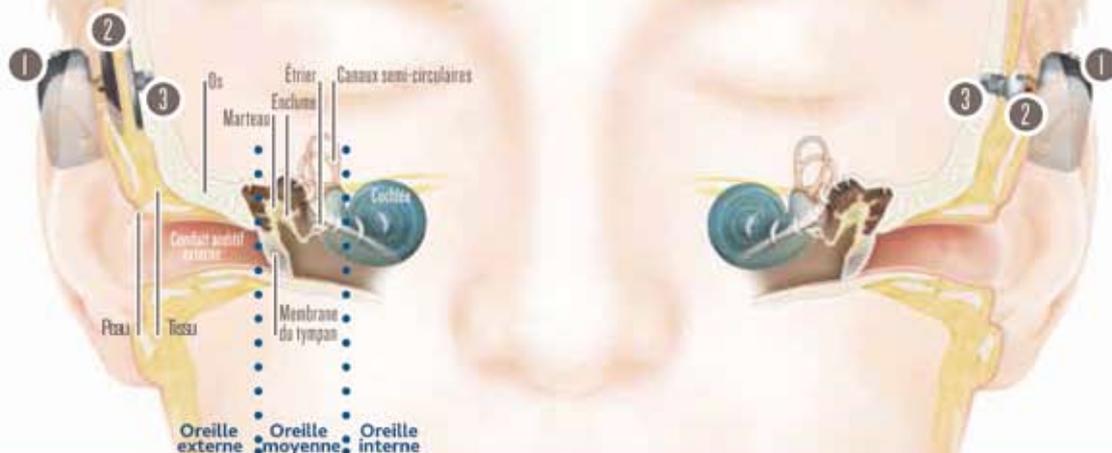
Last but not least, à côté de cette méthode d'évaluation individuelle, resterait sans doute à explorer la piste médico-économique – car plusieurs éléments contredisent les enseignements de l'étude. Ainsi, les patients tendent à être disposés à payer davantage – donc pour des gammes plus élevées – une fois qu'ils ont une expérience de l'appareillage. Autre sujet à méditer : si la France est l'un des marchés les plus haut de gamme d'Europe, elle est aussi celle qui enregistre les plus hauts taux de satisfaction et d'observance...

(1) Qu'on nous pardonne de passer rapidement sur ce sujet polémique et important : nous reviendrons dans un prochain numéro sur les déterminants de l'achat d'un appareil et sur ceux de la recommandation d'une référence par l'audioprothésiste.

(2) On trouve parmi les articles cosignés ces dernières années par Gerard O'Donoghue les intitulés suivants : « Spatial hearing of normally hearing and cochlear implanted children » (2011), « Results of a prospective surgical audit of bilateral paediatric cochlear implantation in the UK » (en 2013 et 2014), ou encore « Comparison of the benefits of cochlear implantation versus contra-lateral routing of signal hearing aids in adult patients with single-sided deafness: study protocol for a prospective within-subject longitudinal trial » (en 2014 également).

Système Baha® Attract

Système Baha® Connect



ENTENDRE PAR CONDUCTION OSSEUSE

avec le Système Cochlear™ Baha® 5

Fonctionnement du système Baha : Surdités de transmission, mixtes et SSD

Alors qu'une aide auditive fait en sorte d'amplifier le son à travers la zone endommagée de l'oreille, le système Cochlear™ Baha 5 utilise la conduction osseuse pour transmettre le son directement à l'oreille interne. Il existe aujourd'hui deux types de connexions entre l'implant et le processeur. Tous deux utilisent la technologie de Cochlear pour aider à entendre et à communiquer.

- 1 Le processeur capture les sons dans l'air.
- 2 Il les transforme en vibrations transmises à l'implant via le pilier ou la connexion magnétique.
- 3 L'implant transmet directement les vibrations à l'oreille interne, à travers l'os.



Processeur Baha 5



Processeur Baha 5 Power

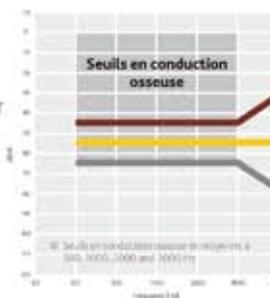


Processeur Baha 5 SuperPower

Petit. Intelligent. Puissant.

Parce que les besoins auditifs des patients sont uniques et peuvent parfois évoluer au fil du temps, ils auront besoin d'options pour aujourd'hui et pour le futur.

Le système Baha est un système en conduction osseuse qui propose trois processeurs, chacun d'entre eux étant conçu pour prendre en charge un niveau de perte auditive différent.



Processeur Baha 5
(jusqu'à 45 dB SNHL)



Processeur Baha 5 Power
(jusqu'à 55 dB SNHL)



Processeur Baha 5 SuperPower
(jusqu'à 65 dB SNHL)



www.cochlear.fr

FR201701 BAHA-PS-074 Pour les professionnels

Les processeurs Baha et dispositifs Wireless sont fabriqués par Cochlear BAS - Suède. Baha 5, Baha 5 Power, Baha 5 Super Power. Ces dispositifs médicaux sont des produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation, le marquage CE.

Le processeur Baha 5 est fabriqué par Cochlear IAS - Suède. Il porte le marquage CE, organisme notifié CE 0413, Intertek. Baha 5 est un produit de santé de Classe IIa inscrit sur la LPP, sous le numéro 2372786.

Le processeur Baha 5 Power est en cours de remboursement. Indications : Surdités de transmission ou surdités mixtes pour lesquelles la chirurgie d'oreille moyenne ne peut être réalisée et l'appareillage traditionnel par voie aérienne ou osseuse est inefficace ou impossible (implantation unilatérale) ; surdités neurosensorielles unilatérales au moins sévères. Lire attentivement les instructions figurant dans le mode d'emploi ou sur l'étiquetage avant toute utilisation.

Fiches techniques et notices d'informations disponibles sur simple demande Cochlear France SAS | 135 Route de Saint Simon, CS 43574, 31035 TOULOUSE - RCS 479 373 151 Toulouse

Cochlear, Hear now. And always et le logo en forme d'ellipse sont des marques de commerce ou des marques déposées de Cochlear Limited. Baha est une marque déposée de Cochlear Bone Anchored Solutions AB.

Blaetoch est une marque déposée de Bluetooth SIG, Inc. son utilisation par Cochlear est sous licence. iPhone, iPad et iPod touch sont des marques déposées de Apple Inc.

© Cochlear Bone Anchored Solutions AB 2016. Tous droits réservés D981395 JUL16 French translation

Hear now. And always



La Révolution Opn s'Ouvre à encore plus d'utilisateurs !

Après Opn 1,
découvrez en
exclusivité
Opn 2 & Opn 3 !

Retrouvez-nous
sur notre stand aux
Assises de Nice...

Ancien monde

La technologie actuelle est limitée par l'utilisation de la directivité étroite : elle se concentre sur un seul interlocuteur et ignore les autres

Nouveau monde

Le nouvel Oticon Opn™ ouvre le paysage sonore à 360° pour que chaque interlocuteur soit compréhensible



OTICON | Opn

Oticon Opn™ est tellement rapide et précis qu'il facilite la tâche du cerveau.

Alimenté par la puissante plateforme Velox™ et la technologie révolutionnaire OpenSound Navigator™, Oticon Opn est capable de gérer de multiples sources sonores - même dans des environnements d'écoute complexes.

Le résultat est une compréhension de la parole exceptionnelle, une énergie mentale mieux préservée et un paysage sonore complet et parfaitement équilibré.

Ouvrez-vous au monde sur myoticon.fr
et sur oticon.fr/opn

oticon
PEOPLE FIRST

Proditjon S.A.S., Parc des Barbannières, 3 allée des Barbannières, 92635
GENNEVILLIERS CEDEX - SIREN 301 689 790 R.C.S. NANTERRE

La Révolution Opn apporte une véritable innovation de rupture dans le domaine des soins auditifs... mais pas seulement : c'est aussi la seule aide auditive au monde aux bénéfices pour le cerveau scientifiquement prouvés !

Oticon a fait réaliser 3 études pour démontrer l'efficacité de son algorithme Open Sound Navigator unique au monde ! Des protocoles cliniques traditionnels ont été utilisés, ainsi que des protocoles inédits dans le secteur de l'audioprothèse.

L'étude sur l'intelligibilité en milieu bruyant a été réalisée à l'aide d'un Speech Shaped Noise (SSN) et des listes de phrases d'Hagerman. Elle montre que les participants peuvent gérer 2 dB de bruit en plus avec Opn par rapport à Alta2 Pro, ce qui correspond à environ **30 % d'augmentation de la compréhension**. (Hagerman, 1982).

L'étude sur l'effort cognitif dans la reconnaissance vocale, a été étudiée, en mesurant la dilatation de la pupille du participant, équipé d'Alta2 Pro et Opn (Opn utilise le nouvel algorithme OSN, Alta2 Pro utilise un système de directivité plus conventionnel). 24 malentendants, âgés entre 35 et 80 ans, et présentant une surdité neurosensorielle symétrique légère à moyenne-sévère, ont été testés. Les sujets devaient écouter les phrases HINT dans un milieu bruyant et à les répéter une par une. La dilatation de la pupille a été enregistrée au cours de l'exercice de reconnaissance vocale avec un système de suivi oculaire. Les résultats montrent une réduction moyenne du pic de dilatation de la pupille de 26 % au cours du test d'intelligibilité dans le bruit avec Opn, comparé à Alta2 Pro, ce qui indique une **réduction de l'effort cognitif** (Zekveld et coll. 2010, 2011 et Koelewijn, 2014).

La troisième étude visait à mesurer le bénéfice cognitif (en termes de performance de mémorisation) de l'OSN. 26 utilisateurs expérimentés, âgés de 38 à 69 ans, avec une perte auditive neurosensorielle symétrique de 37 à 66 dB HL ont été testés avec le test du Sentence-final Word Identification and Recall (SWIR, Ng et coll. 2013, 2015). Cette étude a démontré que l'algorithme OSN **libère des ressources cognitives et améliore significativement la mémorisation pour la perception de la parole dans le bruit**. Lorsque la situation d'écoute devient difficile, l'OSN facilite l'encodage des mots dans la mémoire à long terme, respectant l'aspect fondamental de la compréhension de la parole dans des conditions défavorables.

Ces résultats montrent sans équivoque que la nouvelle technologie d'Opn est une véritable **technologie BrainHearing** : elle améliore la compréhension de la parole, elle réduit l'effort exigé pour comprendre la parole et elle permet de libérer des ressources cognitives pour d'autres tâches cognitives comme la mémorisation des conversations.

Pour en savoir plus :

www.myoticon.fr

www.oticon.fr

Tel. : 01.41.88.01.50

Sources : White paper 2016 OpenSound Navigator : Nicolas Le Goff, Ph. D., Senior Research Audiologist Oticon A/S – Jesper Jensen, Ph. D., Senior Scientist Oticon A/S; Professor, Aalborg University – Michael Syskind Pedersen, Ph. D., Lead Developer, Oticon A/S – Susanna Love Callaway, Au. D., Clinical Research Audiologist, Oticon A/S.

OCAM & réseaux de soins :

Fin du libre choix pour le patient du professionnel de santé, fin du libre choix pour le professionnel de santé du traitement et des équipements les plus adaptés, pression sur les tarifs et marges... Autant de critiques apparues ces dernières années à l'égard des réseaux de soins.

Après avoir consacré plusieurs articles à ce sujet, il a semblé légitime à la rédaction d'Alter Àgo le Mag de donner la possibilité aux OCAM et aux réseaux de soins de répondre. Bruno Cerron et Corinne Devillard, d'Harmonie Mutuelle, et Jean-François Tridodi, de Carte Blanche Partenaires, (par ailleurs membre du club Alter Àgo) ont accepté de jouer le jeu.

“

*En interne, des compétences
humaines et techniques
nous permettent de mieux
comprendre et donc de discuter
avec l'ensemble de l'offre de soins*

”

« Les réseaux ont à l'origine été développés par les mutuelles », rappelle Bruno Ceron, directeur adjoint pour la stratégie et les partenariats d'Harmonie Mutuelle. « Le groupe Harmonie rassemble ainsi plus de 25 000 salariés dans le domaine de la santé, notamment dans les établissements dentaires, les centres auditifs et optiques, ou encore dans les établissements médico-sociaux. Dans le cadre de notre propre réseau mutualiste, nous mettons à la disposition de nos adhérents 80 centres d'audioprothèses et 200 centres optiques. »

Mais, depuis la création de ces réseaux mutualistes, les choses ont évolué : « Aujourd'hui, nous travaillons aussi avec un réseau de soins extérieur, Kalivia, dont font d'ailleurs partie nos centres mutualistes ».

« Les réseaux sont un lien entre les complémentaires santé et les professionnels de santé », explique Jean-François Tripodi, directeur général du réseau de soins Carte Blanche Partenaires, qui compte 8 actionnaires et 36 clients, couvrant 7 millions de personnes. « Nous portons en interne des compétences humaines et techniques qui nous permettent de mieux comprendre et donc de discuter avec l'ensemble de l'offre de soins. » Il y a peu de temps encore, se souvient-il, « les assurances-santé remboursaient des prestations en toute méconnaissance, et les professionnels de santé ignoraient ceux qui les finançaient pour partie. Le rôle des réseaux est donc d'être l'interface entre ces deux exigences de transparence au profit des bénéficiaires : à travers des prestations à de meilleurs rapports qualité/prix. »

OUVERTS OU FERMÉS

Mais attention, soulignent les deux structures, tous les réseaux de soins ne fonctionnent pas de la même manière, et il ne faut pas mettre dans le même sac réseaux ouverts et réseaux fermés.

« La plus grande crainte des professionnels de santé français est sans doute que le système évolue vers le modèle américain des Health maintenance organization (HMO), dans lequel les patients ont l'obligation de consulter un professionnel en particulier »,

LA PLAIDOIRIE DE LA DÉFENSE

analyse Bruno Ceron. « En France, il y a certes des réseaux fermés – qui correspondent aux HMO américains –, mais il y a aussi des réseaux ouverts, comme Kalivia, le réseau de soin d'Harmonie Mutuelle. » Et « dans un réseau ouvert, si l'adhérent ne souhaite pas aller chez un professionnel conventionné avec ce réseau, il peut aller ailleurs. Il n'est pas pénalisé pour autant », poursuit Corine Devillard, directrice des relations avec les professionnels de santé chez Harmonie Mutuelle.

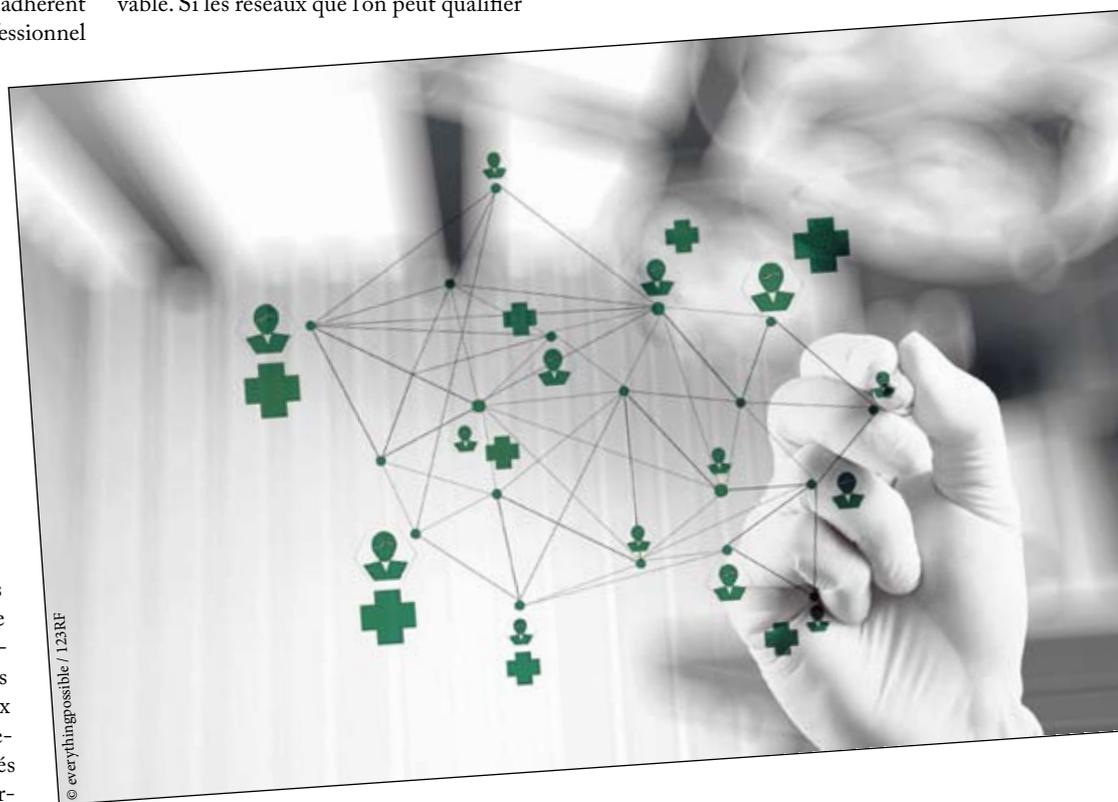
LIBERTÉ D'ADHÉRER

Autre différence entre réseaux ouverts et réseaux fermés : « tous les professionnels de santé peuvent intégrer un réseau ouvert tel que Carte Blanche, à partir du moment où ils répondent à nos critères. Ces professionnels ont la possibilité de sortir du réseau à tout moment », souligne Jean-François Tripodi. Le principe est le même pour Kalivia, ajoute Corine Devillard : « tous les professionnels qui le souhaitent et répondent aux critères du réseau Kalivia – critères qui sont par exemple élaborés avec des audioprothésistes en exercice représentant leur profession – peuvent demander leur adhésion dans le cadre d'une convention, signée à la suite de l'appel d'offres ». Les réseaux fermés, eux, « référencent un nombre restreint de professionnels de santé avec des engagements tarifaires très sévères, et avec des écarts de remboursements qui pénalisent les adhérents lorsqu'ils ne se font pas soigner au sein du réseau. »

PARTENARIATS...

En outre, contrairement aux réseaux fermés, les réseaux ouverts « garantissent le respect des processus métier du professionnel de santé », affirme Jean-François Tripodi. « Chez Carte Blanche, nous estimons qu'il faut travailler de concert avec les professionnels de santé. Il est

pour nous indispensable d'avoir des relations saines et apaisées avec ces derniers. Les réseaux ne doivent se construire que dans une relation partenariale, où l'idée même de sélection drastique est inconcevable. Si les réseaux que l'on peut qualifier



de « restreints » mettent en place des obligations vis-à-vis des professionnels de santé qui peuvent venir perturber le marché ou la pratique du professionnel, ce n'est pas notre cas. Pour nous, exercer une pression irréflectée sur les professionnels de santé risquerait d'entraîner une qualité de service dégradée vis-à-vis de nos adhérents. C'est vrai sur les équipements d'optique mais c'est encore plus marqué pour d'autres activités où la qualité de prise en charge repose davantage sur le service que sur l'équipement, comme c'est le cas de l'audioprothèse. »

Pour Harmonie Mutuelle non plus, le rapport de force n'est pas de mise : « Notre démarche est de rendre service aux adhé-

2 à 3 euros par an et par adhérent, c'est ce que coûte le réseau de soins Kalivia à Harmonie mutuelle. « Cette somme est intégrée aux frais de gestion », explique Bruno Ceron.

“

*Réduire les coûts
et garantir un
appareillage
répondant aux
besoins*

”

rents dans une logique partenariale, et non d'avoir, vent debout contre nous, l'ensemble des professionnels de santé ! On ne construit rien contre les gens », explique Bruno Ceron.

Les réseaux fermés, eux, « ont des modalités de partenariat uniquement axées sur un prix de vente le plus bas possible, voire sur des partenariats parfois inavouables », ajoute Jean-François Tripodi. « Ces éléments entraînent de fait une fréquentation moindre de ces réseaux car la qualité des soins s'en voit fortement diminuée. Une baisse trop importante du prix de vente amène

en effet une diminution du temps passé à l'adaptation et au suivi qui dégrade in fine la qualité de la correction auditive du patient. Ce sont autant de pratiques que nous ne recommandons pas au regard de l'enjeu de santé publique que représente la qualité des soins. »

... SOUS CONTRAINTE FINANCIÈRE

Reste que tous les réseaux de soins - réseaux ouverts compris - ont pour objectif

FABRIQUER DES AUDIOPROTHÈSES ?

Si le réseau Carte Blanche fabrique d'ores et déjà ses propres montures - vendues chez les opticiens membres du réseau - il ne compte pas se lancer sur le marché de l'audioprothèse, selon Jean-François Tripodi : « nous fabriquons en effet, pour des questions de traçabilité et de qualité, la partie « non technique » des lunettes. En comparaison, une audioprothèse est en soit exclusivement de la haute technologie et je vous confirme que nous ne vendrons pas d'appareils d'audioprothèse (pour plaisanter je dis souvent que nous allons fabriquer des embouts avec notre logo... bien entendu ce n'est pas vrai !) »



Jean-François Tripodi, Directeur général de Carte Blanche Partenaires.

stéréo en audioprothèse, la diminution du reste à charge est de 500 euros environ - cela varie selon la gamme ». Et ce, « sans

impact sur les prestations », affirme-t-il. Même objectif chez Carte Blanche : si le réseau de soins se défend d'avoir « une approche uniquement économique dans ses modalités de partenariat » dans le domaine de l'audioprothèse, notamment, « nous souhaitons, d'une part, réduire les coûts - qui représentent un frein pour l'assuré - et, d'autre part, avoir la garantie que l'assuré s'est vu délivrer un appareillage qui correspond à sa

déficience auditive et à son environnement social et avec un suivi réellement assuré. »

TARIF UNIQUE POUR LES APPAREILS

Le sujet est d'actualité puisque « Carte Blanche va renouveler son réseau d'audioprothésistes en 2017 », explique Jean-François Tripodi. « Nous avons lancé en 2016 un référencement de l'ensemble des fournisseurs et des audioprothèses, et nous allons mettre en place prochainement un conventionnement avec les audioprothésistes, sur des critères de qualité et de services. »

« L'objectif est que le patient soit toujours libre de choisir son appareil, mais à un tarif minoré par rapport au prix du marché. » Les méthodes varient, mais la philosophie est proche : tandis que Kalivia « travaille avec un groupe d'experts et avec les fabricants pour classer les appareils par gamme puis définir des plafonds tarifaires au regard des pratiques du marché au niveau du département », Carte Blanche « fixe, pour chaque appareil, un tarif unique dans la France entière, en tenant compte du prix catalogue du fabricant, mais aussi de la marge nécessaire de l'audioprothésiste. Il n'est bien évidemment pas question de plafonner le prix des audioprothèses à 800 euros. Nous allons lisser les extrêmes pour trouver des prix raisonnables à la fois pour

Kaliva permet de parvenir « un reste à charge minoré » : « pour un équipement

les patients et pour les professionnels. Certaines Marques de Distributeurs (MDD) ne souhaitaient pas mettre leurs appareils dans le référencement. Nous leur avons expliqué que leurs audioprothésistes ne pourraient alors pas intégrer notre réseau. Pour nous, il est important que l'audioprothésiste puisse choisir l'appareil, non pas dans une liste restreinte imposée par sa maison-mère – qui parfois est le fabricant lui-même – mais parce que cet appareil est le mieux adapté au besoin du patient. »

GAGNANT-GAGNANT ?

Toutes ces négociations font bien entendu l'objet d'« échanges » et de « points d'échanges » avec des experts de la profession représentatifs de l'ensemble de la filière, afin de partager avec eux sur un modèle aux plus proches des besoins des bénéficiaires et des professionnels », selon Carte Blanche. « Nous n'oublions pas que l'appareillage auditif comprend l'audioprothèse elle-même, son adaptation mais également son suivi et son entretien. Ce suivi, obligatoire et nécessaire, effectué par l'audioprothésiste doit être en rapport avec son engagement dans le temps », ajoute Jean-François Tripodi. « Tout service porte en lui une

valeur financière intrinsèque à sa qualité ; outre un socle commun partagé par tous les audioprothésistes et facturé spécifiquement, il me semble que chacun pourrait mettre en avant sa propre volonté de services par l'affichage de sa valeur ajoutée dans le service et donc un tarif différenciant. Ce serait une manière de se démarquer des low cost qui veulent justement ne pas effectuer ce suivi. »

« Il est vrai que ces négociations suscitent parfois quelques frictions, mais nous parvenons toujours à trouver un accord », conclut Bruno Ceron. « Notre intérêt commun et bien compris est d'obtenir le meilleur rapport qualité-prix pour faciliter l'accès de nos adhérents à l'audioprothèse. On sait que cet effet-prix ne porte bien sûr que sur l'appareil.

Le temps et l'équipement de la cabine sont certes des coûts fixes ; mais il y a quand même un mieux pour le patient avec un coût un peu moins élevé, et l'audioprothésiste peut s'y retrouver en recevant un tout petit peu plus de patients par jour. Pour moi, les deux ne sont pas incompatibles ».

SOUS CONTRÔLE

Enfin, au-delà des contraintes financières, les réseaux de soins – même ouverts – ne cachent pas leur volonté de maîtriser les pratiques des professionnels de santé. Ainsi, pour être sûr que ces derniers ne quitteront pas le moule des conventions signées, Carte Blanche a prévu « divers contrôles : contrôle (en temps réel en avril 2017) du respect des engagements de l'audioprothésiste lors de l'équipement et ensuite dans le respect du suivi, contrôle sur pièces des conditions de la vente et du suivi, et contrôle sur site du respect des engagements. »

Comme quoi, l'ouverture ne fait pas la liberté.



Bruno Ceron, Directeur général adjoint en charge du pôle Stratégie et partenariat chez Harmonie Mutuelle

CONSEIL PRÉ ET POST-APPAREILLAGE

S'ils n'imposent pas à l'assuré d'aller chez tel ou tel professionnel ou de choisir tel ou tel équipement, les réseaux ouverts tels que Carte Blanche ne se privent pas pour « donner des conseils et faire de la prévention pré et post-appareillage » - marchant ainsi quelque peu sur les plates-bandes des professionnels. « Nous fournissons un accompagnement personnalisé à l'assuré dans sa démarche d'appareillage et de suivi », explique Jean-François Tripodi. « Nous lui proposons de l'orienter vers des professionnels de santé qui respectent des critères de qualités et tarifaires, et qui pourront répondre à ses besoins spécifiques. En optique, nous avons ainsi identifié les opticiens spécialisés en Basse Vision. Et pour notre nouveau réseau d'audioprothésistes, nous rechercherons également des expertises de ce type. »

“

Un afflux de clientèle contre un effort sur les marges, pour abaisser les prix de 10 à 15 %

”



ALTER ĀGO - ARTEL ĀGO ART ĀGO

C'est l'œil vif et souriant que s'approche de moi un collègue avec qui je n'ai jamais eu le plaisir de converser. Je sais qu'il s'agit de Lucien GOMULINSKI, ancien chef de service de Longjumeau, qui exerce encore dans le privé et que ses anciens collaborateurs surnomment Gomu ! « C'est toi le peintre qui intervient dans le magazine du Club Alter Āgo ? ». Je bafouille un oui me demandant où il veut en venir. Et le dialogue s'installe. Entre artistes c'est plus facile ! Très rapidement Lucien, (oui je ne vous l'ai pas précisé mais entre artistes on se tutoie très vite) me fait part de son intérêt pour cette rubrique que votre serviteur a le plaisir et l'honneur d'animer. Il a manifestement envie de converser sur sa passion pour la peinture. En mon fort intérieur j'écoutais Lucien parler tout en me disant que nous tenions un sujet pour le Mag. Ce qu'il me raconte lors de cette première rencontre en dit long sur ce personnage, son humour et sa vivacité d'esprit. Nous évoquons les sujets de nos « tableaux » et l'esprit qui préside à leur réalisation nous promettant de nous les montrer (ce sera fait cette année, je m'y engage auprès de lui dans ces colonnes). Lucien est un amateur éclairé qui s'est mis récemment à la « barbouille » et qui a des choses à dire. Il illustre la citation de Léonard de Vinci : « *a pittura è cosa mentale* ».

Il est toujours surprenant de voir avec quelle facilité la pratique d'un art relie les individus qui s'y adonnent, du moins dans le monde amateur où le seul enjeu est le plaisir. Une certaine connivence se met en place rapidement. J'ai fait encore une fois ce constat lors de cette rencontre avec Lucien.

Je le remercie d'avoir accepté, sans se faire prier, de participer à cette rubrique. Je le remercie surtout de m'avoir abordé lors de ce congrès pour se présenter et m'avoir permis de faire sa connaissance.

Je terminerai en laissant une fois de plus la parole à Léonard de Vinci qui nous livre ce conseil d'ami : « *le peintre doit tendre à l'universalité*. »

Je suis convaincu que cette démarche prélude au travail de Lucien GOMULINSKI.

Bonne lecture et tous mes vœux de bonheur et santé pour vous, fidèles lecteurs de ce magazine, et vos proches. Puisse 2017 effacer la pénombre que nous ont laissée 2015 et 2016. Je suis Paris, je suis Nice, je suis Berlin, je suis Jérusalem, je suis libre, je suis Alter Āgo !

Michel El Bez

LUCIEN GOMULINSKI : entre humour et métaphysique, la peinture ou l'envers de la médecine



**Peintre et
ORL : parce
que rarement
artiste aura
été plus à sa
place dans nos
colonnes que
Lucien Gomulinski, nous
n'avons pas
résisté à l'in-
terroger sur
les relations**

**qu'il établit entre son métier
et sa passion. Quelle ne fut
pas notre surprise d'obtenir
réponse en forme de pont...
au-dessus d'un abîme philo-
sophique. Jugez plutôt.**

Pourquoi la peinture ?

J'ai toujours aimé dessiner et, tout au long de ma carrière d'oto-rhino j'ai remarqué que j'avais quelque facilité pour traduire des techniques chirurgicales par des schémas simples. Je précise que ce n'est pas la même chose qu'un schéma anatomique : ce dernier représente un organe sous un certain angle mais ne déforme pas la réalité, tandis qu'un schéma chirurgical peut la simplifier pour la rendre plus compréhensible, peut tricher légèrement pour représenter sur un même plan 2 ou 3 phases d'une procédure. C'est ainsi que j'ai illustré une monographie sur les greffes de tympan, et différents articles sur les rhinoplasties.

Parallèlement, j'ai toujours peint, mais plus ou moins selon mon temps libre, et j'avais le plaisir d'exposer au salon des peintres médecins qui a malheureusement cessé d'exister depuis la triste disparition d'Aimé Benichou qui l'animait

avec brio.

La retraite, me disait-on, ça se prépare. Aussi me suis-je inscrit il y a une dizaine d'années à un atelier de peinture. Quand je suis arrivé, on m'a demandé quel était mon métier. J'ai indiqué ce que je faisais, en particulier la chirurgie de l'oreille moyenne sous microscope, alors on m'a dit tu : « dois être très bon en peinture ! » Grave erreur : j'étais nul, et c'est là que j'ai compris certaines choses.

Pour vous, médecine et peinture s'articulent-elles ? Dans l'une de vos œuvres, on devine des osselets...

Tout homme a un métier, et parfois, ce métier ressort. J'ai réalisé le travail que vous évoquez, et qui a été exposé à l'Otoforum de Nantes, dans le sillage d'Eva Jospin qui réalise de grandes constructions uniquement en cartonnage. Dans mon cartonnage, on reconnaît en effet à droite, dans la forêt une chaîne ossicu-

laire, l'étrier s'articule avec une ammonite géante, et en bout de chaîne, on retrouve le Cri de Munch. J'ai souhaité illustrer de la sorte les vers de Baudelaire dans son poème Correspondances :

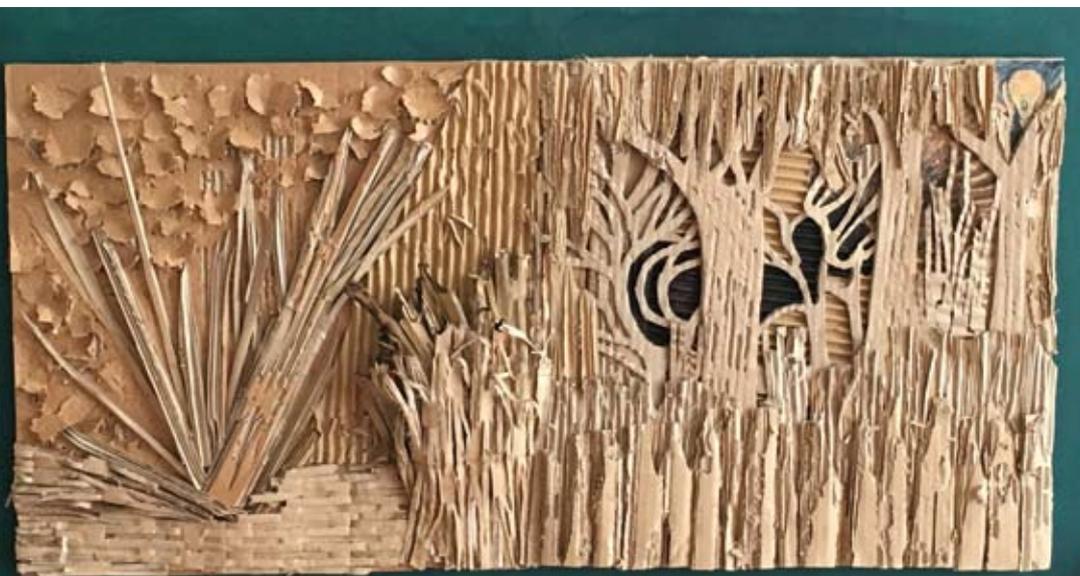
*Comme de longs échos qui de
loin se confondent*

*Dans une ténébreuse et pro-
fonde unité,*

*Vaste comme la nuit et comme
la clarté,*

*Les parfums, les couleurs et les
sons se répondent.*

Mais, d'une façon générale je n'établis pas de rapport direct entre mon métier et ma passion pour la peinture. En fait, peinture et médecine s'opposent plus qu'elles ne s'articulent. La chirurgie est



Baudelaire

L'art de se faire entendre

une discipline de reconnaissance et de reconstruction. On aborde un organe dont on connaît par cœur l'anatomie. Même lorsque tout est déformé par la pathologie, on avance prudemment, puis on reconnaît des balises anatomiques à partir desquelles nous pouvons nous orienter pour éradiquer ce qui est pathologique, et ensuite reconstruire une anatomie ou une fonction connue. On sait parfaitement où l'on va.

La peinture c'est tout le contraire : une quête perpétuelle de nouveauté, c'est une recherche – même s'il est bien rare qu'on découvre quelque chose de vraiment novateur ! Cela fait qu'il est fréquent, lorsque l'on commence une peinture, d'éprouver l'angoisse de la page blanche ! Dans l'atelier où je peins, une fois qu'un thème a été défini, on travaille, on fait des essais jusqu'à ce que quelque chose émerge... ou n'émerge pas.

Mais j'irais plus loin : la peinture est pour moi un moyen d'exprimer l'angoisse existentielle – le fait que précisément, on ne sait clairement ni d'où nous venons, ni où nous allons.

Evidemment on ne peut pas se dispenser de philosopher sur le boson de Higgs ou sur le Big bang. J'ai essayé de représenter cet événement par une sorte d'allégorie qui implique la création simultanée d'une quantité rigoureusement égale de matière et d'antimatière sous forme de deux spirales qui s'éloignent inexorablement l'une de l'autre. Ces deux spirales s'enroulent en sens inverse et préfigurent peut-être le futur ADN. Alors, que mettre à l'instant Zéro ? Là où Jean D'Ormesson place « ce chant d'espérance » j'ai mis le « iod », première lettre du tétragramme hébraïque. De ce « iod » émerge le spectre des couleurs que seul l'œil humain peut voir. Dans un autre tableau j'ai représenté l'accélérateur de particules du CERN qui a permis de prouver la réalité du boson de Higgs, que certains ap-

pellent la particule de Dieu, puisqu'elle permettrait de comprendre comment de l'énergie pure est devenue matière. Là encore le « iod » résume toutes mes interrogations.

C'est peut-être là qu'il existe pour moi une continuité entre les schémas mé-



Deux détournements de tableaux de Chardin : « La Bulle de savon » devient « le sniffeur » et « L'Enfant au toton » devient « les nouveaux jeux »



Le boson de Higgs

dicaux et la peinture : les deux m'apparaissent comme un moyen de représenter visuellement, sans les mots, ce que l'on peinerait à exprimer par un long discours. Mais il est possible que je me trompe, car je m'aperçois que mes toiles ne sont pas toujours compréhensibles si je n'explique pas ce que j'ai voulu faire !

A côté de cette angoisse métaphysique vous avez réalisé d'autres toiles plus légères, des détournements d'œuvres classiques... Pourquoi ce contrepoint ?

Recopier une œuvre pour dire qu'on l'a recopiée n'est pas très intéressant, mais j'ai pris plaisir à peindre ces détournements, en particulier des tableaux de Chardin qui a fait une série représentant les jeux d'enfant de son temps.

Cela m'a amusé d'y mettre des activités un peu plus choquantes et plus actuelles – car aujourd'hui, la paille du souffleur de bulle va plutôt dans son nez, et à l'âge où l'on jouait avant à la toupie, comme dans L'Enfant au Toton, beaucoup de garçons aujourd'hui ont déjà vu des filles nues sur Internet. Mais je n'y mets pas de sens profond. On a parfois le droit à l'humour, parce que la vie n'est pas vivable si l'on n'y intercale pas un peu d'humour. C'est aussi l'humour qui est la meilleure réponse à l'angoisse existentielle.

Les journées de formation Amplifon



Formulaire d'inscription 2017 **Frais d'inscription : gratuit**

Je m'inscris à : *Merci de cocher la ou les case(s) correspondante(s).*

- Samedi 04 Mars 2017 - Innovations en chirurgie Otologique** - Formation au Crowne Plaza - Paris - République
Dr Jean-Baptiste Lecanu - Dr Charlotte Sain-Oulhen - Institut Arthur Vernes - Paris
- Samedi 11 Mars 2017 - Les vertiges** - Formation au Crowne Plaza - Paris - République
Dr Didier Bouccara - Paris et Dr Pierre Bertholon - Saint Etienne
- Samedi 18 Mars 2017 - Pathologies pharyngo-laryngées et troubles de la deglutition : état de l'art, traitements actuels et perspectives futures** - Formation au Crowne Plaza - Paris - République
Pr Christian Debry - CHU de Strasbourg
- Samedi 25 Mars 2017 - Les masses cervicales** - Formation au Crowne Plaza - Paris - République
Pr Marc Makeieff - CHU de Reims
- Samedi 25 Mars 2017 - Actualité en ORL pédiatrique** - Formation à Lille
Pr Dominique Chevalier, Pr Christophe Vincent et Pr Pierre Fayoux - CHU de Lille
- Samedi 20 Mai 2017 - La maladie de Ménière** - Formation au Crowne Plaza - Paris - République
Pr Alexis Bozorg Grayeli - CHU de Dijon
- Vendredi 30 Juin et Samedi 1^{er} Juillet 2017**
Réunion de la Société de Bourgogne - Formation au Palais des Congrès - Vittel
Pr Alexis Bozorg Grayeli - CHU de Dijon
- Vendredi 22 Septembre 2017**
La chirurgie ambulatoire en ORL pédiatrique aujourd'hui et demain - Formation à Marseille
Pr JMTriglia, le Pr R. Nicollas et le Dr C. Le Treut - CHU de Marseille
- Samedi 23 Septembre 2017 - La Polygraphie** - Formation au Crowne Plaza - Paris - République
Dr Olivier Gallet de Santerre - Dr Pierre-Jean Monteyrol - Dr Marc Blumen - Paris
- Samedi 30 Septembre 2017 - Cas cliniques et commentaires d'expertises médico-judiciaires**
Formation au Crowne Plaza - Paris - République
Pr Bruno Frachet - Hôpital Rothschild - Paris
- Samedi 07 Octobre 2017 - La thyroïde** - Formation au Crowne Plaza - Paris - République
Dr Jean-Baptiste Lecanu et Dr Diane Lazard - Institut Arthur Vernes - Paris
- Samedi 04 Novembre 2017 - Les quatrièmes journées lyonnaises** - Formation à Lyon
Pr Eric Truy et Pr Philippe Céruse - CHU Lyon
- Samedi 18 Novembre 2017 - Réhabilitation auditive par implants cochléaires**
Formation au Crowne Plaza - Paris - République
Pr Alexis Bozorg Grayeli - CHU de Dijon
- Samedi 02 Décembre 2017 - La Parotide** - Formation au Crowne Plaza - Paris - République
Pr Georges Lamas - Pr Frédéric Tankéré - Pitié-Salpêtrière - Paris

Le nombre de places étant limité, nous vous invitons à vous inscrire rapidement.

Nom & Prénom :

Adresse professionnelle :

Tél* : E-mail* :

Médecin - Informations obligatoires (*) :

N° RPPS* : N° inscrit au CDOM* :

Spécialité* :

Etudiant - Informations obligatoires (*) :

Nom de l'université :

Adresse de l'université* :

Numéro d'étudiant(e)* :

Niveau d'étude (semestre)* :

À renvoyer par mail à Bénédicte CHAGNON : b.chagnon@arep.co.com

Par courrier : Amplifon 22 av. Aristide Briand - 94110 Arcueil

à l'attention de Liliane Fontanini, ou mail : liliane.fontanini@amplifon.com



L'innovation
majeure
de ce début
d'année !

signia

Life sounds brilliant.

Silk, l'intra-auriculaire CIC-RIC ultra confortable équipé de la technologie primax !

Silk™, notre nouvel intra-auriculaire qui associe le confort et les performances d'un RIC à la miniaturisation d'un CIC.

La réponse à la première demande de vos patients !

- Intra-auriculaire hybride CIC-RIC invisible
- Confort optimal grâce au dôme manchon coudé en silicone
- Maintien dans l'oreille inédit et réduction de l'autophonation
- Performances technologiques primax™
- Directivité binaurale OneMic offrant les bénéfices de la directivité automatique
- Compatible accessoires et applications
- Compatible CROS Pure™, accessoires et applications gratuites
- e2e wireless™ 3.0, Bluetooth® - technologie sans fil
- Niveau de sortie/gain : 113/50
- Adaptation immédiate

L'innovation est en marche !

signia-pro.fr

Innovation
Exclusive
Signia

Solutions
Auditives

SIEMENS