



Prothèses auditives auto-ajustées

QUESTION CLINIQUE

Les prothèses auto-ajustées améliorent-elles l'ouïe chez les adultes atteints d'une perte auditive légère à modérée/grave?

CONCLUSION

Certaines des prothèses auditives auto-ajustées vendues directement aux consommateurs sont probablement comparables aux prothèses classiques ajustées par un audiogramme, et ce, à un coût beaucoup moindre. L'accès à ces dispositifs ainsi que les directives et les règlements qui les concernent sont limités au Canada. Nous vous invitons à prendre connaissance des suggestions ci-dessous.

DONNÉES PROBANTES

- Prothèses classiques : ajustées aux caractéristiques auditives propres au patient à l'aide d'un audiogramme (« réglées par audiogramme »). Prothèses vendues directement aux consommateurs : ajustées par les patients eux-mêmes à l'aide de réglages préprogrammés ou effectués au moyen d'un téléphone intelligent (« auto-ajustées »).
- Appareils auto-ajustés vendus directement aux consommateurs par rapport aux prothèses classiques réglées par audiogramme :
 - Quatre revues systématiques¹⁻⁴. Plus récents/pertinents : cinq essais contrôlés randomisés (ECR) ou études croisées (124 patients, perte auditive légère/modérée) examinant des dispositifs vendus directement aux consommateurs (PS2500amp^{MC},

- CS50+ Sound World Solution^{MC}, FocusEar RS2^{MC}, Tweak Focus^{MC}, Etymotic BEAN^{MC}, Olive SmartEar^{MC})¹ :
- Intelligibilité de la parole : aucune différence.
 - Autre étude croisée : 23 patients, perte auditive modérée/grave⁵. Changement du pourcentage de mots reconnus (60 % au départ) :
 - Prothèses auditives classiques : 76-88 %
 - Dispositifs vendus directement aux consommateurs : CS50+ Sound World Solution^{MC} : 68 %; Etymotic BEAN^{MC} : 80 %.
 - Aucune analyse statistique.
 - Même prothèses auditives: réglées par audiogramme par rapport à auto-ajustées.
 - Une revue systématique : cinq études randomisées, quasi-randomisées ou croisées (176 patients)⁶.
 - Intelligibilité de la parole : aucune différence.
 - Autre ECR : 64 patients, perte auditive légère/modérée (Lexie Lumen^{MC}), 6 semaines⁷ :
 - Échelle des difficultés de communication autoévaluées (de 1 à 99; plus le score est bas, moins les difficultés sont grandes) : score de 34-37 au départ, amélioré pour atteindre 19 (auto-ajustés) par rapport à 24 (réglés par audiogramme) (aucune différence statistique).
 - Intelligibilité de la parole, qualité de vie : aucune différence.
 - Prothèses réglées par audiogramme : dispositifs vendus directement aux consommateurs par rapport à des prothèses auditives classiques.
 - ECR croisé : 42 patients, perte auditive légère/modérée⁸. Changement du pourcentage de mots reconnus (76 % au départ) :
 - Prothèses auditives classiques : 88 %
 - Dispositifs vendus directement aux consommateurs :
 - CS50+ Sound World Solution^{MC}, Soundhawk^{MC} : 87 % (aucune différence).
 - Etymotic BEAN^{MC} (84 %), Tweak Focus^{MC} (81 %), MSA Pro 30X Sound Amplifier^{MC} (65 %) : tous sont inférieurs aux prothèses auditives classiques.
 - Limites : manque de précisions parfois sur la randomisation/l'insu; utilisation fréquente d'un milieu artificiel (cabine de son); peu de renseignements sur la qualité de vie; on ne sait pas quels patients bénéficieraient d'un audiogramme; disponibilité limitée au Canada.

CONTEXTE

- Exemples de dispositifs vendus directement aux consommateurs et disponibles au Canada :
 - CS50+ Sound World Solution^{MC} (~ 300 \$)⁹.
 - Etymotic BEAN^{MC} (\$300)¹⁰.
- Perte auditive légère/modérée (26-60 dB) : gérée avec des prothèses auditives. Grave : gérée avec des implants cochléaires ou des techniques de communication de rechange¹¹.
- Prothèses auditives : ~ 3 000 \$. La plupart des régimes provinciaux offrent une couverture minimale (exemple : 500 \$)¹².

RÉFÉRENCES

1. Chen C, Huang C, Cheng H, et al. EClinicalMedicine. 2022 Apr 7;46:101378.
2. Maidment DW, Barker AB, Xia J, et al. Int J Audiol. 2018 Oct;57(10):721-729.
3. Manchaiah V, Taylor B, Dockens AL, et al. Clin Interv Aging. 2017 May18;12:859-871.
4. Tran NR, Manchaiah V. J Audiol Otol. 2018 Oct;22(4):178-188.
5. Kim GY, Kim S, Jo M, et al. J Korean Med Sci. 2022 Mar 28;37(12):e94.
6. Almufarrrij I, Dillon H, Muro KJ. Int J Audiol. 2023;62(6):500-511.
7. De Sousa K, Manchaiah V, Moore DR, et al. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2023 Apr 13; e230376.
8. Reed NS, Betz J, Kendig N, et al. JAMA. 2017 Jul 4;318(1):89-90.
9. Amazon.com. Lien : https://www.amazon.com/Sound-World-Solutions-CS50-Bluetooth/dp/B00JAWKPCW/ref=sr_1_1?crid=1X62JZ69UOWAY&keywords=sound+world+solutions+cs50%2B&qid=1698775402&prefix=cs50+sounds+wor%2Caps%2C288&sr=8-1. Consulté le 31 octobre 2023.
10. ALDS Canada. Lien : <https://alds.com/BEAN-PSA-by-Etymotic-c12924063>. Consulté le 31 octobre 2023.
11. US Preventive Services Task Force. JAMA. 2021;325(12):1196-1201.
12. Hearing Excellence. Insurance coverage and costs explained. Lien : <https://hearingexcellence.ca/hearing-aid-pricing-in-ontario-insurance-coverage-and-costs-explained/>. Consulté le 13 octobre 2023.

AUTRICES

Émélie Braschi, MD, Ph.D.,
Samantha S Moe, Pharm.D.

Les autrices n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

**OUTILS DE LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à <https://gomainpro.ca/francais/tools-for-practice/>.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.