

Comparaison et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes handicapées

Enquête de terrain en Belgique,
Suède et Angleterre

PICHETTI Sylvain, D'ESTEVE DE PRADEL Alice,
ESPAGNACQ Maude
IRDES

Table des matières

I.	Introduction	5
II.	En France, le dispositif de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) limite le reste à charge des aides techniques pour les personnes en situation de handicap	8
A.	Un empilement complexe de financements.....	9
B.	Des financeurs multiples mais éparpillés à la source d'un système complexe et peu lisible	11
C.	Des longs délais d'attente pour bénéficier de la prise en charge publique	11
D.	Une solvabilisation publique théoriquement élevée mais qui peut laisser des restes à charge importants	12
E.	A besoin égal, des situations d'inéquité de financement	13
F.	Au niveau macroéconomique, l'absence de régulation des prix fait courir le risque d'une dérive du coût public des aides techniques.....	14
III.	Apports et limites de la littérature pour les comparaisons internationales des politiques de financement des aides techniques.....	14
A.	Une grille d'analyse qui permet de comparer les politiques publiques de financement des aides techniques	16
1.	Un premier axe d'analyse qui jauge l'effort du régulateur national pour maîtriser les coûts	18
2.	Un deuxième axe d'analyse qui interroge l'expérience de l'utilisateur : solvabilité de la dépense, satisfaction des usagers et degré d'équité	19
B.	La littérature a permis d'identifier des pays qui ont changé de politique	21
1.	La Belgique.....	21
2.	La Suède	62
3.	Le Royaume-Uni.....	104
C.	Limites de la revue de littérature pour les comparaisons internationales.....	130
1.	La littérature ne permet pas une comparaison systématique et standardisée des pays sur la solvabilisation publique, le reste à charge pour l'utilisateur et le contrôle des prix	130
2.	La littérature ne permet pas non plus de rendre compte des changements de politique en cours dans les pays	131
IV.	Les objectifs du projet COMPATEC.....	132
A.	Positionner la France en termes de prix, solvabilisation publique et restes à charge par rapport aux autres pays	133
B.	Comprendre la logique du changement dans les pays qui ont modifié leur politique de financement des aides techniques.....	133
1.	Le passage à un financeur public unique en Belgique pour les fauteuils roulants : quelles améliorations par rapport à l'empilement de financements publics français ?	134
2.	Un panier anglais d'audioprothèses gratuites peu plébiscité par les usagers : quels enseignements et mises en garde pour le 100% santé auditif français ?	135

3.	Quels enseignements de l'expérience suédoise pour inspirer une amélioration de la qualité et de l'efficacité de la mise à disposition des aides techniques pour la France ?	136
V.	Présentation de la méthodologie de l'étude et des données collectées.....	137
A.	Une méthodologie qui repose sur l'articulation d'un terrain à distance et de voyages d'études 138	
1.	Le public visé.....	138
2.	Le terrain à distance permet de récupérer des informations descriptives	138
3.	Les voyages d'étude visent à améliorer la compréhension des changements de politiques en cours.....	139
B.	Terrain à distance : mise en place du questionnaire.....	139
1.	Les objectifs du questionnaire	139
2.	Choix des cas-types pour chaque type d'aide.....	141
3.	Construction d'une vignette : le cas fictif de M. Smith	144
4.	Une enquête diffusée par l'outil numérique LimeSurvey	144
C.	Bilan de la collecte d'informations par les questionnaires	145
1.	Méthode d'enquête pour la phase des questionnaires	145
2.	Bilan sur l'efficacité de la phase de prospection : les objectifs et les difficultés rencontrées 146	
3.	Bilan général sur le terrain à distance	151
D.	Les voyages d'étude.....	152
1.	Méthodologie de l'enquête de terrain : les voyages d'étude	152
2.	Bilan de l'enquête de terrain.....	157
VI.	Résultats : quel impact de la régulation des prix des aides techniques sur les dépenses publiques et les restes à charge des usagers ?	163
A.	Une régulation des prix des aides techniques assurée par des appels d'offre en Suède et au Royaume-Uni	165
1.	Principes des appels d'offre	165
2.	La régulation des prix et l'encadrement de l'offre sont censés réduire la dépense publique... 167	
3.	... et les restes à charge des usagers	167
B.	Prise en charge publique des aides techniques dans un système sans régulation des prix (France et Belgique).....	168
1.	Une régulation qui se limite à fixer des niveaux de remboursement	168
2.	Une distribution confiée à une multitude d'acteurs privés qui peuvent pratiquer des prix libres et occasionner des restes à charge pour l'utilisateur.....	168
C.	Méthodologie de comparaison des dépenses publiques et des restes à charge dans les deux systèmes.....	169
1.	Une comparaison basée sur les dépenses publiques	169

2.	Une comparaison qui neutralise les différences de niveaux de vie entre pays	170
3.	Une comparaison qui neutralise les différences de qualité des aides techniques	170
D.	Résultats de la comparaison des prix publics et des restes à charge	170
1.	Comparaison des dépenses publiques et des restes à charge pour les fauteuils roulants 171	
2.	Comparaison des prix et des restes à charge des aides auditives	178
3.	Comparaison des dépenses publiques et des restes à charge des aides visuelles	186
E.	Discussion.....	191
1.	Une régulation des prix par appels d’offre qui engage des dépenses publiques plus faibles pour les fauteuils roulants et les aides auditives	191
2.	Des niveaux de restes à charge plus élevés en France sur les fauteuils roulants actifs, électriques verticalisateurs et les télé-agrandisseurs	192
3.	Les bénéfiques de la régulation des prix par appels d’offre doivent être mis en regard des critiques qui sont fréquemment formulées.....	193
4.	Les modèles de libre choix tentent de pallier les limites des systèmes publics	194
5.	Un succès limité aux aides auditives dans les rares comtés suédois qui ont appliqué la politique	195
	Conclusion.....	195
VII.	Conclusion générale.....	197
	Bibliographie.....	200
	Annexes.....	205
	Annexe 1 : Algorithme de recherche pour la revue de littérature.....	205
	Annexe 2 : Grille d’analyse des politiques publiques.....	206
	Annexe 3 : Le questionnaire	208
	Annexe 4 : Les grilles d’entretien	208
	Grille d’entretien générique pour les aides visuelles (AV) en Belgique	208
	Grille d’entretien générique pour les centres d’aides techniques en Suède (en anglais).....	212
	Grille d’entretien pour une responsable du budget dédié aux fauteuils roulants au NHS en Angleterre (en anglais)	215

I. Introduction

Les aides techniques sont un instrument essentiel de l'autonomie des personnes en situation de handicap et participent de leur qualité de vie (Denormandie et Chevalier, 2020). Les aides techniques sont très largement utilisées par les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes (Igas, 2013).

En France, le système de mise à disposition des aides techniques est fortement critiqué dans plusieurs de ses dimensions et depuis plusieurs années (Denormandie et Chevalier, 2020). L'information délivrée aux usagers est décrite comme insuffisante, de même que l'est l'accompagnement au choix et après acquisition des aides techniques.

L'utilisateur est par ailleurs confronté à un parcours de soins très complexe et à de multiples guichets pour obtenir des financements publics. La multiplicité des guichets oblige les personnes en situation de handicap et leurs familles à entreprendre des démarches auprès de différents organismes (CPAM, MDPH, organisme complémentaire) dans un ordre précis. Ce parcours complexe peut être à l'origine de très longs délais d'attente pour bénéficier d'une prise en charge publique ou entraîner des abandons en cours de démarches par des usagers découragés.

Plusieurs rapports publiés au cours des dernières années questionnent l'efficacité de la politique publique de prise en charge des aides techniques (Igas, 2011 ; Igas, 2013 ; Denormandie et Chevalier, 2020) pour les personnes en situation de handicap, s'inquiètent de la faible capacité des dispositifs en place à réduire le reste à charge, s'interrogent sur la pertinence des barrières d'âge pour la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et proposent des pistes de réforme.

En France, la distribution des aides techniques est confiée à une multitude d'acteurs privés qui fixent librement leur prix. Les interrogations relatives à la politique publique de prise en charge des aides techniques portent majoritairement sur l'absence de régulation des prix, qui peut être responsable d'un reste à charge des usagers élevé.

Face au risque d'inflation, le régulateur public doit arbitrer sur la façon dont il partage le coût entre le financeur public et l'utilisateur. En France, un troisième acteur est également mobilisé pour partager ce coût, les complémentaires santé privées. En l'absence de régulation des prix, la marge de manœuvre du régulateur est plus étroite car s'il souhaite limiter les dépenses publiques consacrées à la distribution des aides techniques, il est contraint de transférer une partie du coût soit sur les usagers soit sur les complémentaires santé.

La récente réforme du 100% santé aides auditives est ainsi illustrative d'une politique qui s'est donnée comme objectif d'assurer un reste à charge nul pour les usagers détenteurs d'une couverture complémentaire et optant pour les aides auditives de la classe 1, qui se traduit par une prise en charge renforcée assurée conjointement par le régulateur public et les complémentaires santé. Cette prise en charge intégrale assurée par le régulateur public et les complémentaires santé est assortie d'un prix administré de 950€ pour toutes les aides auditives de la classe 1. Ce prix administré ne s'applique toutefois pas aux autres catégories d'aides auditives pour lesquelles les prix demeurent libres et pour lesquelles les organismes complémentaires ne sont plus contraints de garantir une prise en charge minimale du reste à charge de l'assuré. Cette politique publique a le mérite d'améliorer significativement la prise en charge des usagers qui optent pour des aides qui s'inscrivent dans le

périmètre du 100% santé mais conduit à une prise en charge moins favorable pour les usagers qui font des choix d'aides techniques hors périmètre.

A l'heure où les pouvoirs publics français s'interrogent sur l'opportunité de dupliquer cette politique du 100% santé pour les fauteuils roulants, il est sans doute utile de questionner l'orientation de la politique française en interrogeant le bien-fondé d'une extension du périmètre du 100% santé et de ses implications potentielles. Les politiques de 100% santé, qui se résument à une négociation entre le régulateur public et les organismes complémentaires sur le partage des coûts permettant une prise en charge intégrale des restes à charge de l'utilisateur, exonèrent le régulateur public d'une réelle régulation des prix par négociation avec les industriels concernés, telle qu'elle est pratiquée dans d'autres pays. Une régulation des prix entre le régulateur public et les industriels des aides techniques est pourtant présentée comme le meilleur levier, permettant à la fois d'optimiser les dépenses publiques tout en réduisant les restes à charge des usagers. Il y a donc un enjeu important à essayer de mesurer les implications du renoncement de la France à une véritable régulation des prix des aides techniques et à évaluer les conséquences d'une politique basée sur l'extension du modèle du 100% santé dont on mesure déjà qu'il crée des discontinuités de prises en charge qui peuvent être préjudiciables à l'accès aux soins des usagers.

Dans ce contexte, les chercheurs de l'Irdes ont souhaité contribuer à la réflexion sur l'évolution de la politique publique portant sur le champ des aides techniques.

Le projet de recherche COMPATEC est porteur d'une double ambition : il a pour premier objectif de positionner la France en termes de dépenses publiques engagées pour la distribution des aides techniques et de restes à charge pour les usagers par rapport à des pays européens comparables. Cette comparaison ne peut être entreprise pour l'ensemble des aides techniques, le périmètre a donc été délimité par le choix de trois types d'aides techniques : les fauteuils roulants (fauteuils roulants manuels de base, fauteuils roulants actifs et fauteuils roulants électriques verticalisateurs), les appareils auditifs et les aides visuelles (plages Braille, téléagrandisseurs et lecteurs de livres Daisy). Ces aides techniques renvoient à des situations de handicap majeures, qui concernent une population importante. Au sein de chaque catégorie d'aides techniques, les différents modèles choisis correspondent à la fois à des usages différents et renvoient également à des niveaux de restes à charge différenciés en France : sans reste à charge, reste à charge modéré et reste à charge important.

Par ailleurs, compte tenu de la barrière d'âge qui segmente en France les politiques de la compensation de la perte d'autonomie, la comparaison des restes à charge se fait en considérant pour la France le cas type d'une personne en situation de handicap, éligible à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). Les autres canaux de financement des aides techniques (scolarisation, travail) sont exclus du champ de ce rapport, aussi bien pour la France que pour les pays qui sont inclus dans le périmètre de la comparaison.

Le projet de recherche COMPATEC propose dans un deuxième temps une analyse approfondie des politiques mises en œuvre dans trois pays qui ont récemment fait évoluer leur mode de financement des aides techniques : Belgique, Suède et Angleterre. Cette analyse approfondie est le fruit d'une analyse de la littérature et de trois voyages d'études entrepris dans le cadre de ce projet.

Le choix de ces pays permet de comparer les dépenses publiques et les restes à charge dans des systèmes de distribution des aides techniques fortement différenciés : France et Belgique correspondent à des marchés privés sur lesquels la distribution des aides techniques est confiée à une

multitude d'offres privés qui disposent d'une liberté de fixation de leurs prix. A l'opposé, Suède et Angleterre sont deux pays caractérisés par des marchés publics de distribution des aides techniques sur lesquels s'opère une réglementation des prix par appels d'offre. En outre, chacun de ces pays a initié dans les années récentes un changement de politique qui peut apporter un éclairage sur l'orientation de la politique française.

Jusqu'en 2019, la **Belgique** disposait d'un système de financement des fauteuils roulants associant un financement public au niveau national à un financement public additionnel au niveau régional, assez comparable dans sa construction à celui qui prévaut en France. En France, un premier étage de financement prévu par l'Assurance maladie obligatoire peut être complété d'un deuxième par la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) sur lequel peut venir se superposer le financement du Fonds de Compensation Départemental. La réforme belge de 2019 a confié au seul acteur régional le financement des fauteuils roulants, ce qui représente un intérêt majeur vu de France, où les critiques sur l'absence de pilotage de la politique de financement des aides techniques se multiplient depuis de nombreuses années (Igas, 2013 ; Denormandie et Chevalier, 2020). L'expérience belge est susceptible d'éclairer les résultats qu'il serait possible d'atteindre en France si on suivait la préconisation du rapport Denormandie et Chevalier (2020) qui recommande de faire de l'Assurance maladie le financeur unique des aides techniques éprouvées et validées pour éviter le cumul des financements.

En 2021, la réforme du *Personal Wheelchair Budget* introduite en **Angleterre** a généralisé un système de voucher qui accorde aux usagers un chèque permettant de faire l'acquisition d'un fauteuil roulant sur le marché privé et donc de bénéficier d'une liberté de choix accrue par rapport au système de mise à disposition classique du *National Health Service* (NHS). Outre les enseignements associés à la mise en place de cette réforme, l'étude du système **anglais** de mise à disposition des aides auditives peut apporter plusieurs mises en garde par rapport au système de 100% auditif français. La réforme du 100% santé qui s'est déployée de façon progressive entre 2019 et 2021 en France propose une offre possible sans reste à charge sur les aides auditives de classe 1 pour les assurés détenteurs d'un contrat de couverture complémentaire. Cette réforme du 100% santé présente des similitudes fortes avec le système de mise à disposition des aides techniques qui existe depuis plusieurs années en Angleterre. En **Angleterre**, le panier « gratuit » d'audioprothèses n'a pas emporté une adhésion complète des usagers, conduisant certains d'entre eux à s'en détourner. Les aides gratuites mises à disposition des usagers sous forme de prêt par le *National Health Service* (NHS) ont souvent présenté une qualité faible ou moyenne, ce qui a conduit à leur sous-utilisation. L'étude de l'Angleterre permet d'identifier les caractéristiques de l'offre gratuite proposée par le NHS et de les comparer à celles de l'offre du 100% santé français pour anticiper les risques éventuels d'une sous-utilisation des aides auditives qui sont proposées.

A l'image de l'Angleterre, la **Suède** a introduit à partir de 2008 dans un petit nombre de comtés volontaires un système de voucher -ou système dit de *libre choix*- qui accorde aux usagers la possibilité de bénéficier d'un chèque leur permettant d'acquérir leur aide technique en s'affranchissant du système traditionnel de mise à disposition des aides techniques qui prévaut dans le pays. Plusieurs caractéristiques du système **suédois** présentent un intérêt pour inspirer des pistes de réforme de politique publique pour la France. La Suède pratique depuis plusieurs années une régulation des prix des aides techniques assise sur des appels d'offre passés au niveau régional qui permettent de réduire fortement les dépenses publiques consacrées à cet approvisionnement. L'étude de l'expérience suédoise permet de mieux comprendre les mécanismes des appels d'offre comme mode de régulation

des prix et de quantifier par la même occasion la réduction des dépenses publiques qui est permise par rapport à un système sans régulation des prix. En outre, de nombreux observateurs du système français pointent le besoin de renforcer l'évaluation des besoins des usagers et leur accompagnement. Cette préconisation fait écho au constat de défaillance de l'information des usagers sur les aides techniques et à celui d'un accompagnement pas systématiquement assuré par des professionnels formés et neutres d'intérêts commerciaux pour l'évaluation des besoins (Denormandie et Chevalier, 2020). En Suède, l'accompagnement des usagers est confié à des professionnels de santé qui bénéficient d'un très bon niveau de formation. Leur spécialisation dans un type de handicap leur permet d'assurer un niveau d'accompagnement de haut niveau des usagers. Ces paramédicaux - audiologistes pour les prothèses auditives et ergothérapeutes ou kinésithérapeutes pour les fauteuils roulants- disposent d'une excellente connaissance des produits disponibles et sont censés assurer un accompagnement de très bonne qualité. L'expérience suédoise présente donc un intérêt de premier plan pour comprendre les conditions qui permettent de garantir une meilleure évaluation des besoins des usagers et leur assurer un meilleur accompagnement dans le choix des aides techniques. Par ailleurs, la Suède bénéficie déjà d'une longue tradition de recyclage des aides techniques, mise en œuvre dans l'ensemble des comtés, qui constitue un levier très efficace de réduction des coûts financiers et environnementaux associés à la distribution des aides techniques. L'étude de cette expérience peut être très inspirante pour des pays comme la France qui n'ont pas le même degré d'avancement dans la mise en œuvre des politiques de recyclage.

Le présent rapport est structuré de la façon suivante. La partie II est consacrée à la présentation du dispositif de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) comme principal mode de financement des aides techniques pour les personnes en situation de handicap et fait état des questions associées à ce mode de financement. La partie III du rapport présente les apports et les limites d'une revue de la littérature pour mener à bien une comparaison internationale des politiques de financement et de mise à disposition des aides techniques. La partie IV présente les objectifs du projet COMPATEC tandis que la partie V décrit la méthodologie de l'étude et des données collectées, assise sur l'articulation entre un terrain à distance (questionnaire) et un terrain de proximité, réalisé au cours de trois voyages d'études. La partie VI (résultats) étudie l'impact de la régulation des prix sur les aides techniques sur les dépenses publiques et les restes à charge des usagers. Enfin, la partie VII dresse les conclusions du rapport.

II. En France, le dispositif de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) limite le reste à charge des aides techniques pour les personnes en situation de handicap

Créée par la loi du 11 février 2005 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) est une aide personnalisée visant à financer les besoins de compensation des personnes handicapées au regard de leur projet de vie (Espagnacq, 2013). La prise en charge individualisée prévue par la PCH s'appuie sur un Plan personnalisé de compensation (PPC), élaboré par une équipe pluridisciplinaire de la Maison Départementale des personnes handicapées (MDPH).

La PCH est une prestation en nature (paiement sous contrôle d'effectivité) qui permet de financer cinq éléments : (1) les aides humaines, (2) les aides techniques, (3) l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts éventuels liés aux frais de transports, (4) les charges spécifiques ou exceptionnelles, (5) les aides animalières.

La personne en situation de handicap doit avoir moins de 60 ans pour faire une demande de PCH. Toutefois, une fois admise dans le dispositif de la PCH avant cet âge, la personne continue de pouvoir bénéficier de la prestation au-delà de cet âge. Une personne peut demander la PCH au-delà de 60 ans et sans limite d'âge si elle remplit déjà les conditions d'attribution avant 60 ans ou si elle continue à travailler.

Une barrière d'âge s'applique en revanche pour une personne qui serait âgée de plus de 60 ans et dont le handicap serait apparu postérieurement à l'âge de 60 ans et qui n'est plus en activité professionnelle : cette personne ne peut dans ce cas revendiquer le droit de percevoir la PCH (Penneau et al. 2019).

Outre la PCH, d'autres financements sont mobilisables par les personnes en situation de handicap pour réduire le reste à charge associé à l'acquisition d'aides techniques.

A. Un empilement complexe de financements

Le système français est construit sur un empilement complexe de financements publics. Le principe général est le suivant.

Le premier étage est assuré par **l'Assurance maladie obligatoire**, sur prescription médicale. Si l'aide technique est dans la Liste des Produits et Prestations (LPP), le remboursement repose sur le tarif LPP à 60% ou à 100% si l'utilisateur bénéficie d'une exonération du ticket modérateur. L'exonération du ticket modérateur peut être obtenue par l'Affection de longue durée (ALD) si la personne est atteinte d'une des maladies chroniques éligibles et à condition que la dépense de santé soit en lien avec la pathologie exonérante. De même, le ticket modérateur est nul pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité. Comme les prix des aides techniques sont libres, le prix peut être plus élevé que le tarif de remboursement de la LPP et donc occasionner un reste à charge¹ pour le bénéficiaire.

Après ce premier étage de financement et dès lors que persiste un reste à charge se superpose un deuxième étage de financement légal assuré par la **Prestation de Compensation du Handicap (PCH)** qui peut financer des aides techniques, qu'elles soient inscrites ou non sur la LPP remboursable prévue à l'article L165 du code de la sécurité sociale pour les bénéficiaires éligibles à cette prestation. La prestation de compensation du handicap vient en complément du financement de l'assurance maladie lorsque l'aide concernée est remboursable. Les montants et durées de renouvellement de la PCH ont été récemment modifiés, depuis janvier 2022 (Décret n°2021-1394 du 27 octobre 2021 et arrêté du 11 août 2021). La règle antérieure prévoyait un renouvellement de l'aide tous les trois ans pour un montant de 3960 euros, majoré pour les aides de plus de 3000 euros. Désormais, l'ouverture des droits s'étend à une période de dix ans avec un plafond de 13 200 euros pour l'ensemble des aides techniques demandées par le bénéficiaire.

¹ Le reste à charge se définit comme la différence entre le prix payé par l'utilisateur et le remboursement public obtenu pour acquérir son aide.

Au-delà de ces deux étages de financement légal peut intervenir un financement privé par les organismes de couverture complémentaire (assurances, mutuelles, instituts de prévoyance) pour les personnes couvertes et à condition que les aides techniques soient prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Ce financement privé peut aussi émaner de l'AGEFIPH (Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) pour des besoins spécifiques. L'AGEFIPH soutient le développement de l'emploi et le maintien en poste des personnes en situation de handicap dans les entreprises du secteur privé.

Le périmètre de l'aide extra-légale intervient au-delà avec des financement régionaux (conseil régional) ou départementaux (aide extra légale du département et Fonds de Compensation Départemental (FDC)) pour lesquels des questions d'équité territoriale peuvent se poser.

Les fonds de compensation, créés par la loi du 11 février 2005 (article L.146-5 du code de l'action sociale et des familles) visent à attribuer des aides financières extralégales qui permettent aux personnes en situation de handicap de faire face aux frais de compensation restant éventuellement à leur charge après intervention de la prestation de compensation du handicap. Chaque département français met en place un fonds de compensation départemental, géré par les MDPH et financé principalement par l'Etat, les conseils départementaux et l'Assurance maladie. Il existe une forte variabilité des modes de fonctionnement des fonds de compensation, ainsi que des publics éligibles de même que des aides techniques éligibles au financement (CNSA, 2019).

Le deuxième alinéa de l'article L.146-5 du code de l'Action Sociale et des Familles précise en outre que les frais de compensation restant à la charge du bénéficiaire de la PCH ne peuvent, dans la limite des tarifs et montants de la prestation, excéder 10% de ses ressources personnelles nettes d'impôts dans des conditions définies par décret. Ce décret d'application n'a toutefois jamais été publié.

Ce schéma général s'applique pour le financement des fauteuils roulants, des aides auditives mais pas pour les aides visuelles pour lesquelles aucun financement de l'Assurance maladie obligatoire n'intervient, ce qui supprime par la même occasion l'intervention des assurances complémentaires (Graphique 1).

Graphique 1 : comparaison des modes de financement pour trois types d'aides techniques² en France

Fauteuils roulants	Aides auditives	Aides visuelles
7. Fonds de Compensation Départemental	7. Fond de Compensation Départemental	5. Fond de Compensation Départemental
6. Aide extra-légale du département	6. Aide extra-légale du département	4. Aide extra-légale du département
5. Conseil Régional	5. Conseil Régional	3. Conseil Régional

² Ce sont ces trois types d'aides techniques qui sont étudiés dans le présent rapport.

4. AGEFIPH
3. Complémentaire Santé
2. Prestation de Compensation du Handicap : PCH (ouverture de droit systématique pour l'usage du fauteuil roulant : critère PCH atteint)
1. Assurance maladie

4. AGEFIPH
3. Complémentaire Santé
2. Prestation de Compensation du Handicap : PCH (ouverture de droit possible mais pas systématique)
1. Assurance maladie

2. AGEFIPH
1. Prestation de Compensation du Handicap : PCH

Ce mode de financement qui fait intervenir une multitude de financeurs laisse penser en théorie à un haut niveau de solvabilisation publique³ pour les personnes éligibles à la PCH et qui ont une connaissance fine du système mais suscite aussi de nombreuses questions.

B. Des financeurs multiples mais éparpillés à la source d'un système complexe et peu lisible

La multiplicité des financeurs publics intervenant pour les aides techniques peut être source de confusion pour un usager peu informé de la complexité du système et alourdit considérablement le poids des démarches administratives à entreprendre pour obtenir un financement.

La multiplicité des guichets oblige les personnes en situation de handicap et leurs familles à entreprendre des démarches auprès de différents organismes (CPAM, MDPH, organisme complémentaire) dans un ordre précis (Denormandie et Chevalier, 2020), sous peine de ralentir encore le processus pour obtenir les aides financières. Cet empilement des démarches peut être à l'origine d'abandons en cours de démarches ou allonger exagérément les délais d'attente pour obtenir un financement public.

C. Des longs délais d'attente pour bénéficier de la prise en charge publique

Les délais d'obtention d'un financement pour les aides peu onéreuses peuvent être très réduits tandis qu'ils peuvent au contraire atteindre jusqu'à 12 voire 18 mois pour les aides techniques les plus onéreuses (Denormandie et Chevalier, 2020). Le financement d'aides techniques plus coûteuses impose de solliciter un plus grand nombre de financeurs dont les délais de traitement sont le plus souvent cumulatifs, imposant aux demandeurs d'attendre une réponse pour enclencher une demande auprès du financeur suivant dans la liste. Jusqu'en 2015, l'utilisateur ne pouvait pas acheter l'aide avant d'avoir l'accord PCH. Ainsi, en 2017, le délai moyen de traitement d'une demande de « PCH aide technique » s'établissait à 6 mois (CNSA, 2019a) auxquels il convenait de rajouter en moyenne 4 mois

³ La solvabilisation publique correspond au montant de la dépense qui est couvert par un financement public.

(CNSA, 2019b) pour obtenir une réponse du fonds de compensation départemental. Cette complexité et la lenteur qu'elle induit dans l'obtention d'une prise en charge publique peuvent expliquer des phénomènes d'auto-censure des usagers qui peuvent les conduire à choisir des aides techniques entièrement financées par l'Assurance maladie obligatoire et leur complémentaire santé (sans intervention d'autres financeurs additionnels) ou inciter les usagers à s'orienter vers des aides techniques moins onéreuses (Denormandie et Chevalier, 2020).

D. Une solvabilisation publique théoriquement élevée mais qui peut laisser des restes à charge importants

La récente réforme du 100% santé sur les audioprothèses oblige les audioprothésistes à proposer des appareils intégralement financés par les complémentaires santé, garantissant ainsi un reste à charge nul pour les usagers. Cette réforme très efficace pour réduire les restes à charge mais qui présuppose que les personnes aient préalablement souscrit un contrat de couverture complémentaire n'a toutefois pour l'instant pas été étendue à d'autres aides techniques.

Au-delà du périmètre du 100% santé, il existe en France une méconnaissance du reste à charge individuel réellement supporté par les personnes en situation de handicap qui font l'acquisition d'aides techniques.

Les données du Système National des Dépenses de Santé (SNDS) permettent de donner une visibilité sur les financements publics accordés par l'Assurance maladie obligatoire, pour les produits qui sont inscrits sur la liste LPPR (Liste des Produits et Prestations Remboursés). En revanche, il n'est pas possible de relier ces données de remboursement à celles de la PCH et des fonds de compensation départementaux, ni à celle des organismes de couverture complémentaire. Le remboursement des aides techniques par la PCH est régi par un arrêté ministériel de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) qui spécifie les tarifs de prise en charge. Ceux-ci interviennent de façon complémentaire ou subsidiaire au financement de l'Assurance maladie obligatoire. Les données sur la PCH collectées sont des données agrégées pour l'ensemble de la PCH aides techniques, sans possibilité d'individualiser ces dépenses (Denormandie et Chevalier, 2020).

L'enquête Phedre (Prestation de Compensation du Handicap : exécution dans la durée et reste à charge) dont les données seront disponibles à partir de 2023 permettra d'améliorer de façon significative la connaissance fine des restes à charge associés à l'acquisition d'aides techniques (cf. encadré).

L'enquête Phedre, outil d'une connaissance fine des restes à charge associés aux aides techniques

Cette enquête, issue d'une collaboration entre la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees) et l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (Irdes) et soutenue par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) porte sur les bénéficiaires de la PCH ayant eu une notification à la suite d'une demande faite en 2012. Elle vise à répondre à deux questions principales autour de la PCH :

1) Existe-t-il des écarts entre les plans notifiés par la Maison Départementale des personnes handicapées (MDPH) et ce qui est réellement mis en place par le bénéficiaire ?

2) Quels sont les montants des restes à charge financiers pour les bénéficiaires de la PCH ?

L'enquête mobilise trois sources de données : les données des MDPH qui notifient les plans, les Conseils départementaux qui paient la prestation et les bénéficiaires.

Les résultats de l'enquête Phedre, permettront enfin de connaître avec précision les restes à charge, et la partie prise en charge par chaque financeur. Ces résultats de l'enquête Phedre seront d'autant plus intéressants à analyser si on peut les mettre en perspective avec les restes à charge observés dans les autres pays.

Dans l'attente des premiers résultats de l'enquête Phèdre qui permettront d'avoir une visibilité complète sur les restes à charge liés aux acquisitions d'aides techniques, une étude récente (Espagnacq, 2022) permet de quantifier le reste à charge associé à l'achat de fauteuils roulants en tenant compte à la fois de la partie prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire et en simulant aussi le financement PCH.

Cette étude montre que le reste à charge des usagers de fauteuils roulants s'élevait à 420 euros en moyenne sur la période de 2012 à 2019 mais ce chiffre global masque de profondes disparités (Espagnacq, 2022). Parmi l'ensemble des usagers de fauteuils roulants, 53% n'ont aucun reste à charge parce qu'ils bénéficient d'une exonération du ticket modérateur et qu'ils ont fait porter leur choix sur un fauteuil intégralement pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire. En focalisant l'analyse sur les usagers qui ont un reste à charge positif, celui-ci s'élève à 913 euros en moyenne et peut même culminer à 2 900 euros en moyenne pour les usagers de fauteuil roulant de catégorie 1 (fauteuils électriques, verticalisateurs...). Pour 10% des usagers de fauteuils de catégorie 1, le reste à charge après remboursement de l'Assurance maladie dépasse 8 670 euros. Le remboursement complémentaire octroyé par la PCH permet certes d'amoindrir ce reste à charge mais parmi les personnes qui endossent un reste à charge après remboursement de l'Assurance maladie supérieur à 1 000 euros avant l'intervention de la PCH, les remboursements empilés de l'Assurance maladie et de la PCH ne permettent pas de faire passer le reste à charge sous le seuil des 4 000 euros en moyenne (Espagnacq, 2022).

E. A besoin égal, des situations d'inégalité de financement

Si chaque MDPH doit gérer un fonds de compensation départemental, une latitude très importante est laissée à l'organisation de chaque fonds. Cette variabilité s'exprime tant au niveau des ressources collectées par le fonds -le nombre de financeurs et le montant de leur participation peuvent fluctuer très fortement selon les départements- qu'au niveau des règles d'attribution propres à chaque fonds (périmètre des aides techniques éligibles au financement, existence ou non de conditions de ressources conditionnant l'accès au financement du fonds de compensation...). Ainsi, la dépense médiane des fonds de compensation en 2017 (derniers chiffres disponibles) pour l'ensemble des aides techniques s'élevait à 44 352 euros : le montant minimum dépensé par un fonds de compensation s'établissait à 1 978 euros tandis que le montant maximal dépensé par le fonds de compensation le plus généreux s'élevait à 399 316 euros (CNSA, 2019b). Cette variabilité et l'absence d'une régulation nationale des fonds créent des situations d'inégalité très fortes entre les bénéficiaires de la PCH selon leur département de résidence et la « générosité » de leur fonds de compensation départemental, ce qui a déjà été souligné dans de nombreux rapports (IGAS, 2011 ; IGAS, 2013). En outre, il existe aussi

une variabilité des montants de financements collectés d'une année sur l'autre au sein du même département. Comme il s'agit d'une aide extra légale, il n'existe aucune garantie pour un usager d'obtenir le même niveau de financement à une année d'intervalle pour un même niveau de compensation identifié.

F. Au niveau macroéconomique, l'absence de régulation des prix fait courir le risque d'une dérive du coût public des aides techniques

En France, la distribution des aides techniques est confiée au marché privé sur lequel l'offre est importante et les prix ne font pas l'objet d'une régulation⁴, à l'exception du périmètre des aides auditives de classe 1 dans le cadre de la réforme du « 100% Santé » audiologie mise en application depuis le 1^{er} janvier 2020. Dans la Liste des Produits et Prestations Remboursés (LPPR), il n'y a pas de prix limite de vente, sauf pour les scooters pour personnes à mobilité réduite, mais un tarif de responsabilité qui sert de base de remboursement pour l'aide technique. Les prix réels des aides techniques sont souvent déconnectés des tarifs de responsabilité. La forte solvabilisation publique « théorique » des aides techniques associée à l'absence de régulation des prix ne permettent pas de contrôler le budget. Les caractéristiques du système français encouragent au contraire une augmentation continue des prix (IGAS, 2013), alors que la demande des usagers demeure relativement peu élastique au prix compte tenu de la forte solvabilisation publique.

*

* *

Ces nombreuses questions soulevées par le système français incitent à interroger l'efficacité et l'efficience de modes d'organisation alternatifs tels qu'ils peuvent être mis en œuvre dans des pays européens voisins de la France.

C'est dans ce contexte que l'Irdes a entrepris un premier travail de comparaison du système français de financement des aides techniques avec d'autres pays à partir d'une analyse de la littérature.

III. Apports et limites de la littérature pour les comparaisons internationales des politiques de financement des aides techniques

Le projet COMPATEC vise à comparer les **prix des aides techniques, les restes à charge associés pour l'utilisateur** et le **niveau de solvabilisation publique** des dépenses associées aux aides techniques dans

⁴ La régulation des prix se définit comme le mécanisme de fixation des prix par une autorité administrative (l'Etat par exemple) qui se substitue à la concurrence lorsque le régulateur estime, du fait d'inefficiences du marché, que la concurrence ne permet pas de fixer les prix de façon appropriée.

différents pays et à essayer de comprendre les changements de politiques de financement qui sont en cours dans certains pays européens.

Les systèmes de mise à disposition des aides techniques diffèrent fortement selon les pays mais ils peuvent être répartis en deux grandes catégories (Igas, 2013) :

- Les systèmes de libre choix dans lesquels les usagers peuvent choisir librement un grand nombre d'aides techniques et bénéficier d'un remboursement public pour chacune de ces aides ;
- Les systèmes de choix contraint dans lesquels un remboursement public ne peut être obtenu que pour un nombre limité d'aides techniques.

Chacun de ces deux types de systèmes emporte des conséquences importantes en matière de fixation de prix, de restes à charge pour l'utilisateur et de niveau de solvabilisation publique.

Dans les systèmes de libre choix (comme la France et la Belgique), **la distribution des aides techniques est confiée au marché privé représenté par une multitude d'opérateurs individuels qui mettent à disposition les aides techniques en choisissant librement leurs prix.** Dans ces systèmes de libre choix, les usagers achètent des aides techniques neuves auprès des opérateurs privés. Des listes de produits (Liste des Produits et Prestations (LPP) en France) répertorient les aides techniques éligibles à un remboursement public dont le montant est précisé. Les prix réels des aides techniques fixés par les opérateurs privés peuvent s'éloigner plus ou moins fortement des bases de remboursement. Dans les systèmes de choix libre, l'intervention du régulateur public (financeur public principal soit de niveau national ou de niveau régional) se borne à calibrer le niveau de remboursement public, c'est-à-dire **le niveau de la solvabilisation publique**, mais ne porte généralement pas sur la régulation des prix. **Le reste à charge** peut être important si les distributeurs privés décident d'augmenter leurs prix.

Dans les systèmes de choix contraint (Suède et Royaume-Uni notamment), le rôle du régulateur public est a priori beaucoup plus étendu car il assure lui-même l'achat des aides techniques, la distribution et souvent la réparation des aides techniques dans le cadre d'un modèle de mise à disposition aux usagers. Pour assurer un reste à charge nul aux usagers du système, le régulateur qui est contraint financièrement doit actionner plusieurs leviers pour réduire les coûts, ce qui passe à la fois par une restriction de l'offre d'aides techniques mises à disposition et aussi par un contrôle strict des prix d'achat. Des systèmes d'appels d'offres passés au niveau régional ou au niveau national garantissent une régulation des prix.

Une comparaison internationale des systèmes de mise à disposition des aides techniques doit donc impérativement intégrer à la fois des pays représentatifs des systèmes de choix libre et d'autres illustratifs de systèmes de choix contraint.

Pour mener à bien ce projet qui repose sur des comparaisons internationales, la revue de la littérature apparaît comme une étape préalable qui permet à la fois de définir le périmètre des pays les plus pertinents à intégrer dans la comparaison, de définir une grille d'analyse qui permet de comparer les politiques publiques de financement des aides techniques et de repérer en outre parmi eux ceux qui ont changé récemment de politique de financement des aides techniques. **La revue de littérature n'apparaît toutefois pas suffisante pour collecter des informations sur les prix et les restes à charge d'aides techniques** ni pour comprendre avec suffisamment de finesse les raisons qui ont amené

certaines pays à changer de mode de financement, ni à obtenir des premiers éléments de bilan de l'impact des réformes.

A. Une grille d'analyse qui permet de comparer les politiques publiques de financement des aides techniques

Une revue de la littérature a été réalisée par le Gip-Irdes en 2019 pour produire un panorama du financement des aides techniques pour les personnes handicapées (cf. encadré Méthodologie de la revue de littérature).

Cette revue de la littérature est centrée sur le financement de trois types d'aides techniques :

- Les fauteuils roulants manuels, actifs et électriques.
- Les aides auditives.
- Les aides visuelles (téléagrandisseurs, plages Braille et lecteurs de livres Daisy).

Si les modes de prise en charge des fauteuils roulants et des aides auditives sont similaires en France (cf. Graphique 1), le mode de financement des aides visuelles se différencie de ceux-ci par l'absence d'intervention de l'Assurance maladie obligatoire et des organismes de couverture complémentaire, ce qui constitue une première justification de l'intérêt d'étudier ces trois types d'aides techniques. En outre, ces trois types d'aides techniques représentent des figures typiques des modes de financement : le fauteuil roulant est de façon schématique systématiquement financé dans la plupart des pays ; les aides auditives sont dans une position intermédiaire : elles bénéficient d'un financement complet dans certains pays au moins pour les propositions d'entrée de gamme tandis qu'elles peuvent ne pas être du tout financées dans d'autres pays ; enfin, les aides visuelles bénéficient d'un financement moins systématique.

La comparaison internationale initiale est menée sur 7 pays : France, Allemagne, Belgique, Danemark, Norvège, Royaume-Uni, Suède. Le choix de ces pays a été influencé par une volonté de comparer avec les précédentes études sur le sujet (Revue de la littérature Alcimed CNSA, 2009) et de conserver des pays représentatifs des deux types de systèmes de mise à disposition des aides techniques mis en évidence supra : des pays associés au système de libre choix et des pays rattachés au système de choix contraint.

L'objectif était de pouvoir sélectionner des pays qui assurent une solvabilisation publique importante des aides techniques à l'instar de la France, mais qui en même temps appartiennent à des régimes de protection sociale différents (Esping-Andersen, 1990), différents régimes de soins (Lewis, 1992) et de prise en charge du handicap. En outre, trois des pays sélectionnés pour la comparaison internationale ont changé récemment de politique de financement des aides techniques : **la Belgique** dont le financement des fauteuils roulants était assuré par un double échelon national et régional a basculé ce financement sur le seul niveau régional en 2019. **Le Royaume-Uni et la Suède** continuent de maintenir un système de mise à disposition des aides techniques par des opérateurs publics sans reste à charge pour les usagers mais ont parallèlement introduit il y a plusieurs années un système de voucher qui permet à l'utilisateur d'acquérir une aide technique sur le marché privé.

Encadré sur la méthodologie de la revue de littérature

La recherche de la littérature s'est basée sur des algorithmes de recherche qui ont pointé sept pays entrant dans le périmètre de l'étude (France, Allemagne, Belgique, Danemark, Norvège, Royaume-Uni, Suède). Ces algorithmes ont vocation à récupérer pour chaque pays et pour les trois différentes catégories d'aides techniques toute la littérature portant sur les restes à charge et le remboursement (Annexe 1).

La recherche de littérature s'est appuyée sur l'interrogation de nombreuses bases de données : Medline, Econlit, Google Scholar, Pubmed, Ebsco, Science Direct Journals et Cairn. Pour compléter ces recherches, des consultations ont été également entreprises des sites Internet des réseaux regroupant des organisations de professionnels autour des aides techniques, par exemple l'AAATE (*Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe*), le RESNA (*Rehabilitation Engineering and Assistive Technology Society of North America*) (Etats-Unis) mais aussi le Parlement européen, la Commission Européenne ainsi que les sites de différentes associations nationales ayant en charge la politique du handicap et son financement.

La recherche a été structurée autour de la combinaison de différents mots clés : *assistive technology, assistive technology service, wheelchairs, wheelchairs service, service delivery systems, hearing aid, visual aid, hearing impairment, visual impairment, reimbursement scheme, funding sources, surveys, evaluation report*. Ces mots ont été associés à chaque pays et traduits en français pour les recherches pour la Belgique ainsi que pour la France.

La recherche d'articles a été étendue à une large période remontant au début des années 2000. Plus de 500 articles ont été initialement identifiés. Un tri a ensuite été effectué afin de supprimer les articles théoriques ainsi que les articles qui ne portaient pas sur la population cible de l'étude en termes d'âge (correspondant aux personnes qui peuvent faire une demande de financement par la PCH, donc âgée de 20 à 60 ans), ce qui a conduit par exemple à exclure les articles portant sur les aides techniques pour les enfants. Après un dernier tri qui a exclu les articles trop anciens, 42 articles ont été finalement exploités pour cette analyse de la littérature.

Cette revue de littérature a ensuite été actualisée en 2022 et 2023 uniquement pour les pays qui sont la cible de ce présent rapport (France, Belgique, Suède, Royaume-Uni) puis complétée par les chercheurs du projet à partir de la littérature grise de chaque pays (souvent dans la langue du pays et dans ce cas traduite pour être exploitée) et à partir d'une recherche sur le site Pubmed Medline, qui a eu pour vocation de couvrir toutes les thématiques constituant le périmètre du projet de recherche : les prix, les restes à charge associés aux aides techniques, mais aussi le parcours de soins, l'accompagnement des usagers pré-acquisition et post-acquisition des aides techniques ainsi que la satisfaction des usagers.

Cette dernière revue de la littérature réalisée a alimenté une synthèse rédigée pour chaque pays, qui est présentée dans la section suivante.

La principale contribution de cette revue de la littérature a été d'élaborer une grille d'analyse des politiques publiques permettant de comparer les systèmes sur la base de critères communs.

La grille d'analyse, qui a été conçue pour comparer les politiques de financement des aides techniques très différentes de ces pays, avait pour objectif de considérer le point de vue de toutes les parties prenantes concernées, soit le point de vue du régulateur public et celui de l'utilisateur, afin de mieux

catégoriser chaque système (cf. annexe 2 pour une présentation détaillée de la grille d'analyse de l'Irdes).

1. Un premier axe d'analyse qui jauge l'effort du régulateur national pour maîtriser les coûts

Cette dimension est étudiée au travers de cinq indicateurs qui permettent de mesurer l'effort déployé par le régulateur pour maîtriser les dépenses au niveau macroéconomique :

- **Contrôle des prix** : existence d'institutions qui conseillent ou légifèrent sur les prix des aides techniques.
- **Maîtrise du budget** : existe-t-il une possibilité de refuser le financement d'une aide technique pour une question de budget ou au contraire une obligation de financement par la loi, comme au Danemark ?
- **Liste des aides techniques prises en charge par le financeur public**. L'étendue de la solvabilisation publique des dépenses décidée par le régulateur (Arnold, Hyer and Chisolm, 2017) conditionne les dépenses. Est-ce que les aides techniques sont limitées à quelques-unes (le plus souvent inscrites sur une liste d'aides techniques établie par un centre d'aides techniques où sont indiquées les références des modèles et les montants de remboursements publics correspondants) ou bien le choix est-il ouvert à une grande variété d'aides techniques, chez un nombre important d'intermédiaires et de vendeurs (à la fois les centres d'aides techniques publiques, mais aussi chez les revendeurs privés) ? La France se distingue par une liberté totale de choix des aides techniques, alors que les autres pays ont des listes plus ou moins contraignantes. Lorsqu'elles existent, les listes sont-elles exclusives ou seulement indicatives, offrant dans ce dernier cas l'option de procéder à des choix « hors liste » ?
- **Possibilité de prêt**. Par ce critère, on cherche à apprécier l'étendue du périmètre des aides fournies gratuitement aux utilisateurs. S'agit-il d'une gratuité sur l'ensemble des aides techniques (comme l'exemple de la Suède) ? Ou bien s'agit-il de quelques aides techniques bien remboursées, mais qui ne permettent pas de répondre nécessairement à toutes les situations, notamment en cas de handicap très lourd ? Sur quelques aides techniques d'entrée de gamme ou de qualité « standard » ? On cherche ici à distinguer des pays comme la Norvège qui mettent à disposition les aides techniques gratuitement et à grande échelle des pays tels que le Royaume-Uni qui proposent aux utilisateurs des aides gratuites, mais dans le cadre de listes très limitatives et portant surtout sur des dispositifs de qualité moyenne.
- **Possibilité de recyclage**. Le recyclage des aides techniques usagées (Suède (Cohu et al., 2003 ; NUH, 2007), Québec) pour les attribuer à des nouveaux usagers demandeurs permet au régulateur une utilisation plus efficace de son budget qu'un modèle de distribution des aides techniques qui repose uniquement sur l'achat neuf (France, Belgique). Existe-t-il un système de remise dans le circuit des aides techniques déjà utilisées ? On mesure avec ce critère la possibilité que les usagers puissent bénéficier d'aides techniques recyclées, représentant a priori un coût plus faible pour le financeur public que des aides techniques neuves.

2. Un deuxième axe d'analyse qui interroge l'expérience de l'utilisateur : solvabilité de la dépense, satisfaction des usagers et degré d'équité

Cette dimension est analysée en étudiant à la fois le montant de reste à charge déboursé par l'utilisateur, la satisfaction de l'utilisateur et l'équité de la politique mise en œuvre.

- **Degré de solvabilité** : ce critère permet de mesurer la proportion de la dépense en aides techniques de l'utilisateur qui est prise en charge par le financement public. De cette amplitude de la solvabilisation publique dépend le reste à charge finalement supporté par la personne en situation de handicap. Par exemple, la France est plutôt généralement classée dans les pays qui assurent un niveau important de solvabilisation publique des dépenses d'aides techniques (Igas, 2013) mais cette dernière dépend de la possibilité de mobiliser la couverture complémentaire privée, la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et le fonds de compensation départemental. Plusieurs éléments nous ont permis de mesurer le degré de solvabilité :
 - a) La possibilité de prise en charge intégrale via la mise à disposition, le prêt, le don, la prise en charge par l'assurance maladie publique.
 - b) Si la prise en charge n'est pas intégrale, quelle est l'amplitude du reste à charge par rapport à la dépense totale ?
 - c) Solvabilisation des besoins spécifiques en fonction de la complexité de l'aide. On cherche à mesurer le périmètre de financement des aides techniques non standards (qui demandent des adaptations importantes, comme cela peut être le cas avec certains handicaps complexes). Ainsi, certains pays comme l'Angleterre refusent plus souvent que d'autres pays de prendre en charge des aides techniques non standards (Rose, Ferguson-Pell, 2002) alors que d'autres comme la Suède assurent un financement quasi systématique pour tout type d'aide (Arnell, 1999 ; Frick-Meijer, 2005 ; Dahlberg et al. 2014).
 - d) Population concernée. L'objectif est de connaître l'étendue de la population concernée par la prise en charge publique, c'est-à-dire de comprendre si le financement public est proposé pour un faible nombre de personnes qui sont bien remboursées ou si au contraire la population cible du financement public est plus étendue mais avec un remboursement par personne d'un montant faible.
- **Satisfaction des usagers**. L'objectif est de comprendre si les aides techniques répondent véritablement aux besoins des usagers, à partir de trois indicateurs :
 - a) Le délai de l'obtention de l'aide technique : de nombreuses études ont montré que le délai entre le moment où le dossier de demande de financement de l'aide technique est déposé et la livraison peut quelques fois dépasser une année (par exemple en France et au Royaume-Uni). Ces délais importants peuvent être source d'insatisfaction pour les usagers notamment car leurs besoins de compensation peuvent avoir évolué entre le moment où ils ont formulé leur demande et le moment de la livraison. Ces délais peuvent être un frein au recours au financement public des aides techniques.
 - b) Adéquation des aides délivrées aux besoins de l'utilisateur. L'adéquation de l'aide technique aux besoins de l'utilisateur est une autre dimension importante de la

satisfaction, car elle conditionne l'utilisation de l'aide (Rica, 2014). Les aides techniques mises à disposition ou vendues sont-elles utilisées ?

- c) Existence d'un accompagnement au choix et d'un suivi de la personne équipée. Des études ont montré que l'absence d'information de la personne en situation de handicap sur l'utilisation et l'entretien de son aide technique était l'une des raisons principales de non-utilisation (Samuelsson and Wressle, 2008 ; Knudsen et al., 2010 ; Hougaard and Ruf, 2011 ; Montcharmont, 2013). Certains pays comme la Suède intègrent ce suivi au coût global de mise à disposition de l'aide tandis que d'autres pays comme l'Allemagne n'accordent pas d'importance à cette dimension.
 - d) Eventail des aides techniques disponibles avec ou sans financement : marché restreint, marché intermédiaire (accessible uniquement sur prescription par exemple) ou marché libre (possibilité d'acheter son aide technique au sein d'un réseau privé).
- **Degré d'équité.** La revue de littérature a mis en évidence une tendance assez répandue à la décentralisation dans les pays étudiés (Cohu et al., 2005 ; Dahlberg et al., 2014) des politiques publiques de financement des aides techniques au niveau régional (Pays Scandinaves notamment (Cohu et al., 2003 ; NUH, 2007), Royaume-Uni (OFT, 2011) et Belgique). Dans ces configurations, une interrogation porte sur la capacité de la politique publique à garantir une prise en charge financière équitable sur l'ensemble du territoire pour un besoin de compensation identifié. Les systèmes qui proposent un socle de financement national -comme c'est le cas en France (Blanchard et al. 2013) sont susceptibles de garantir un niveau d'équité de la prise en charge a priori plus élevé. Au contraire, les systèmes fortement régionalisés (comme c'est le cas en Belgique depuis la réforme de 2019 qui a fait basculer le financement des fauteuils roulants du niveau national à l'échelon régional) font peser sur l'assuré le risque de dépendre de financements locaux potentiellement très hétérogènes d'un point à l'autre du territoire (Kylberg et al., 2015). Dans ce panorama, la France se situerait à un niveau intermédiaire en adoptant d'un côté un système d'aides légales nationales censé assurer une forte équité de traitement sur le territoire mais en confiant d'un autre côté le financement extra-légal aux fonds de compensation départementaux dont les niveaux et les règles de financement fortement hétérogènes sont susceptibles de dégrader l'équité. Lorsque le financement public est confié à plusieurs échelons territoriaux, la question de leur coordination est également évaluée, ainsi que la possibilité de s'adresser à un guichet unique pour faciliter les démarches de l'utilisateur. La dimension d'équité de la politique publique est évaluée en considérant les critères suivants :
 - a) Coordination entre les financeurs : existe-t-il un intermédiaire qui prend en charge le dossier du début à la fin, y compris lorsqu'existent plusieurs financeurs à différents échelons.
 - b) Existence d'une aide extra-légale, mesurée par la possibilité de mobiliser des aides au financement non définies dans le cadre national (par exemple, le fonds de compensation en France). Cette variable permet de mesurer le risque d'inégalité territoriale.

- c) Existence de critères sociaux : y a-t-il des critères de revenus pour bénéficier du financement de l'aide technique ?
- d) Comparaison des offres d'aides techniques proposées par le financeur public dans les différentes régions d'un même pays, pour caractériser une éventuelle variabilité (Dahlberg et al., 2014).

La comparaison des systèmes doit donc être réalisée en prenant en considération tous ces angles de vue, ceux du régulateur public comme ceux de l'utilisateur. Un système très efficace du point de vue de la gestion des coûts (régulation stricte des prix, conditions d'accès au remboursement drastiques pour l'utilisateur, périmètre restreint d'accès aux aides techniques bénéficiant d'un remboursement public, absence de financement public de l'accompagnement) peut s'avérer très insatisfaisant pour les usagers (non-recours important aux aides du fait de l'existence de barrières financières, adaptation peu satisfaisante des aides et absence de suivi conduisant au non-usage des aides).

Cette grille de lecture a constitué un guide pour orienter notre réflexion pendant toute la réalisation du projet COMPATEC car elle propose une vision panoramique des dimensions à considérer quand on souhaite comparer différents systèmes de financement des aides techniques.

La revue de la littérature nous a permis en outre d'identifier des pays qui ont changé récemment de politique de financement des aides techniques.

B. La littérature a permis d'identifier des pays qui ont changé de politique

Pour chaque pays étudié, nous avons synthétisé le système de financement et de fourniture des aides techniques ainsi que son évolution, en prenant en compte l'ensemble des informations récoltées grâce à la revue de littérature, aux réponses aux questionnaires et aux voyages d'étude. Dans l'ordre de nos recherches, nous allons ainsi détailler les systèmes belge, suédois et anglais.

1. La Belgique

/ Organisation nationale pour la distribution et le financement des aides techniques

La Belgique est un état fédéral divisé en trois communautés linguistiques et trois régions. On y trouve sept parlements et quatre systèmes de santé différents : Flamand, Bruxellois, Wallon et celui de la communauté germanophone. Cette dernière ne concernant qu'une très faible population, elle ne sera pas étudiée dans ce rapport.

A) Fonctionnement général du système de santé

En Belgique, l'**Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité (INAMI)**, assure l'organisation, la gestion ainsi que la supervision des mesures d'assurance obligatoire en matière de soins de santé. L'INAMI est l'équivalent de l'Assurance maladie en France.

Les **mutualités** sont des organismes privés d'assurance et de redistribution en matière de santé.⁵ La mutualité joue le rôle de **l'Assurance maladie** concernant les remboursements obligatoires (ou Assurance soins de santé et indemnités – ASSI) mais propose également une **assurance complémentaire** (équivalent d'une mutuelle en France, qui varie d'une mutualité à l'autre).

Le modèle d'assurance implique alors :

- Une affiliation obligatoire de l'utilisateur à un *care fund* (lié à une mutualité) en Flandre ou à une mutualité en Wallonie (elles sont au nombre de 5),
- Le paiement d'une prime annuelle par l'adhérent.

Il n'y a pas de différenciation des garanties proposées par les mutuelles pour la prise en charge des aides techniques.

La **6ème réforme de l'État belge**, mise en œuvre progressivement à partir de 2014, a transféré des compétences importantes des autorités fédérales vers les régions, notamment en matière de santé. Cela a conduit à une plus grande autonomie des entités fédérées, telles que les régions et les communautés, dans la gestion des politiques de santé. Les régions sont désormais responsables de la planification, de l'organisation et du financement des soins de santé, y compris pour les personnes en situation de handicap depuis 2019. Ce transfert de compétences a suscité des défis, notamment en matière de coordination entre les entités fédérées et de garantie de l'équité nationale dans l'accès aux soins de santé et aux aides pour les personnes en situation de handicap.

En fonction de leur lieu de résidence, les Belges sont rattachés à une **commission communautaire** qui dispose de compétences dans les domaines de l'aide aux personnes et de la santé (tableau 1). Chaque commission d'appartenance dispose **d'institutions de protection sociale propres**. Il existe **trois commissions** en Belgique, une par région administrative. Cependant, seuls les Bruxellois peuvent choisir leur commission d'appartenance. Elles sont les suivantes :

- La *Commission communautaire flamande* (CoCoN ou VGC) pour la région flamande et de Bruxelles-capitale. Au sein de la COCON, on trouve la **VSB**, *la protection sociale flamande*. La VAPH (*Agence flamande pour les personnes handicapées*) gère les aides financières régionales pour le handicap avant 2019 (compétence transférée à la VSB).
- La *Commission communautaire française* (CoCoF) pour la région wallonne et de Bruxelles-capitale. Au sein de la COCOF, **l'AVIQ** (*l'Agence Wallonne de la Santé, de la Protection sociale, du Handicap et des Familles*) gère tous les volets de la protection sociale dont le handicap.
- La *Commission communautaire commune* (CoCom) pour la région de Bruxelles-capitale. Au sein de la COCOM, on trouve **le PHARE** (*Personne Handicapée Autonomie Recherchée*), auparavant appelé le *Service Bruxellois Francophone des Personnes Handicapées*. Seulement présente dans la région bruxelloise, elle représente cependant une sous-direction de la COCOF et ne s'occupe que des aides régionales. Créé en 2019, Iriscare (*l'Office bicommunautaire de*

⁵ www.mc.be/que-faire-en-cas-de/situation/arrivee-belgique/securite-sociale/fonctionnement

la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales) a récupéré les compétences de l'INAMI à l'échelon régional et s'occupe exclusivement de l'assurance maladie obligatoire.

Tableau 1 : Les différentes commissions communautaires et leurs institutions

	Flandres	Wallonie	Bruxelles-capitales
Commission	CoCoN ou VGC	CoCoF	CoCom
Institution de Protection Sociale	VSB	AVIQ	Iriscare depuis 2019
Agence/Service de Protection Sociale pour le Handicap	VAPH avant 2019 VSB après 2019	AVIQ	Service Bruxellois Francophone des Personnes Handicapées avant 2019 PHARE après 2019

B) Financement des aides techniques

D'après une étude d'Eurostat, 27,2% des Belges sont atteints d'un handicap⁶ en 2019, le handicap étant défini comme des « limitations durables ressenties dans les activités habituelles en raison d'un problème de santé ». Les aides techniques peuvent représenter un moyen d'adaptation à son environnement pour compenser les limitations physiques ou sensorielles. Les aides techniques peuvent faire l'objet d'une prise en charge publique mais en Belgique les fournisseurs sont des entreprises privées. Quelle que soit l'aide technique, les prix ne sont pas régulés. Deux organismes sont mobilisés pour le financement des aides techniques en Belgique :

- L'**INAMI** au niveau national,
- Les **Fonds régionaux pour l'intégration sociale des personnes avec un handicap**, gérés par le **Phare** dans la région de Bruxelles ; l'**AVIQ** pour la région wallonne ; le **VSB** pour les Flandres.

Les démarches pour demander une aide financière doivent être entreprises auprès du bureau régional compétent pour la localité du demandeur.

L'INAMI intervient seule dans le financement des appareils auditifs tandis que les Fonds régionaux interviennent seuls dans le financement des aides visuelles et des fauteuils roulants. L'INAMI met à disposition une liste limitative des appareils auditifs remboursables. De même, chaque région dispose de sa propre nomenclature des aides à la mobilité remboursées. Il n'y a pas de nomenclature propre aux aides visuelles, l'utilisateur peut acheter l'aide visuelle de son choix pour un montant de remboursement forfaitaire limité, qui diffère selon les régions. Une prescription médicale justifiant la nécessité de ces dispositifs est requise pour bénéficier d'un remboursement.

La 6^{ème} réforme de l'État belge n'a impacté que le financement des aides à la mobilité dont les fauteuils roulants, auparavant conjointement pris en charge par le niveau national (INAMI) et le niveau régional, désormais uniquement assuré par le niveau régional (tableau 2).

⁶ www.consilium.europa.eu/fr/infographics/disability-eu-facts-figures/

Tableau 2 : L'évolution du financement des fauteuils roulants après la 6^{ème} réforme

	Flandre (Cocon / VGC)	Wallonie (Cocof)	Bruxelles-capitale (Cocom)
Avant 2019			
Assurance maladie (Intervention de base)	INAMI	INAMI	INAMI
Aides régionales gérées par les Fonds régionaux (Intervention complémentaire)	VAPH	AVIQ	PHARE
Après 2019			
Assurance maladie	VSB	AVIQ	Caisse VSB* / Iriscare
Aides régionales	VSB	AVIQ	Caisse VSB* / PHARE

*Caisse d'assurance soins de santé reconnue par la VSB

Les conditions applicables pour bénéficier des aides financières régionales sont les suivantes⁷ :

- Être âgé de moins de 65 ans au moment de la demande d'aide (sauf pour les aides à la mobilité).
- Être domicilié dans la région où la demande est effectuée.
- Être de nationalité belge, ou répondre à certains critères dérogatoires.
- Présenter un handicap. Pour l'AVIQ et le PHARE, il faut présenter une déficience mentale d'au moins 20 % ou une déficience physique d'au moins 30 %. Pour le VSB, il faut être reconnu par la VAPH comme ayant un handicap, défini comme un problème durable et important de participation à la vie en société.

Pour chaque aide technique retenue, nous allons présenter les parcours de soins de l'utilisateur et les modalités de prise en charge.

II/ Fauteuils roulants⁸

A) Description du système

Une offre assurée par le marché privé et désormais financée au niveau régional

L'achat neuf auprès d'un orthopédiste orthésiste podologue (OOP) privé (« bandagiste » ou « technologue orthopédique » en belge) est majoritaire mais la location est possible pour les enfants et les personnes âgées. Tous les produits commercialisés par les grands fabricants internationaux sont disponibles en Belgique. D'après nos interlocuteurs, les magasins de fauteuils roulants sont localisés de

⁷ www.inclusion-asbl.be/au-long-de-la-vie/defendre-ses-droits-et-revenus/organismes-de-referance-reconnaissance-et-droits/ ; [https://wikiwiph.aviq.be/Pages/Agence-pour-une-Vie-de-Qualit%C3%A9-\(AVIQ\)--crit%C3%A8res-d'admissibilit%C3%A9.aspx](https://wikiwiph.aviq.be/Pages/Agence-pour-une-Vie-de-Qualit%C3%A9-(AVIQ)--crit%C3%A8res-d'admissibilit%C3%A9.aspx) ; www.vaph.be/hulpmiddelen/aanvragen ; [https://wikiwiph.aviq.be/Pages/Service-Personne-Handicap%C3%A9-Autonomie-Recherch%C3%A9-\(PHARE\).aspx](https://wikiwiph.aviq.be/Pages/Service-Personne-Handicap%C3%A9-Autonomie-Recherch%C3%A9-(PHARE).aspx)

⁸ Le terme belge est voiturette.

manière homogène sur le territoire belge, généralement en périphérie des grandes villes en raison du besoin d'espace pour exposer les modèles.

Avant la réforme de 2019, le financement des aides à la mobilité (dont les fauteuils roulants) faisait intervenir deux échelons, le niveau national et le niveau régional. La réforme a eu pour objectif de faire basculer l'intégralité du financement au niveau régional, mais sans impact sur le volume global de financement, qui est resté identique à celui qui prévalait auparavant.

En conséquence de la mise en place de la réforme, depuis 2019 chaque région a sa propre nomenclature indiquant le prix public, le remboursement public et le ticket modérateur (reste à charge pour l'utilisateur) pour chaque fauteuil roulant disponible sur chaque marché régional. Les modèles de fauteuils roulants et leur niveau de remboursement peuvent ainsi différer selon les listes. Une autre conséquence de la réforme est la levée de la barrière d'âge de 65 ans pour le financement régional, qui concernait notamment le budget pour la maintenance du fauteuil. Cette hausse des dépenses liée à l'extension du périmètre de couverture aux 65 ans et plus a été compensée par un durcissement des règles de remboursement.

En Belgique, il n'y a pas de régulation directe des prix, ce sont les tarifs de remboursement qui peuvent guider indirectement la tarification des producteurs. D'après nos interlocuteurs de l'AVIQ, certains produits sont d'abord arrivés sur le marché avec un prix plus élevé que le tarif de remboursement puis s'en sont rapprochés progressivement pour être plus attractifs. Un fournisseur de fauteuil roulant a donc une incitation à aligner ses prix sur les tarifs de remboursement s'il souhaite augmenter ses volumes de vente. Pour fixer les tarifs publics de remboursement de la nomenclature, une étude de marché a été réalisée en 2005 pour chaque catégorie de fauteuils roulants et les prix médians de 2005 ont été retenus comme bases de remboursement. Ces valeurs de base sont indexées en fonction de l'inflation.

Tableau 3 : Prix des fauteuils roulants et montants de prise en charge publique au 01/06/2022

Modèles de fauteuils roulants	Prix public VSB (en €)	Remboursement VSB (en €)	Ticket modérateur VSB (en €)	Prix public AVIQ (en €)	Remboursement AVIQ (en €)	Ticket modérateur AVIQ (en €)	Prix public Iriscare (en €)	Remboursement Iriscare (en €)	Ticket modérateur Iriscare (en €)
Fauteuil roulant manuel de base									
INVACARE, « Action 3 NG » (standard)	828,07	828,07	0	838,56	838,56	0	838,56	838,52	0,04
VERMEIREN, « V500 » (standard)	828,07	828,07	0	838,56	838,56	0	838,52	838,52	0
SUNRISE MEDICAL, « Breezy », « BasiX2 S » ou « RubiX2 S »	828,07	828,07	0	838,56	838,56	0	838,55	838,52	0,03
Fauteuil roulant actif									
INVACARE, « Action 5 »	2.442,89	2.442,89	0	2.473,81	2.473,81	0	2.473,81	2.473,74	0,07
QUICKIE « Life R »	2.442,89	2.442,89	0	2.473,81	2.473,81	0	2.473,82	2.473,74	0,08
VERMEIREN « Sagitta »	2.442,89	2.442,89	0	2.473,81	2.473,81	0	2.473,74	2.473,74	0
Fauteuil roulant électrique (verticalisateur)									
OTTO BOCK, « C 1000 »	11.835,44	7.191,24	4.644,20	12.649,56	7.282,27	5.367,29	10.750	7.282,04	3.467,96
OTTO BOCK, « C 1000 DS »	11.835,44	10.673,46	1.161,98	12.649,56	10.808,56	1.841	10.750	10.808,23	0
PERMOBIL, « F5 Corpus VS »	32.818,60	7.191,24	25.627,36	33.233,55	7.282,27	25.951,28	33.233,55	7.282,04	25.951,51
SUNRISE MEDICAL, « Q 700 M »	7.638,20	7.191,24	446,96	7.282,27	7.282,27	0	7.734,86	7.282,04	452,82

Note : Le prix public est un prix de vente suggéré aux vendeurs de fauteuils roulants (le terme « bandagistes » est d'usage en Belgique).

Sources : *Productenlijst mobiliteitshulpmiddelen*, « Liste des produits d'aide à la mobilité » au 1er juin 2022 (VSB)⁹, Liste des aides à la mobilité admises au remboursement et leurs adaptations au 1er juin 2022 (Aviq)¹⁰, Liste des aides à la mobilité au 7 juin 2022 (Iriscare)¹¹

Une offre et un niveau de remboursement différenciés selon les régions

Les listes des aides à la mobilité remboursables sont classées par type d'aides. Tous types de fauteuils roulants sont présents dans les nomenclatures (manuels, actifs, électriques, verticalisateurs). Les vendeurs de fauteuils roulants appliquent la nomenclature qui correspond au lieu de résidence du patient. La nomenclature précise aussi les indications fonctionnelles pour l'utilisateur : les définitions et classifications sont basées sur la Classification internationale du Handicap (CIF) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui fait référence pour définir les limitations et la participation sociale des personnes.

La liste du VSB comprend 636 aides à la mobilité en janvier 2022, elle est plus restreinte que la liste d'Iriscare (très semblable à la liste de l'Aviq) qui en comprend 795 en juillet 2022. La liste des adaptations⁹ comprend 2 838 produits pour la liste du VSB et 2 536 pour celle d'Iriscare. Depuis 2019, Iriscare et l'Aviq ont repris la liste de l'INAMI qui prévalait du temps d'avant la réforme, d'où leur grande similitude, tandis que le VSB a réduit plus sensiblement le nombre d'aides à la mobilité remboursables.

Seuls les produits qui figurent sur la nomenclature sont éligibles à un remboursement (par tiers-payant).

Les listes sont évolutives et des nouvelles aides techniques peuvent y être intégrées au cours du temps. Pour proposer des produits sur la liste, les producteurs doivent soumettre leur demande sur une plateforme digitale (APRO). Il faut fournir des renseignements techniques sur les aspects fonctionnels et le produit doit avoir eu une évaluation d'un institut européen comme le CERAH (France), le TÜV (Allemagne) ou encore l'Institut suédois du handicap. La demande passe devant un comité spécial, qui fait une évaluation médicale et fonctionnelle (pas d'analyse coût-efficacité) puis est validée par l'agence régionale de protection sociale et le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Ces démarches sont jugées lourdes et contraignantes pour nos enquêtés de la Mutualité chrétienne, ce qui peut désinciter les demandes d'inscription sur la liste et donc réduire l'offre de produits remboursables pour les usagers.

La nomenclature des produits est actualisée tous les ans (septembre-octobre). Le principe d'une indexation annuelle des bases de remboursement est inscrit dans la législation ; il s'agit d'une revalorisation qui est censée compenser les effets de l'inflation. Les prix et financements publics sont actualisés (en fonction d'une indexation au 1^{er} janvier, et possiblement plusieurs fois par an). C'est du fait de ces indexations, plus généreuses en Wallonie et à Bruxelles-capitale, que les prix et les remboursements sont un peu plus élevés dans ces deux régions qu'en Flandre. Cela signifie que les vendeurs gagnent davantage lorsqu'ils appliquent les nomenclatures wallonne et bruxelloise plutôt que flamande mais les restes à charge pour les usagers sont équivalents dans les trois régions.

Sur la base des fauteuils roulants standards qui ont été retenus pour notre étude (voir tableau 3 ci-dessus), il apparaît que les tarifs de remboursement des fauteuils manuels de base et des fauteuils roulants actifs sont légèrement plus élevés en Wallonie qu'en Flandre mais garantissent un reste à

⁹ Les adaptations sont tous les éléments du fauteuil roulant standard qui peuvent être remplacés pour mieux s'adapter aux besoins de la personne. Cela concerne notamment les accoudoirs, les repose-pieds, les repose-jambes, ou encore le châssis.

charge nul pour l'ensemble des références dans les deux régions puisque les prix publics autorisés sont calibrés au même niveau que les tarifs de remboursement.

Sur deux modèles de fauteuils électriques, le reste à charge est plus élevé en Wallonie qu'en Flandre, mais le modèle Sunrise Medical revient plus cher à l'utilisateur en Flandre. Le Phare rembourse parfois mieux ou parfois moins bien que les deux autres régions. Nous ne pouvons donc pas conclure à un meilleur remboursement dans une région que dans une autre pour ce type de fauteuil.

D'après la Mutualité chrétienne, la Wallonie rembourse un peu mieux les aides à la mobilité que la Flandre. La Flandre a une plus grande proportion de personnes âgées et donc plus de demandes de remboursement d'aides à la mobilité, ce qui peut l'encourager à réduire sa participation financière pour maîtriser l'enveloppe budgétaire. La réduction du remboursement public constitue un premier levier permettant de réduire les coûts d'approvisionnement en fauteuils roulants.

Des critères de remboursement des aides à la mobilité similaires entre régions

Le fauteuil roulant est remboursé sur prescription médicale et les adaptations supplémentaires sur justificatifs du vendeur. La demande doit être cohérente et répondre aux besoins de la personne. Le médecin conseil de la mutuelle peut accepter de rembourser certaines adaptations mais en rejeter d'autres.

En sus des critères dont nous avons parlé en introduction, l'utilisateur doit respecter certaines conditions pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge régionale, notamment :

- Respecter les délais de renouvellement des fauteuils roulants (voir tableau 4) ;
- Respecter les conditions de cumul : on peut par exemple obtenir deux fauteuils roulants remboursés si on a besoin d'un fauteuil manuel et un autre électrique.

Tableau 4 : Délais de renouvellement en Wallonie et en Flandre

	Flandre (VSB)	Wallonie (AVIQ)
Moins de 65 ans	3 ans	4 ans
Plus de 65 ans	6 ans	6 ans
Fauteuils roulants électriques	5 ans	

Lecture : D'après la réglementation flamande, le renouvellement d'un fauteuil roulant manuel ou actif est possible tous les 3 ans pour les usagers de moins de 65 ans et tous les 6 ans pour les plus de 65 ans.

Note : Il n'y a pas de délai de renouvellement spécifique aux fauteuils roulants électriques en Wallonie.

Les délais de renouvellement des fauteuils roulants tendent à augmenter avec le temps. En Flandre, le renouvellement des fauteuils roulants électriques est passé de 4 à 5 ans depuis la réforme de 2019. Cette mesure adoptée par le VSB participe également de la politique de réduction des coûts mise en œuvre. L'allongement du délai de renouvellement n'est pas sans conséquence pour l'utilisateur : il y a un plus grand risque pour la personne de rencontrer des problèmes techniques ou de perdre en confort d'assise dû à l'usure des éléments en contact avec le corps.

Des restes-à-charge limités pour les usagers

Quelle que soit la nomenclature, plus de la moitié des aides à la mobilité sont remboursables à 100% (y compris avec toutes les adaptations possibles). Chaque produit est présenté avec sa version de base qui inclut obligatoirement, en fonction de sa catégorie, certaines spécificités fonctionnelles.

Quand on regarde les remboursements effectifs de la VSB, plus de 80% des demandes de fauteuils roulants basiques sont prises en charge à 100% : les personnes (en particulier les plus âgées) ont tendance à sélectionner des produits intégralement remboursés. Cependant, pour les fauteuils roulants actifs et électriques, l'utilisateur paye plus souvent des suppléments. D'après la VSB, ces suppléments ne doivent pas dépasser entre 10 et 15% du prix de l'ensemble. Un salarié de l'Aviq interrogé dans le cadre du voyage d'étude fait un constat semblable : la majorité des usagers choisissent un fauteuil roulant intégralement remboursé. Pour chaque catégorie de produit, il existe une option intégralement remboursée. Par ailleurs, certaines prestations non prévues peuvent faire l'objet d'un remboursement dérogatoire après évaluation d'un comité technique spécial. Le reste-à-charge est nul en cas de location. Un enquêté de la VSB considère que le niveau de remboursement est très satisfaisant.

Cette forte concentration de fauteuils a priori 100% remboursés doit toutefois être relativisée car certains surcoûts ne sont pas forcément répertoriés dans les bases de données. Des suppléments sont à payer pour certaines options et accessoires pourtant utiles. Par exemple, des freins pour une tierce personne ou une batterie avec plus d'autonomie font partie des options qui ne sont jamais remboursées par le financement public et demeurent à la charge de l'acheteur. D'après une enquêtée de la Mutualité Chrétienne, toutes les adaptations même non remboursées sont censées être indiquées sur les formulaires de demande mais dans les faits elles seraient rarement mentionnées¹⁰. D'après un enquêté travaillant à l'Aviq, les adaptations peuvent représenter un coût important du montant final, le fauteuil roulant seul peut valoir 6000€ mais les adaptations peuvent faire monter la facture jusqu'à 20 000 ou 25 000€ en fonction du handicap et des besoins de la personne. Sans information systématiquement renseignée sur les adaptations, les mutualités peuvent donc surestimer le pourcentage de personnes bénéficiant d'un fauteuil roulant sans reste à charge.

Toutefois, depuis la réforme de 2019, la Flandre a mis en place la digitalisation des dossiers, ce qui lui permet d'avoir une meilleure visibilité sur les restes à charge réels et aussi de mieux contrôler les demandes (en disposant par exemple d'une parfaite traçabilité temporelle des demandes successives adressées par un assuré au cours du temps). D'après un enquêté de la VSB, il peut y avoir de façon très marginale des factures qui ne transitent pas par leur système mais la plupart des suppléments sont renseignés sur la plateforme en ligne, permettant une bonne visibilité des demandes de remboursement.

Par ailleurs, si une majorité des demandes de fauteuils semble se positionner sur des dispositifs sans reste à charge, on peut s'interroger sur le niveau de qualité et de satisfaction des usagers qui optent pour cette offre sans reste à charge. Selon un des usagers que nous avons interrogés, certaines personnes choisissent de payer des suppléments pour avoir un meilleur fauteuil roulant, plus adapté à

¹⁰ Même lorsqu'elles sont indiquées sur format papier, elles ne seraient pas toujours enregistrées administrativement.

leurs besoins, au-delà de considérations d'esthétique et de confort. Par exemple, il explique qu'il souhaite toujours avoir un fauteuil roulant avec un moteur électrique plus puissant que celui qui est fourni en série, ce qui augmente son reste à charge. Mais il ne peut pas extrapoler et dire si les fauteuils roulants d'entrée de gamme sans reste à charge sont de qualité suffisante pour les usagers. Nos interlocuteurs de l'AVIQ ou du VSB indiquent s'appuyer sur le niveau des plaintes des usagers, marginal dans une région comme dans l'autre, pour obtenir une information sur la qualité des aides techniques mises à disposition. Le niveau des plaintes apparaît comme un signal -sans doute faible- du niveau de qualité des aides techniques et de la satisfaction de la population, mais qui mériterait toutefois d'être complété par de réelles enquêtes de satisfaction. Aucune enquête ciblant les usagers de fauteuils roulants n'a été conduite en Belgique, ce qui permettrait de mieux connaître le niveau de satisfaction général des usagers et selon le type de fauteuil (entrée de gamme ou plus haut de gamme).

Un budget dédié à la maintenance et aux réparations jugé satisfaisant

Un budget est alloué à la maintenance du fauteuil roulant. En Flandre, un forfait fixe de 150 euros est mis à disposition de l'utilisateur pour un fauteuil standard ou modulaire. Ce montant forfaitaire est étendu à 40% du total de l'intervention publique pour certains fauteuils roulants, notamment actifs et électriques. Par exemple, pour un fauteuil roulant et des adaptations qui ont coûté 10 000€ à la région, le montant alloué est de 4 000€. L'utilisateur peut l'utiliser pendant une période de 5-6 ans (correspondant au délai de renouvellement).

Ces forfaits complètent la garantie « constructeur » de 2 ans et sont le plus souvent suffisants pour un usage courant.¹¹ Une fois que le budget réparation est épuisé, toutes les réparations sont à la charge de l'utilisateur. Dans le système flamand, la maintenance et la réparation doivent être assurées par le prestataire qui a assuré la vente.

Un recours possible à des financements dérogatoires

En Belgique, il n'y a pas de remboursement de l'assurance complémentaire quel que soit la mutuelle à laquelle l'assuré est affilié. Néanmoins, pour les aides à la mobilité, certaines mutualités ont un réseau d'orthopédistes-orthésistes qui propose des tarifs préférentiels pour les affiliés.

D'après un de ses représentants, l'AVIQ peut financer des prestations non prévues (si les aides techniques répondent aux besoins et sont moins coûteuses) étudiées au cas par cas. Ainsi, ceux qui ont un besoin spécifique pour un fauteuil roulant non (intégralement) remboursé peuvent bénéficier d'un financement régional. Grâce à ce système, même s'il y a un supplément, il est souvent pris en charge. 90% des accords de financement sont des prestations prévues qui se font au niveau du bureau régional, les prestations non prévues ne pèsent que pour 10% et sont étudiées à l'administration centrale à Charleroi.

Le même système existe en Flandre d'après un responsable du VSB. Certaines aides ou certains ajustements qui ne sont normalement pas remboursés peuvent faire l'objet d'un accord exceptionnel

¹¹ <https://www.vlaamse sociale bescherming.be/mobiliteitshulpmiddelen/onderhoud-en-herstellingen>

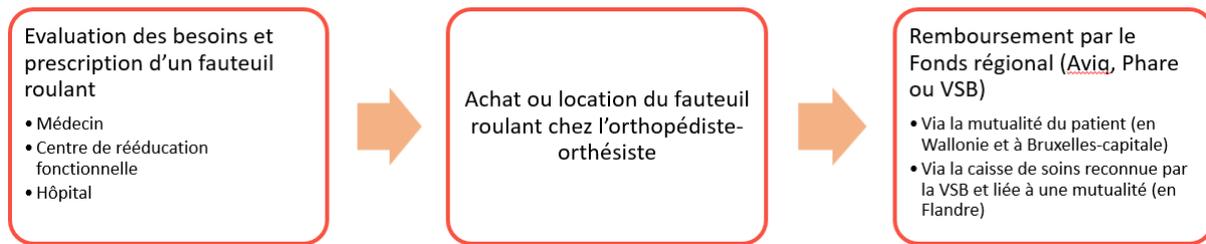
après passage devant un comité technique spécial (par exemple, des roues de fauteuil roulant plus grandes).

Un parcours de soins et un accompagnement standardisés au niveau national gages d'équité territoriale

Les procédures à suivre pour le patient qui souhaite acquérir un fauteuil roulant sont identiques quelle que soit la région ; seule la prise en charge financière diffère pour un même fauteuil. Les étapes sont les suivantes (voir schéma 1) :

- 1) Le patient peut consulter un médecin ou bien se rendre dans un centre de réadaptation ou un hôpital. Le premier choix concerne plutôt l'obtention d'un fauteuil roulant manuel standard ou les renouvellements de fauteuil roulant, tandis que le second correspond davantage à une première demande de fauteuil roulant. Dans ce dernier cas, une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins du patient et lui propose le fauteuil roulant le mieux adapté à son handicap.
- 2) Muni de son ordonnance, le patient se rend ensuite chez un orthopédiste-orthésiste (voir infra) agréé pour acheter ou louer son fauteuil roulant. En fonction de la complexité du fauteuil roulant, l'orthopédiste-orthésiste peut également intervenir dans la définition des spécifications techniques. Il doit alors justifier le type de fauteuils qu'il préconise mais aussi l'ensemble des adaptations qu'il propose dans la demande de financement. Le matériel est généralement testé avant achat (le test est obligatoire pour les fauteuils roulants électriques et les scooters). L'orthopédiste-orthésiste envoie le dossier de demande de financement à la mutualité du patient (pour la région bruxelloise francophone ou la Wallonie) ou à la caisse de soins de santé reconnue par la VSB et liée à une mutualité (pour la région flamande). Le dossier est complètement numérisé en Flandre, contrairement aux autres régions.
- 3) Au sein de la mutualité (ou de la caisse de soins) du patient, une commission évalue la demande et donne son accord pour financer le fauteuil roulant. Cette commission regroupe des médecins et des professionnels paramédicaux. La caisse de soins/mutualité peut accepter l'aide, en proposer une autre moins chère à la place ou refuser certains ajustements. La mutualité est elle-même financée en partie par les Fonds régionaux. Une fois l'accord obtenu, l'utilisateur peut acheter ou louer son fauteuil roulant en bénéficiant du tiers-payant. Différentes procédures administratives s'appliquent selon le type de fauteuil roulant demandé ou en cas de renouvellement. Plus l'aide technique est simple et standard, plus la procédure pour obtenir un remboursement est rapide (délai de 5 jours en Flandre). Pour des renouvellements, c'est la procédure qualifiée de « basique » qui s'applique, qui permet un temps de traitement plus court. La procédure prend plus de temps pour des aides plus complexes et coûteuses (sous 10 à 20 jours en Flandre selon l'aide). En cas de demande de remboursement pour une aide exclue de la liste des prestations remboursées, la procédure est beaucoup plus longue et évaluée par un comité spécial (sous 45 jours). D'après un vendeur bruxellois, les démarches administratives sont plus compliquées auprès de la VSB (qui exige davantage de justificatifs) qu'auprès de l'Aviq, ce qui rallonge les délais. En fonction de son état de santé et de son aide à la mobilité, le bénéficiaire peut également percevoir une aide financière pour la réparation ou le remplacement de son fauteuil roulant (selon un montant forfaitaire), ainsi que pour l'achat d'un deuxième fauteuil roulant.

Schéma 1 : Parcours de soins des usagers de fauteuils roulants



Le test avant achat garantit la bonne adéquation de l'aide aux besoins

D'après les enquêtés de la Mutualité chrétienne, l'utilisateur devrait toujours tester son matériel avec l'orthopédiste-orthésiste. Quand l'aide à la mobilité est livrée avec toutes les adaptations, il y a systématiquement un test à domicile avec le fournisseur de soins du côté wallon. En Flandre¹², il n'y a pas de période de test prescrite, seulement un test obligatoire pour les fauteuils roulants électriques et les scooters (comme en Wallonie¹³). Dans la législation flamande, il faut au moins une demi-heure de test à domicile mais dans les faits, d'après ces mêmes enquêtés, ce n'est pas toujours respecté. La période de test existait avant la 6^{ème} réforme belge, mais elle n'est pas systématiquement bien respectée par les orthopédistes-orthésistes, certains étant plus consciencieux que d'autres. Un test ne sera pas nécessairement réalisé pour un fauteuil roulant pliable pour une personne âgée, mais le sera davantage pour un fauteuil plus complexe.

La visée du test est de permettre à l'utilisateur d'essayer pendant plusieurs semaines son fauteuil dans toutes les situations de la vie quotidienne et ainsi vérifier s'il est bien adapté à son environnement, ou si l'utilisateur est apte à l'utiliser. L'orthopédiste-orthésiste pourra alors éventuellement faire des adaptations ou des réglages sur le matériel, ou bien proposer une autre aide technique si elle ne convient pas. Le test permet de fournir l'aide la plus adaptée et éviter le remboursement d'une aide qui ne sera finalement pas utilisée. Si l'utilisateur achète une aide qui ne lui convient pas, il devra attendre le délai de renouvellement (4-5 ans le plus souvent) pour s'en procurer une nouvelle qui sera remboursée. D'après un usager de fauteuil roulant électrique interrogé, les tests sont parfois trop courts et devraient durer au moins un mois, ou ne sont pas réalisés dans suffisamment de situations différentes, notamment dans différents moyens de transports, magasins, etc.

Les professionnels en charge de la fourniture des fauteuils roulants, les « technologues orthopédiques », une profession réglementée censée assurer une qualité de service

Avant 2023, les orthopédistes-orthésistes (appelés alors « bandagistes » en Belgique) étaient agréés puis conventionnés par l'INAMI, et l'agrément était valable sur tout le territoire. Depuis juillet 2023¹⁴ et en continuité avec la réforme de régionalisation mise en place en 2019, la profession de « bandagiste » est remplacée par celle de « technologue orthopédique ». La convention nationale est donc remplacée par des conventions régionales pour la Wallonie et Bruxelles, qui mentionnent les droits et obligations entre les prestataires et les organismes assureurs. Ces engagements pour fournir

¹² <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/mobiliteitshulpmiddelen>

¹³ <https://www.aviq.be/transfert-INAMI.html>

¹⁴ <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/bandagistes/Pages/default.aspx>

les aides à la mobilité signifient que les usagers ne peuvent pas acheter chez un vendeur non agréé, par exemple en achetant en ligne, s'ils veulent bénéficier d'un remboursement. En Flandre, il n'existe plus de convention puisque les mutualités n'interviennent plus.

Les « technologues orthopédiques » doivent suivre une formation de niveau Bac+3 pour pouvoir exercer. Il n'existe pas de formation continue obligatoire pour les orthopédistes-orthésistes, néanmoins ils doivent se mettre à jour sur les évolutions technologiques pour continuer à exercer. Il existe un seul institut de formation du secteur des technologies orthopédiques en Belgique : l'OT Academy. De plus, les sociétés privées proposent des formations sur les nouveaux produits.

Selon nos interlocuteurs de l'AVIQ, on observe une tendance à la spécialisation des orthopédistes-orthésistes. Ils ne vont traiter qu'avec une ou deux marques, ce qui limite l'offre proposée aux usagers. Ils peuvent également se spécialiser dans un ou plusieurs types d'aides à la mobilité, ou dans la location. Par ailleurs, certains ne vont pas seulement commercialiser des aides à la mobilité mais aussi d'autres produits (du matériel d'orthopédie par exemple), qui sont plus rentables. Les usagers sont souvent orientés vers un orthopédiste-orthésiste particulier et peuvent facilement se déplacer sur le territoire s'ils ont un besoin très spécifique ; d'après ces mêmes interlocuteurs, il ne semble pas y avoir de problème d'accès. 60% des orthopédistes-orthésistes sont représentés dans l'Union professionnelle belge des technologies orthopédiques.

Une difficulté de la profession orthopédistes-orthésistes : la conciliation entre les rôles de soignant et de commercial

La réglementation de cette profession est censée assurer la qualité du service rendu aux acheteurs. Néanmoins, certaines critiques sont formulées à leur encontre, notamment concernant leurs conseils non dénués d'intérêts commerciaux. Selon la Mutualité chrétienne interrogée, certains orthopédistes-orthésistes peuvent faire passer leurs intérêts commerciaux avant l'intérêt du consommateur, par exemple en les orientant vers des produits plus chers sans garantie d'amélioration du service, d'autant plus que leur profession est très peu contrôlée en raison d'un budget dévolu aux contrôles qui reste limité. Les contrôles n'ont pour l'instant pas progressé depuis la régionalisation de 2019 et la mutualité affirme observer de nombreuses fraudes.

Un des abus consiste à encourager les acheteurs à prendre un fauteuil roulant plus coûteux pour augmenter leur marge. Les vendeurs ne sont pas tenus de proposer une aide intégralement remboursée à l'utilisateur, mais généralement pour chaque type de produits, il existe une option sans supplément. L'utilisateur devrait donc pouvoir choisir entre plusieurs aides, dont une aide intégralement remboursée, et plusieurs adaptations. Cependant, les aides techniques avec supplément ne sont pas nécessairement plus chères que les aides intégralement remboursées, le prestataire ne va pas systématiquement obtenir un bénéfice plus élevé en vendant des aides avec supplément.

Un usager de fauteuil roulant que nous avons interrogé regrette que le marché soit très protégé avec la présence de monopoles, certains fabricants distribuent eux-mêmes des produits qui sont parfois des produits de niche. Par exemple, il constate qu'en Flandre, il y a de plus en plus d'intégration verticale et de liens entre le fournisseur et le fabricant de fauteuils roulants. Le choix de fauteuils roulants se restreint : 5 fabricants occupent l'essentiel du marché. Chaque mutualité a son réseau d'orthopédistes-orthésistes où l'assuré peut obtenir des tarifs préférentiels sur certaines aides

techniques mais cela ne concerne plus les aides à la mobilité. Les grandes mutualités possèdent également elles-mêmes des magasins avec prestataires agréés. Cet oligopole entraîne des conséquences négatives sur l'utilisateur. Par exemple, des accessoires basiques et essentiels ne peuvent pas être achetés en grande surface, telle qu'une ampoule qui équipe un fauteuil roulant. De même, notre interlocuteur, qui habite à Bruges mais a acheté son fauteuil roulant à Bruxelles, ne peut pas faire réparer son équipement dans sa ville d'origine.

Ce même usager préconise un meilleur équilibre entre l'intérêt commercial et le rôle de conseil. Il regrette notamment que les orthopédistes-orthésistes jouent un rôle important dans l'élaboration de la nomenclature et le niveau de remboursement, notamment via le lobbying que réalise l'Union Professionnelle Belge des Technologies Orthopédiques (UPBTO), et se demande s'ils ne mettent pas davantage en avant leur intérêt professionnel plutôt que la satisfaction de l'utilisateur. Il regrette également que certains vendeurs manquent de transparence et que l'utilisateur n'ait pas systématiquement une bonne prévisibilité de la dépense et des restes à charge. Néanmoins, grâce à l'informatisation récente des dossiers en Flandre, la VSB peut désormais davantage contrôler les prestataires qui font des excès et qui facturent de trop nombreux suppléments par exemple.

La location, une solution moins coûteuse et adaptée aux besoins de court terme

Tableau 5 : Périmètre de la location

Public cible	Régions d'application	Prescription	Type de fauteuils roulants	Durée	Spécificités
Personnes de plus de 85 ans vivant à domicile	Flandre	Obligatoire	Manuel + 2 ^{ème} fauteuil roulant optionnel	5 ans en moyenne	-
Personnes ayant un statut palliatif	Flandre	Recommandé	Manuel + 2 ^{ème} fauteuil roulant optionnel	-	Existe depuis 2021
Personnes vivant dans un centre médico-social / centre d'hébergement pour personnes âgées	Wallonie, Bruxelles et Flandre	Obligatoire	Manuel	2 ans en moyenne	Existe depuis 2007
Personnes souffrant d'une affection à dégénérescence rapide	Flandre	Recommandé	Tous types + 2 ^{ème} fauteuil roulant manuel optionnel	-	Délai d'obtention très rapide
Personnes sortant de rééducation (locomotrice ou neurologique)	Flandre	Recommandé	Manuel	3 à 6 mois (location temporaire)	Avant l'achat d'un 1 ^{er} fauteuil

Sources : <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/huren-in-plaats-van-kopen>; <https://www.aviq.be/fr/vie-quotidienne/aides-la-vie-quotidienne/aides-materielles/aides-la-mobilite>

Note : Les fauteuils roulants manuels disponibles à la location peuvent être de type standard, modulaire ou thérapeutique.

La protection sociale régionale paie le loyer mensuel au prestataire, l'utilisateur ne paie rien excepté une caution, des frais de transport ou des frais en cas de dommages. Le budget « maintenance et

réparation » est déjà inclus dans le forfait de location qui est payé à l'orthopédiste-orthésiste. La location n'entraîne donc aucun reste-à-charge pour l'utilisateur, quelle que soit la situation dans laquelle il se trouve. Cependant, le forfait fixe de la location comprend un certain nombre d'adaptations, si l'utilisateur a besoin d'ajouter d'autres adaptations au fauteuil, l'achat doit être envisagé. Si le fauteuil ne convient plus, il peut être changé sans délai de renouvellement, contrairement à l'achat (un accord préalable auprès de la caisse régionale est toutefois nécessaire). A part pour les personnes sortant de rééducation, la location n'a pas de durée limitée. Un fauteuil roulant de 6 ans ou plus ne peut plus être délivré à un autre bénéficiaire.

On constate dans le tableau 5 ci-dessus que depuis la régionalisation de la politique de fourniture des aides à la mobilité, la Flandre a étendu le périmètre d'accès à la location, en particulier pour des personnes dont le temps d'utilisation du fauteuil est relativement court. Par exemple, pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives ou celles en soins palliatifs à domicile, l'utilisation du fauteuil roulant peut être très courte (un ou deux mois), rendant la location plus appropriée que l'achat. De même la location permet d'essayer un premier fauteuil roulant avant de l'acheter, comme pour les personnes sortant de rééducation dont les besoins ne sont pas encore bien connus. D'après nos interlocuteurs de la VSB, des études ont été conduites (notamment par l'université de Louvain) sur le niveau d'efficacité de la location. Ces études ont montré que le coût efficacité est atteint pour les personnes de 85 ans et plus, contrairement aux autres groupes d'âges. Le paramètre clé est le temps d'utilisation du fauteuil roulant par l'utilisateur : plus le fauteuil peut être réutilisé, plus le système est coût efficace. Les modalités de la location sont le fruit de négociations entre les prestataires, les fournisseurs, et la VSB. Au moment de nos discussions avec des travailleurs de la VSB (début 2022), la VSB réfléchissait à étendre le système de location aux personnes de 75 ans et plus courant 2023, voire à partir de 65 ans. Ces nouvelles règles rendent sceptiques nos interlocuteurs qui considèrent que cela ne rendra pas le système nécessairement plus efficace. D'après eux, il n'y a pas de plainte de la part des usagers de fauteuils reconditionnés car ils n'ont aucun reste à charge sur ces fauteuils.

Toutes les firmes ne se sont pas engagées sur le marché de la location mais certaines se sont spécialisées sur ce créneau. D'après l'Union Professionnelle Belge des Technologies Orthopédiques, ce sont en général des firmes de moyenne et grande taille, car la location n'est rentable qu'à partir d'une certaine échelle et des capitaux sont nécessaires pour investir initialement. Actuellement, certaines firmes font de la location dans les 3 régions tandis que d'autres restent dans leur région. Étant donné que le marché locatif flamand est plus important que dans les autres régions, il y a plus de firmes flamandes qui louent dans les autres régions.

Un recours limité à la location

Nous avons vu que le système de location présente certains avantages (délai d'obtention réduit, recyclage des fauteuils, restes-à-charge nuls pour l'utilisateur, changement de fauteuils facilité), toutefois il reste décrié par certains. Nos interlocuteurs de l'AVIQ considèrent que la location crée des « citoyens de seconde zone ». Il y aurait également un problème d'obsolescence des produits. En effet, l'innovation étant très rapide, de nouveaux produits arrivent régulièrement sur le marché et les pièces détachées ne sont produites que pendant 10 ans. Il y a également une dégradation rapide du produit, qui ne peut pas être recyclé indéfiniment. Un usager de fauteuil roulant interrogé évalue à 5 ans la durée de vie d'un fauteuil roulant et à 2 ans la garantie fabricant. La location ne leur paraît pas

totalement adaptée aux aides à la mobilité. Néanmoins, ils considèrent qu'elle reste adaptée pour des personnes en fin de vie.

Nos interlocutrices de la Mutualité chrétienne considèrent qu'en l'état la location est un modèle économique qui n'est rentable ni pour la région, ni pour les orthopédistes. Elles jugent les prix de location élevés, en particulier les deux premiers mois, et notamment pour les fauteuils roulants électriques (autour de 600€ les deux premiers mois). Les tarifs de location sont plus élevés les deux premiers mois car c'est une période d'ajustement où seront réalisées la majorité des adaptations. Il n'y a pas de durée limite de location, la location peut durer des années voire toute une vie, ce qui représente un important investissement financier pour la région car cela revient à payer plusieurs fois le prix d'achat du fauteuil roulant. Pour autant, la Flandre veut élargir le recours à la location, et le prix et le temps de location sont au cœur des débats. D'après nos enquêtées, les orthopédistes-orthésistes flamands ont été interrogés pour comprendre comment le système de location fonctionne dans la pratique. D'après l'enquête, la plupart des prestataires considèrent que la location n'est économiquement pas intéressante pour eux car ils ne sont pas assez rémunérés et doivent toujours avoir un stock de fauteuils roulants disponibles pour proposer différents modèles, surtout si l'utilisateur change régulièrement. Certaines situations sont plus rentables que d'autres pour les prestataires : c'est le cas de la fourniture des maisons de repos où les clients sont regroupés (contrairement aux personnes à domicile) et des fauteuils qui nécessitent peu d'adaptations. En effet, le tarif de location n'est pas modulé en fonction des adaptations nécessaires, contrairement au prix d'achat. D'autre part, le recours à la location reste limité car elle n'est pas toujours obligatoire, et les prestataires ont davantage intérêt à vendre plutôt que louer une aide à la mobilité. Pour autant, nos interlocutrices défendent le recours à la location pour certains publics d'utilisateurs, notamment ceux dont l'état physique se dégrade rapidement ou qui se trouvent en fin de vie. Auparavant, le remboursement d'un fauteuil roulant acheté pouvait être refusé à une personne en soins palliatifs, ou accepté mais trop tardivement (quasiment au moment du décès de la personne), sachant que l'aide ne serait utilisée que quelques mois. Cette population avec un usage de court terme représente toutefois un faible pourcentage des usagers d'aides à la mobilité, et les personnes âgées ont tendance à ne pas signaler les problèmes qu'elles peuvent rencontrer et demander les adaptations qui leur seraient utiles.

Les salariées de la Mutualité chrétienne interrogées estiment que le modèle actuel de location n'est pas efficient mais qu'un meilleur modèle pourrait être trouvé pour combler les lacunes du système actuel. Elles relèvent une multitude de problématiques à prendre en compte :

« Au départ, comme la location ne concernait que les résidents de maison de repos, on a calculé le prix de la location pour la durée moyenne de séjour en maison de repos, c'est-à-dire 2 ans. Maintenant qu'on a étendu l'accès à la location aux personnes âgées à domicile, ce n'est plus le même temps, la durée moyenne de location est plutôt de 5 ans. Si on diminue encore l'âge, le temps de location va encore augmenter. On peut diminuer le niveau de remboursement mais dans ce cas, il faut le faire pour tout le monde, car on ne peut pas différencier le prix selon l'estimation du temps restant à vivre des usagers. C'est difficile également d'établir une durée de location maximale conduisant à un achat, car plus la personne vieillit, plus elle risque de mourir prochainement. C'est difficile de trouver les modalités adaptées à la location, il doit exister un modèle optimal mais ce sera aussi délicat à le faire accepter politiquement. Les orthopédistes ne sont jamais d'accord avec les calculs qui sont faits pour fixer le prix. Il faut aussi prendre en compte les coûts d'entretien, les changements éventuels de fauteuils roulants qui nécessitent de recommencer des démarches administratives. Certains vont rester longtemps avec

le même fauteuil sans avoir besoin de réglages ou d'en changer, d'autres vont en changer régulièrement. C'est très difficile de tout prendre en compte dans un modèle. »

B) La 6^{ème} réforme belge et ses conséquences

La 6^{ème} réforme belge : vers une régionalisation croissante de la politique sanitaire

La 6^{ème} réforme de l'Etat mise en place en 2019 vise à transférer un certain nombre de compétences de l'Etat fédéral vers les entités fédérées régionales. Elle a concerné divers champs : l'emploi, les allocations familiales, les soins de santé et l'aide aux personnes... Concernant les aides techniques, le périmètre de la réforme est resté pour l'heure circonscrit aux seuls fauteuils roulants et aides à la mobilité ; les aides visuelles étaient déjà financées au niveau régional, et les aides auditives demeurent financées au seul niveau national. Officiellement, cette régionalisation des compétences est censée contrer la complexité des aides au financement et le manque de collaboration entre les acteurs. Cependant, d'après les professionnels interrogés (Aviq, Mutualité chrétienne), cette réforme est avant tout idéologique et politique et n'est pas le fruit d'une évaluation raisonnée du système. Elle s'inscrit dans la continuité des précédentes réformes de l'Etat débutées dans les années 1980, qui vont vers plus de régionalisation des politiques publiques notamment dans le domaine sanitaire et social. Nous n'avons trouvé aucune évaluation de cette réforme, ce que confirment nos interlocuteurs de la Mutualité chrétienne et de l'AVIQ. Ils expliquent que cette décision de réforme s'est fondée uniquement sur la base d'arguments politiques et que par conséquent personne n'a intérêt à estimer son coût ni son impact en termes d'accès aux aides techniques. D'après nos interlocuteurs, elle n'aurait entraîné aucune répercussion sur la qualité des soins ou le budget dédié mais son application a demandé un important travail de réorganisation au niveau des services concernés.

Une plus grande autonomie des régions conduisant à des inégalités territoriales d'offre et de prise en charge

Comme nous l'avons vu en introduction de cette synthèse, depuis 2019, le financement des aides à la mobilité, dont les fauteuils roulants, ne se fait plus qu'à l'échelon régional, excepté pour la région de Bruxelles où a été reproduit exactement le même système avec deux financeurs, en créant Iriscare. Les financeurs sont désormais l'AVIQ pour la région wallonne, la VSB pour la région flamande et le duo Iriscare-Phare pour la région bruxelloise. En terme budgétaire, le transfert a été neutre au niveau macroéconomique mais les charges administratives ont augmenté, tant pour les orthopédistes que pour les organismes assureurs. Des concertations et des coordinations des politiques régionales devaient avoir lieu mais finalement, d'après nos enquêtés de l'AVIQ, chaque région élabore seule sa propre politique. En Wallonie et à Bruxelles-capitale, l'objectif est d'abord de maintenir un système équivalent malgré la régionalisation afin que l'utilisateur ne soit pas désavantagé par cette réforme. Les réglementations nationales ont donc simplement été reprises et adaptées. Par exemple, la nomenclature des aides à la mobilité remboursées dans ces régions est assez identique à celle d'origine tout en incorporant de nouveaux modèles pour suivre l'innovation. En Flandre, *a contrario*, le système a été repensé et la nomenclature a été totalement revue et comporte moins de produits. Cette réforme a donc conduit à une différenciation régionale des politiques mises en œuvre. D'après l'Union

Professionnelle Belge des Technologies Orthopédiques, on commence à voir des différences régionales dans les prix et les remboursements octroyés pour un même équipement.

Les entretiens effectués lors du voyage d'étude en Belgique ont permis de recueillir les témoignages d'acteurs de terrain concernant les effets de la 6^{ème} réforme sur la politique de financement et de fourniture des aides à la mobilité, à défaut de littérature sur le sujet. D'après ces entretiens, on observe peu de conséquences directes de la régionalisation mais la Flandre en a profité pour repenser et réformer le système dans son ensemble dans le sens d'une recherche d'efficacité plus poussée. D'après un usager de fauteuil roulant flamand, l'accompagnement, les démarches et les restes-à-charge sont restés les mêmes pour l'utilisateur après cette réforme. Un changement bénéfique a toutefois eu lieu pour les personnes âgées. En effet, avant 2019, le financeur fédéral finançait les aides à la mobilité sans limite d'âge tandis que les financeurs régionaux finançaient les entretiens et réparations de ces aides, et un éventuel deuxième fauteuil roulant, seulement pour les personnes âgées de moins de 65 ans. La régionalisation a conduit à abolir la barrière d'âge concernant la maintenance des aides à la mobilité. Désormais, les personnes de plus de 65 ans disposent des mêmes remboursements que les autres. Pour pallier cette hausse des dépenses, les régions ont recours à une redéfinition des règles de remboursement qui concernent toutes les catégories d'âge. Le délai de renouvellement a été allongé pour les fauteuils roulants électriques en Flandre, passant de 4 à 5 ans. En Flandre également, l'utilisateur ne peut plus cumuler le remboursement d'un scooter avec celui d'un fauteuil roulant. En Wallonie, la marge budgétaire est suffisante pour prendre en charge cette hausse. En effet, les calculs de transfert budgétaire du fédéral pour les aides à la mobilité étaient plus basés sur des situations et des calculs flamands que wallons, engendrant un excédent budgétaire en Wallonie.

On pourrait penser que la réforme a permis de raccourcir les délais d'obtention d'une aide grâce au passage à un seul financeur mais d'après nos interlocuteurs (Aviq, Mutualité chrétienne), un système de guichet unique préexistait dans l'ancien système à deux étages. En effet, la demande était déjà centralisée et un seul service la traitait malgré les deux sources de financement. En Wallonie, des responsables de l'AVIQ considèrent que la réforme a même pu se traduire par un léger allongement des délais par rapport à la période antérieure à 2019, compte tenu des effets d'apprentissage liés à la mise en place du nouveau système. Ils considèrent toutefois que dans un second temps il sera plus avantageux d'avoir un seul acteur, car cela demande moins de coordination et permet d'avoir une vision globale de la demande de remboursement.

Une refonte du système flamand

À la suite de la 6^{ème} réforme, la Flandre a profité de ses nouvelles compétences pour réformer certains aspects du système contrairement à la Wallonie. Ces mesures concernent notamment l'élargissement du périmètre de la location et le recours au recyclage (voir section précédente), la digitalisation des démarches administratives dans l'objectif d'un meilleur contrôle et la réorganisation des différentes procédures de demande d'aides techniques. Concernant ces procédures, deux nouvelles commissions traitent désormais les demandes de financement : le Comité de la caisse de soins (notamment pour les fauteuils roulants électriques) et le Comité technique spécial (pour les aides à la mobilité innovantes ou sur mesure hors nomenclature). L'objectif est d'améliorer l'équité de traitement des dossiers de demande de remboursement, de renforcer le contrôle des financements et de raccourcir les délais d'obtention de l'aide. Du côté Wallon, les procédures de traitement des demandes de remboursement

restent inchangées. D'autre part, des délais de traitement contractuels ont été introduits côté flamand, permettant de réduire les temps de traitement qui étaient auparavant non contraints, selon notre interlocuteur de la VSB. La mise en place d'un système d'information numérisé a pu également contribuer à raccourcir les délais d'attente pour le traitement des dossiers, selon cette même source et des salariées de la Mutualité chrétienne. L'introduction de la digitalisation a rendu possible un contrôle plus strict du budget accordé aux aides à la mobilité et de réduire les dépenses. Alors qu'auparavant seulement 10% des demandes étaient contrôlées, c'est désormais 100% des demandes qui le sont d'après un responsable de la VSB. Cela a permis de contrôler le comportement de certains orthopédistes qui essaient d'orienter les patients vers des dispositifs plus coûteux. Ces derniers sont identifiés et peuvent payer des pénalités financières, voire perdre leur certification.

C) Les enjeux et défis actuels

Des inégalités de traitement et de remboursement entre les mutualités et les régions

Il existe plusieurs sources de variabilité selon les mutualités / caisses de soins : d'abord celles qui concernent les démarches administratives (exigences, délais) à réaliser mais aussi la plus ou moins grande difficulté à obtenir un accord à la demande de remboursement. Selon nos interlocuteurs, certaines mutualités accordent plus facilement que d'autres un remboursement. Bien qu'il y ait des critères précis, il existe une marge d'interprétation de la législation. D'après une enquête de la Mutualité Chrétienne, pendant un temps en Flandre, certaines mutualités donnaient trop facilement des accords et ne respectaient pas toujours la législation. En 2005¹⁵, de nouvelles règles ont permis de mieux encadrer l'attribution des accords. Tandis qu'auparavant un seul médecin ou une seule infirmière donnait son accord pour un remboursement, dorénavant c'est une équipe pluridisciplinaire qui évalue le dossier du demandeur. D'après cette même source, cette évaluation devrait se faire à l'aveugle, sans connaissance de l'identité du demandeur, mais cette règle n'est pas respectée dans la pratique. L'instauration généralisée de cette équipe pluridisciplinaire est censée assurer une équité entre les assurés et permet par ailleurs d'exercer un contrôle plus strict des remboursements attribués. Toujours d'après cette interlocutrice, la régionalisation reproduit les inégalités de traitement qui existent entre les mutualités / caisses de soins entre les régions, et complexifie les démarches administratives. En effet, l'usager ne sait plus quels types de soins sont pris en charge au niveau fédéral ou régional.

Des enjeux financiers liés au vieillissement de la population

D'après les personnes rencontrées lors du voyage d'étude travaillant pour cette institution, l'Aviq ne prend pas sa décision d'accorder ou non un financement en tenant compte d'une enveloppe annuelle de financement qui, une fois épuisée, saturerait les demandes. Pour l'instant il n'y a pas de mesures restrictives pour respecter le budget, le financement permet d'accepter toutes les demandes motivées. Un des enjeux actuels est le vieillissement de la population : de plus en plus de personnes

¹⁵ <http://bienvivrechezsoi.be/filemanager/file/18bis%20-%20LEG%20%E2%80%93%20ASPH%20%E2%80%93%20Les%20aides%20C3%A0%20la%20mobilit%C3%A9%20-%2020130718.docx.pdf>

tombent dans les critères de remboursement, ce qui augmente les coûts pour l'assurance maladie. Le budget devra alors être revu à la hausse pour compenser l'augmentation des demandes. D'après nos interlocuteurs du VSB, le budget dédié aux aides à la mobilité augmente de 3,5% pour suivre les effets du vieillissement démographique (et donc de l'augmentation de la demande de fauteuils roulants qui suit mécaniquement le vieillissement de la population). Si les régions n'augmentent pas leur budget en conséquence, les forfaits de remboursement risquent d'être revus à la baisse pour tous les usagers de fauteuils roulants sans distinction d'âge.

Quelques perspectives pour le système wallon dans le sens d'une amélioration de l'efficience

Nos interlocuteurs de l'AVIQ ont relevé plusieurs axes d'amélioration possibles du système wallon. Un premier axe concerne le renouvellement des fauteuils roulants. D'après eux, ce renouvellement ne devrait plus être automatique et les réparations devraient être privilégiées. Pendant 5-6 ans (délai de renouvellement), les réparations et l'entretien du fauteuil roulant sont pris en charge mais passé ce délai, l'utilisateur a intérêt à acheter un nouveau fauteuil roulant plutôt que de réparer l'ancien même s'il reste fonctionnel. Cela représente un coût économique et environnemental évitable. Un second axe qu'ils mettent en avant est le développement de la location pour certains publics, rejoignant de fait une mesure qui a été prise par les responsables du VSB. Selon eux, la location peut être développée pour certaines catégories de personnes mais dans l'ensemble elle ne paraît pas toujours adaptée (voir section sur la location abordée en amont).

Des enquêtes de satisfaction des usagers inexistantes

La satisfaction des usagers est jugée élevée par nos interlocuteurs de l'AVIQ et de la Mutualité chrétienne, néanmoins aucune enquête sur la satisfaction ou le non-recours ne le démontre. Ces deux institutions prennent en considération les plaintes et les réclamations des usagers pour estimer le niveau de satisfaction des usagers. Leur nombre étant jugé peu élevé, ils considèrent les usagers comme étant globalement satisfaits. Ces plaintes concernent davantage le remboursement (délai d'attente jugé trop long par exemple) ou le prestataire que le matériel. La qualité du matériel a été contrôlée avant son intégration à la nomenclature, il répondrait a priori aux besoins des usagers. De plus, le remboursement est considéré comme généreux, avec par exemple des fauteuils roulants à 20 000€ intégralement pris en charge. Pour approximer le niveau de satisfaction de l'utilisateur, l'AVIQ est en lien avec des associations qui se déclarent plutôt satisfaites de la politique concernant les aides à la mobilité. L'AVIQ a également un pôle recherche et prospective dans lequel les besoins des usagers sont évalués (mais pas leur niveau de satisfaction). Nos interlocuteurs de l'AVIQ considèrent qu'il y a moins de non-recours aux fauteuils roulants qu'auparavant puisqu'ils sont passés d'environ un millier de demandes de remboursement à environ 3000 il y a quelques années, chiffre qui stagne depuis. Cette stagnation signifie toutefois que le nombre de remboursements ne suit pas totalement le vieillissement de la population.

D'après les personnes interrogées de la Mutualité chrétienne, la Flandre est devenue plus attentive aux besoins des patients dont des représentants sont conviés aux réunions, ce qui n'existait pas dans l'ancien système. Actuellement, aucune région ne réalise d'enquête sur la satisfaction des patients car la priorité est à la réorganisation du système à la suite de la régionalisation. Néanmoins, nos

interlocuteurs considèrent que des enquêtes auprès des usagers pourraient être bénéfiques pour améliorer le système.

III/ Aides auditives

D'après l'enquête EuroTrak Belgique 2021, 9,4% des Belges déclarent avoir une déficience auditive et parmi eux, 34% utilisent des appareils auditifs. Près de 80 500 appareils auditifs ont été remboursés par l'INAMI en 2013, ce chiffre a tendance à augmenter au fil des ans, en lien avec le vieillissement de la population (Observatoire des prix, 2014). Il se rapproche du nombre global d'appareils auditifs achetés car moins de 2% des appareils achetés sont non remboursés.

L'organisation de l'offre autour d'oligopoles

En Belgique, la fourniture des appareils auditifs aux usagers s'effectue via l'achat neuf sur le marché privé. Les usagers achètent leurs appareils dans des magasins en ville ou dans des centres auditifs publics. L'ensemble du territoire est bien pourvu en audioprothésistes (appelés « audiciens » en Belgique). Ces « audiciens » travaillent seuls ou à plusieurs, et peuvent s'associer à des opticiens. Les producteurs d'appareils auditifs fournissent le marché belge via des importateurs. On trouve cinq principaux importateurs d'appareils auditifs sur le marché belge, qui représentent plus de 90% du total des importations d'appareils auditifs en 2013 (Observatoire des prix, 2014). Parmi eux, figurent d'une part les importateurs-distributeurs en gros Phonak Belgium et Veranneman, qui vendent leurs appareils à des audioprothésistes indépendants. D'autre part, des firmes intégrées, Amplifon, AudioNova et Lapperre BHAC (ces deux derniers ont fusionné en 2016 sous la société-mère Sonova), vendent les appareils via leurs propres points de vente au détail dans lesquels ils embauchent des « audiciens ». Les importateurs en Belgique travaillent avec plusieurs marques, mais chacun d'eux possède une marque dominante qui représente au moins les trois quarts de ses ventes en volume. Les importateurs disposent donc d'un quasi-monopole dans la distribution ou la vente au détail de leur marque dominante. D'après nos interlocuteurs, une marque d'appareils auditifs offre suffisamment de modèles pour convenir à tous les usagers.

D'après des professionnels de l'hôpital universitaire Saint-Luc, la structure de marché en oligopole est toujours présente mais s'est atténuée depuis une dizaine d'années. Aujourd'hui, les entreprises proposent un peu plus de marques qu'auparavant. L'approvisionnement en France, où les prix des appareils sont moins chers, constitue une menace pour les monopoles belges, qui néanmoins continuent de perdurer. Par exemple, bien que l'hôpital Saint-Luc dispose du logiciel Phonak, il ne peut pas lire les appareils auditifs de cette marque s'ils ont été achetés chez Lapperre. En effet, Lapperre bloque l'accès à l'algorithme de ses appareils.

On observe une tendance à la spécialisation parmi les audioprothésistes que nous avons interrogés. Pour un magasin bruxellois Veranneman et Marie B. (audioprothésiste exerçant dans plusieurs lieux), les ventes se concentrent principalement sur des appareils de la deuxième moitié de gamme, donc plutôt haut de gamme. Le magasin bruxellois Lapperre interrogé vend principalement des appareils de milieu de gamme tandis que le magasin bruxellois Maison de l'Appareil auditif connaît une demande similaire sur les trois gammes (entrée, moyenne et haute).

Un financement national des appareils auditifs

Les appareils auditifs sont uniquement financés par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance complémentaire (pas d'aide régionale). Pour obtenir un remboursement par l'assurance soins de santé, il faut que les appareils auditifs achetés soient présents sur la *liste limitative des appareils auditifs remboursables* disponible sur le site de l'INAMI.¹⁶ La Commission de conventions audiciens¹⁷ (organe de consultation de l'INAMI) est responsable de la prise de décision de remboursement sur les aides auditives conventionnelles. Elle évalue notamment les demandes d'inscription des aides auditives sur la liste des appareils remboursés à partir de critères de qualité mais il n'y a pas d'analyse coût-efficacité qui conduirait à restreindre l'entrée sur la liste. Tous les nouveaux appareils des firmes traditionnelles rejoignent la nomenclature un mois après leur sortie. De ce fait, tous types d'appareils auditifs sont présents sur la liste.

Les règles de remboursement sont précisées dans une circulaire 2023/02 adressée aux audiciens publiée sur le site de l'INAMI¹⁸. Les critères généraux pour le remboursement des appareils auditifs sont les suivants¹⁹ :

- Avoir une ordonnance médicale d'un médecin ORL (et l'accord du médecin-conseil),
- Faire une première demande d'appareil ou renouveler un appareil après 5 ans d'utilisation,
- La perte auditive est d'au moins 40 décibels.
- L'appareil auditif procure un gain d'audition d'au moins 5 décibels.
- L'appareil figure sur la liste des appareils auditifs remboursables par l'assurance soins de santé.
- L'appareil est acheté chez un audicien agréé auprès du SPF Santé Publique.

Le prix à la consommation d'un appareil auditif se décompose en trois éléments²⁰ :

- Le remboursement octroyé par la mutualité,
- Le ticket modérateur (à charge du patient, fixé par arrêté royal),
- Et le supplément à charge du patient (dépend du prix à la consommation de l'appareil auditif, qui peut être supérieur au prix fixé dans la nomenclature).

Le remboursement forfaitaire par l'assurance maladie (INAMI) dépend de l'âge du patient (moins de 18 ans, entre 18 et 64 ans ou plus de 65 ans) et du type d'appareil auditif²¹ (monophonique, stéréophonique ou controlatéral).²² Un remboursement supplémentaire s'ajoute à cette base pour certains appareils spécifiques et plus onéreux (à conduction osseuse). Il n'y a que l'INAMI qui intervient dans le financement des appareils auditifs pour les adultes. Les complémentaires santé des mutualités interviennent seulement sur les appareils des enfants. Néanmoins, les complémentaires santé offrent

¹⁶ <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/audiciens/Pages/liste-appareils-auditifs.aspx>

¹⁷ « Audicien » est le terme belge pour audioprothésiste.

¹⁸ <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/audiciens/Pages/circulaires-audicien.aspx>

¹⁹ Obyn, C., De Meester, C. et Cornelis, J. (2020). Evaluation of the reimbursement for hearing aids and implants in hearing loss. Bruxelles : KCE, p. 39.

²⁰ Observatoire des prix, Rapport 2020.

²¹ Monophonique = appareillage sur une oreille. Stéréophonique = appareillage sur les deux oreilles. Controlatéral = appareillage sur l'oreille opposée à celle ayant une déficience auditive.

²² Obyn et al., Evaluation of the reimbursement for hearing aids and implants in hearing loss, p. 47 et 239.

des allocations majorées pour un public restreint (veuf, invalide, pensionné, orphelin), appelés les BIMs (bénéficiaires d'intervention majorée).

Tableau 6 : Prix et remboursement publics (en euros) des appareils auditifs pour les personnes âgées de 18 à 64 ans en 2023

Type d'appareils auditifs	Prix nomenclature (montant remboursé + ticket modérateur)	Montant remboursé au 01/01/2023, selon la nomenclature INAMI	Ticket modérateur
Appareil monophonique	858,01	807,17	50,84
Appareil stéréophonique	1 699,52	1 597,75	101,77
Appareil controlatéral	841,51	790,67	50,84

Source : tarifs des audiciens, site de l'INAMI, 2023²³.

Le « prix nomenclature » correspond au prix à la consommation d'un appareil d'entrée de gamme (Observatoire des prix, 2014). Pour un appareil basique, le reste à charge est donc limité pour l'utilisateur. Mais dans la grande majorité des cas (plus de 75% des cas), concernant les adultes, un supplément s'applique. Ce supplément correspond donc à la différence entre le prix d'achat de l'appareil et le prix nomenclature. Un système de tiers-payant existe mais il n'est pas généralisé à tous les points de vente.

La formation des prix : un marché sans régulation

Les audioprothésistes fixent librement leurs prix ; au cours des dernières années, on observe cependant une certaine homogénéité des prix entre les points de vente. Lors d'une étude de marché, une audioprothésiste interrogée qui travaille dans un hôpital universitaire et dans un centre auditif (Marie B.) a observé des variations de prix allant jusqu'à 200€ par appareil auditif, donc 400€ pour deux appareils. Néanmoins, d'après nos interlocuteurs de l'hôpital universitaire Saint Luc, on observe une plus grande variabilité des prix sur la période récente, allant jusqu'à 1000€ pour un même appareil, du fait que certains audioprothésistes s'approvisionnent en France. En effet, Marie B. travaille dans un centre auditif où les appareils Widex sont achetés à des prix plus avantageux en France et sont ensuite distribués sur le marché belge. L'approvisionnement à l'étranger implique un conventionnement en tant que distributeur, ce qui représente une importante charge administrative pouvant être désincitative. Pour ce centre, les démarches administratives ont effectivement duré 8 mois, au cours desquels il a fallu montrer que les appareils seraient revendus aux prix du marché belge.

Un autre audioprothésiste travaillant au sein d'un magasin Maison de l'Appareil auditif à Bruxelles recourt également à l'approvisionnement en France pour offrir des appareils auditifs à bas prix à ses clients plutôt qu'augmenter ses marges. L'entreprise met en place une stratégie de réduction des marges, avec des prix 40% en-dessous des prix du marché mais compensé par un important volume d'appareils vendus. D'après ce professionnel, l'entreprise est la seule à avoir mis en place ce modèle économique qu'elle suit depuis 9 ans (en février 2022). La grande majorité des ventes de cette boutique concerne des appareils auditifs entièrement remboursés par les mutualités, ce qui permet à une population peu aisée de s'appareiller et ainsi d'éviter le non-recours. Néanmoins, on peut se demander

²³ https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/tarif_audiciens_20230101.pdf Tarifs des « audiciens » consultables à différentes dates sur le site de l'INAMI : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-individuelles/prix/Pages/audicien-fr.aspx>

si cette stratégie n'a pas pour contrepartie d'offrir un service après-vente réduit par rapport à d'autres enseignes. Suivant l'obligation légale, les réglages et le suivi sont inclus dans le service pendant 5 ans mais, contrairement à d'autres magasins interrogés, l'utilisateur ne peut pas venir sans rendez-vous s'il a un réglage à effectuer. Notre interlocuteur admet que l'agenda est très chargé et réserve des créneaux d'une demi-heure pour les réglages. Nos interlocuteurs de l'université Saint-Luc considèrent que les magasins qui proposent des appareils peu chers offrent un service après-vente de moins bonne qualité qu'ailleurs, notamment une fréquence insuffisante des réglages et un temps de réparation plus long (le fournisseur étant localisé en France²⁴). Cette hypothèse est corroborée par un magasin Lapperre à Bruxelles qui affirme proposer des prix plus chers que la concurrence qu'il justifie par une qualité de service réputée et la présence d'une secrétaire. Cette problématique du service après-vente peut expliquer que l'approvisionnement en appareils français ne se soit pas encore généralisé en Belgique.

L'étude de l'Observatoire des prix de 2014²⁵ estimait le prix moyen à la consommation d'un appareil auditif (monophonique) à 1 646,7€ en 2013, au niveau national. Après remboursement de l'Assurance maladie, le reste à charge moyen pour un adulte (ticket modérateur + supplément) a été estimé à 989,2€, soit 60% du prix de l'appareil. Les prix à la consommation des modèles les plus vendus se répartissaient de la manière suivante : 17,3% de ces appareils coûtaient moins de 1 000 €, 15,3% coûtaient entre 1 000€ et 1 500 €, 54,6% coûtaient entre 1 500€ et 2 000€ et 12,6% coûtaient plus de 2 000€.

En 2014, est entrée en vigueur une nouvelle réglementation sur l'encadrement des prix des appareils auditifs²⁶. Un prix de vente maximum autorisé est dorénavant fixé pour chaque modèle distribué sur le marché belge. Néanmoins, cet encadrement des prix s'applique à la distribution en gros mais pas aux prestations de l'audioprothésiste, alors qu'elles composent aussi le prix de vente final d'un appareil auditif.²⁷ D'après une étude de l'Institut des Comptes nationaux de 2020, cet « *encadrement des prix de distribution n'a eu qu'un faible impact sur l'évolution des prix à la consommation (...) [mais] coïncide avec une diminution de la rentabilité des distributeurs en gros* »²⁸.

D'après la firme Audika²⁹, le reste à charge moyen d'un appareil auditif peut varier entre 0 et 2020€ après l'intervention de la mutualité, pour une personne de 18 à 64 ans en 2019. Une étude de la Mutualité chrétienne datant de 2022³⁰ montre que, selon le type d'appareil, les patients déboursent entre 1300 et 3000 euros de supplément. Cela induit des inégalités sociales de recours qui se traduisent

²⁴ Les audioprothésistes peuvent acheter leurs appareils auditifs en France mais recourir aux importateurs officiels belges pour le service après-vente, moyennant un coût financier plus élevé.

²⁵ Observatoire des prix de l'Institut des Comptes nationaux en Belgique, « Etude sur les prix, les marges et le fonctionnement du marché des appareils auditifs en Belgique », 2014. Cette étude a été mise à jour en 2020, le nouveau rapport estime que « *d'après l'évolution de l'indice des prix à la consommation, les prix des appareils auditifs début 2020 sont assez proches de ceux du début 2014* ».

²⁶ Arrêté royal du 10 avril 2014.

²⁷ Observatoire des prix de l'Institut des Comptes nationaux, « Analyse des prix, Troisième rapport trimestriel 2020 », 2020.

²⁸ Ibidem. Ce rapport reprend et actualise une étude précédente : Observatoire des prix de l'Institut des Comptes nationaux en Belgique, « Etude sur les prix, les marges et le fonctionnement du marché des appareils auditifs en Belgique », 2014.

²⁹ <https://www.audika.be/fr/appareils-auditifs/prix>

³⁰ <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/la-mutualite-chretienne-reclame-la-transparence-des-prix-des-appareils-auditifs.html>

pour les plus modestes par le report de l'appareillage ou l'achat d'appareils moins coûteux insuffisamment adaptés.

Tableau 7 : Prix et restes-à-charge des appareils auditifs pour les personnes âgées de 18 à 64 ans, en 2021

Modèles d'appareils auditifs	Prix recommandés 2021 en €	Montant remboursé au 01/01/2021, selon la nomenclature INAMI	Reste-à-charge de l'acheteur
PHONAK B30 P	1 250	740,56	509,44
STARKEY Muse iQ i2000	2 250	740,56	1509,44
PHONAK Audéo Paradise 90R	2 700	740,56	1959,44

Sources : tarifs des audiciens, site de l'INAMI, 2021 ; prix recommandés partagés par l'audicien Véronique Monteyne (Louvain) en novembre 2021 (TVA de 6% incluse).

L'audioprothésiste est dans l'obligation d'assurer au patient³¹ :

- Une période d'essai de minimum deux semaines ;
- Le suivi du patient et le maintien de l'efficacité prothétique pendant une durée de cinq ans ;
- Une garantie de deux ans contre tout défaut de fabrication.

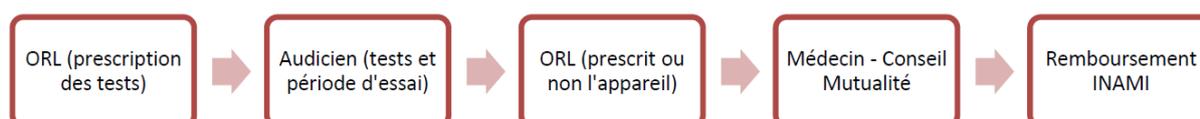
Ces services sont intégrés dans le prix de l'appareil.

Un parcours de soins standardisé pour l'obtention d'un appareil auditif remboursé

Les démarches pour obtenir un appareil auditif et bénéficier d'une prise en charge publique sont les suivantes³² (voir schéma 2) :

- Consultation avec un médecin en oto-rhino-laryngologie (ORL) qui effectue des tests d'audition et prescrit un appareil auditif à tester.
- Consultation avec un audioprothésiste (*audicien* en Belgique) qui fournit l'appareil auditif pour un test de minimum deux semaines. Le rapport de test est envoyé au médecin ORL qui confirmera ou non la prescription de l'appareil testé.
- L'audioprothésiste doit transmettre un dossier (avec les prescriptions, le rapport de test et un questionnaire) au médecin-conseil de la mutualité du patient. Le médecin-conseil donne alors son approbation écrite, qu'il transmet au patient et à l'audioprothésiste.
- Le patient retourne chez l'audioprothésiste pour obtenir son appareil auditif définitif.
- Il peut ensuite demander l'intervention financière de sa mutualité. Il lui transmet alors la prescription du médecin ORL (avec l'approbation du médecin-conseil) et l'attestation de fourniture de l'audioprothésiste.

Schéma 2 : Procédure de remboursement d'un appareil auditif



³¹ Article 31 de la nomenclature des prestations de santé (via arrêté royal du 22 octobre 2012).

³² <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/dispositif-materiel-medical/materiel-medical-pharmacie/Pages/appareils-auditifs-patient-intervention-financiere.aspx> ; <https://www.audika.be/fr/appareils-auditifs/remboursement>

L'accompagnement dans le choix de l'aide auditive : un arbitrage entre les besoins et les moyens

D'après notre interlocuteur de la Maison de l'Appareil auditif, le client arrive la plupart du temps déjà informé sur les produits existants et le rôle de l'audioprothésiste consiste à l'orienter en fonction de son problème auditif, son style de vie et son budget. Marie B. (audioprothésiste agréée) affirme qu'elle explique les limites et les différences de performances entre les appareils et laisse le client choisir l'appareil qui lui convient le mieux. Elle ne cherche pas à connaître le budget de la personne pour l'orienter, elle la laisse choisir en fonction de ses activités quotidiennes. Les audioprothésistes, qui sont aussi commerciaux, peuvent être amenés à encourager les clients à acheter un appareil plus cher que celui qui correspondrait à leurs besoins. Nos interlocuteurs de l'hôpital universitaire Saint-Luc soulignent que le prix des appareils peut contraindre les usagers à acheter des appareils en-dessous de leurs besoins, qui compte tenu de leurs habitudes de vie active, nécessiteraient des appareils plus onéreux.

Une période minimale d'essai des appareils permettant leur bonne adéquation aux besoins

La durée minimum légale de test des appareils auditifs est de 15 jours. Cette période d'essai permet de vérifier l'adaptation des appareils auditifs, gage de qualité et de satisfaction. Une fois le test validé, la demande de remboursement est acceptée sous un délai qui varie de 15 jours à 3 semaines selon nos interlocuteurs de l'hôpital Saint-Luc. Pendant ce temps, le patient reste avec son appareil d'essai. Les audioprothésistes que nous avons interrogés réalisent des tests beaucoup plus longs que la durée minimum légale. Ils considèrent qu'il faut minimum un mois pour qu'un adulte puisse tester ses appareils dans différentes situations, et en moyenne 1 mois et demi. Seuls les porteurs expérimentés souhaitant racheter le même produit pourraient se contenter de 15 jours d'essai. Certains clients nécessitent 2 mois voire 2 mois et demi de test. Pendant cette période, le client revient toutes les semaines ou toutes les deux semaines pour ajuster ses appareils. Cette période permet de faire coïncider les attentes du client et les capacités de l'appareil. Ce système, dans lequel le médecin ORL s'appuie sur les tests pour valider sa première prescription ou au contraire la réorienter vers un autre appareil, est considéré par l'ensemble des personnes interrogées comme un avantage du système belge car il garantit une meilleure satisfaction de l'utilisateur.

Un suivi après achat inégal selon les audioprothésistes

Il n'y a aucune obligation légale concernant le suivi après l'achat d'un appareil auditif, la qualité de ce suivi dépend donc de la conscience professionnelle de l'audioprothésiste. Les réglages et les réparations sont fournis gratuitement pendant 5 ans, ce que ne savent pas toujours les usagers. D'après les professionnels interrogés, les audioprothésistes proposent généralement à leurs clients de revenir tous les ans. Marie B. (audioprothésiste agréée) effectue des relances par courrier et téléphone chaque année pour rappeler à ses clients de contrôler leurs appareils et leur audition. Comme les professionnels de l'hôpital Saint-Luc, elle utilise les données du *Data Logging* dans le suivi des patients. Le *Data Logging* recueille des données réelles sur l'utilisation des aides auditives par le patient dans divers environnements. Cela permet à l'audioprothésiste d'interroger le patient sur les raisons d'une sous-utilisation de l'appareil par exemple.

L'audioprothésiste ou l'« audicien », une profession réglementée

Un audioprothésiste - ou « audicien » en Belgique – vend des appareils auditifs mais fournit également une série de services. Il « *va évaluer la perte auditive du patient, régler et adapter l'appareil en fonction de ses besoins, ainsi qu'assurer le suivi et l'éducation prothétique du patient.* » (Observatoire, 2014). Les « audiciens » peuvent être conventionnés par l'INAMI, impliquant le respect de critères de qualité de services³³. Cet agrément n'est pas obligatoire, ce sont souvent les professionnels du privé qui ne sont pas conventionnés. Le fait d'acheter son appareil auditif chez un « audicien » conventionné donne droit à un remboursement plus élevé pour le patient. Le conventionnement implique une formation initiale de 3 ans et une formation continue de 30 jours par an. Cette formation continue a pour objectif de mettre à jour les connaissances et les compétences professionnelles de l'audioprothésiste dans un secteur où l'innovation technologique est importante. Les écoles ou les firmes d'appareils auditifs proposent régulièrement des formations aux « audiciens ». La participation à des congrès permet également de comptabiliser des jours de formation. Les salariés de l'hôpital Saint-Luc considèrent que la Belgique a un bon système de formation des audioprothésistes, excellent même du côté néerlandais. A Leuven notamment, les cours universitaires d'audiologie sont appréciés aux niveaux européen et international.

Les audioprothésistes belges peuvent exercer dans les secteurs privé ou public. D'après les professionnels du centre universitaire Saint-Luc interrogés, les « audiciens » travaillant dans le secteur privé peuvent privilégier leurs intérêts commerciaux sur les intérêts des usagers. Cela peut se traduire par un ajustement moins minutieux des appareils auditifs ou l'orientation vers un appareil d'une gamme supérieure à celui qui répondrait aux besoins de l'utilisateur. A l'inverse, les audioprothésistes salariés du public ne voient pas leur salaire fluctuer en fonction des ventes réalisées, ce qui peut garantir une meilleure adéquation des appareils auditifs aux besoins réels de la personne d'après la même source.

Les enjeux belges : le non-usage et le report de l'appareillage expliqués par des restes à charge dissuasifs

Certains aspects du système belge sont décriés, notamment par la Mutualité Chrétienne³⁴ qui considère que les coûts élevés des appareils auditifs sont devenus un problème majeur, avec des surcoûts atteignant entre 1 300€ et 3 000€ par patient en fonction du type d'appareil. De plus, d'après elle, l'opacité des prix et les disparités entre les provinces entravent l'accès aux soins auditifs. En effet, l'asymétrie d'informations entre le vendeur et l'utilisateur produit une situation d'aléa moral. D'une part, les « audiciens » ont une incitation financière à vendre des appareils auditifs à prix élevé car ils perçoivent un pourcentage sur le prix de l'appareil auditif ; d'autre part, les consommateurs ne peuvent pas évaluer eux-mêmes quel appareil correspond le plus à leurs besoins. Le choix de l'appareil est alors davantage lié à la capacité financière du patient qu'à ses besoins réels. Cela a pour conséquence d'accroître les dépenses globales, et dans certains cas inciter au report de l'appareillage. Pour résoudre ces problèmes, la mutuelle préconise la transparence des prix, la séparation des coûts entre l'appareil et les services de l'audioprothésiste, ainsi que des négociations de tarifs au niveau européen.

³³ Arrêté royal du 04 juillet 2004 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'audiologue et d'audicien.

³⁴ <https://www.mc.be/fr/professionnels/presse/appareils-auditifs>

Les médecins ORL et « audiciens » de l'université Saint-Luc interrogés constatent également un problème de non-recours ou de report d'appareillage lié aux prix élevés, et ce d'autant plus en période de crise économique ou de forte inflation. Les niveaux élevés des prix peuvent également inciter certains usagers à choisir des appareils d'entrée de gamme inadaptés à leurs besoins, pouvant entraîner des problèmes de non-usage. Les spécialistes de l'Université Saint-Luc recommandent donc aussi une régulation des prix au niveau européen. Néanmoins, le non-usage n'est pas toujours lié au mauvais choix de l'appareil, il peut aussi relever d'un suivi insuffisant. Nos interlocuteurs de l'hôpital Saint-Luc dénoncent le manque d'obligation légale concernant le suivi après-vente. Celui-ci peut être très inégal d'un « audicien » à l'autre, dépendant de sa conscience professionnelle. Une manière de sensibiliser sur l'importance du suivi serait alors d'instaurer une obligation de contact, c'est-à-dire imposer un contrôle annuel chez l'ORL ou l'« audicien ». Ils recommandent ainsi une standardisation du suivi.

Par ailleurs, pour résorber l'asymétrie d'information entre le vendeur et l'utilisateur d'appareil auditifs, Marie B. préconise d'améliorer l'information donnée au patient. Elle dénonce en particulier les publicités télévisuelles qui communiquent des informations erronées aux usagers, leur donnant de fausses espérances. Elle suggère que les professionnels de santé distribuent un fascicule informatif à leurs patients pour leur expliquer les différentes pertes d'audition, les produits existants et leurs contextes de prescription.

Enfin, nos interlocuteurs de l'hôpital Saint-Luc relèvent le manque d'enquêtes nationales sur la satisfaction des usagers d'appareils auditifs. Pour mesurer la satisfaction, ils suggèrent d'agrèger les données du *data-logging* au niveau national. Disponible sur la quasi-totalité des appareils, le *data-logging* permet d'enregistrer la durée individuelle d'utilisation des appareils auditifs ; il mesure une moyenne de port par jour sur une période donnée. Selon nos interlocuteurs, une durée d'utilisation de 10h par jour est synonyme d'une bonne adéquation de l'appareil. Un autre indicateur possible pour mesurer l'adéquation de l'appareillage est le taux de renouvellement des appareils. Une personne qui utilise ses appareils et les révisé régulièrement changera ses appareils tous les 5 ans (ce qui correspond à la durée légale pour obtenir un remboursement). Une personne qui n'est pas satisfaite de ses appareils ou ne les porte pas les changera moins fréquemment ; le taux de renouvellement peut donc être un indicateur indirect de la satisfaction. Certaines personnes peuvent être satisfaites de leurs appareils mais vont les renouveler moins souvent pour des raisons financières, elles vont par exemple attendre 7 ou 8 ans au lieu de 5 ans.

IV/ Aides visuelles

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'en Belgique 1 personne sur 1000 est aveugle et 1 personne sur 100 est malvoyante³⁵. 11,6 millions de personnes vivent en Belgique en 2023 ; parmi elles on estime qu'environ 127 600 sont malvoyantes ou aveugles. Pour gagner en autonomie, ces personnes peuvent recourir à des aides visuelles, tels que des lecteurs de livres Daisy, des plages braille et des télé-agrandisseurs³⁶.

³⁵ Une personne malvoyante présente un champ visuel limité à moins de 20 degrés ou une acuité visuelle inférieure ou égale à 3/10ème.

³⁶ Les termes belges pour « plage braille » et « télé-agrandisseur » sont respectivement « barrette braille » et « vidéo-loupe ».

Une offre pléthorique incitant les prix à la baisse

En Belgique, la fourniture des aides visuelles aux usagers s'effectue majoritairement via l'achat neuf sur le marché privé. Les usagers achètent leurs produits dans des magasins en ville ou sur internet, et peuvent bénéficier d'un remboursement de la région s'ils respectent les conditions d'éligibilité. L'offre est homogène et suffisante sur l'ensemble du territoire, chaque grande ville dispose de son point de vente excepté Bruxelles. Une multitude de fabricants belges et étrangers proposent en Belgique du matériel destiné aux mal ou non-voyants, offrant une abondance de choix aux usagers. Il y a peu de fabricants wallons et des firmes flamandes ont des succursales en Wallonie pour répondre à la demande wallonne. En effet, dans cette région plus des deux tiers des distributeurs sont flamands ou étrangers. Cette offre locale est complétée par la possibilité de recourir à l'achat en ligne tout en bénéficiant d'un remboursement pour les personnes éligibles, à condition que le matériel respecte la norme CE. Ainsi, sur le marché belge une concurrence en prix entre les distributeurs étrangers et les distributeurs locaux conduit à réduire les prix malgré l'absence de régulation par les pouvoirs publics. Néanmoins, l'achat de matériel en ligne pose certains problèmes : certaines aides visuelles sont de moins bonne qualité ou utilisent des normes de communication spécifiques qui les rendent inutilisables pour les usagers belges.

Le marché des produits destinés aux malvoyants ou non-voyants (ex : télé-agrandisseur, lecteurs de livres) est également en concurrence avec les produits de la grande distribution (ex : ordinateurs, tablettes, smartphones) qui disposent de logiciels d'inclusion intégrés, pour lesquels la marque Apple domine le marché. L'arrivée des produits de la grande distribution a fait disparaître un certain nombre de marchés, entraînant parfois une fracture numérique, notamment pour les personnes âgées. Néanmoins, ces produits ou les logiciels d'inclusion vendus séparément sont souvent moins chers que les aides visuelles traditionnelles, ce qui les rend plus accessibles pour les publics exclus du remboursement régional, en particulier les plus de 65 ans. Cela induit toutefois le risque que les régions décident d'abaisser le forfait de remboursement de certaines gammes d'aides visuelles, voire de le supprimer. Par exemple, d'après un interlocuteur de l'association CRETH, un télé-agrandisseur remboursé jusqu'à 6000€ pourrait être remplacé par un logiciel d'agrandissement remboursé jusqu'à 2000€ dans la nomenclature des aides remboursées.

Un financement régional des aides visuelles mais des critères de remboursement harmonisés

L'Assurance maladie n'offre pas d'aide au financement pour ces aides visuelles. Les mutuelles et les assurances privées n'interviennent pas non plus. Néanmoins l'utilisateur peut se tourner vers les aides régionales. Ce sont les Fonds régionaux (VAPH, Aviq et Phare) qui financent les aides visuelles selon une nomenclature qui définit un plafond de prise en charge financière pour chaque catégorie d'aides visuelles. Chaque région élaborant sa propre nomenclature, l'offre d'aides visuelles et les niveaux de remboursement diffèrent selon les régions. Toutefois, les fonds régionaux ont des critères de remboursement similaires³⁷. Les conditions médicales sont les suivantes :

³⁷ Arrêté 2020/1989 du Membre du Collège de la Commission communautaire française fixant la liste des modalités et des critères des interventions relatives aux aides à l'inclusion visées à la section 2 du chapitre III et à la section 8 du chapitre IV de l'arrêté du 7 mai 2015 relatif aux prestations individuelles et aux aides à l'emploi des personnes handicapées.

- Avoir moins de 65 ans ou être reconnu comme handicapé visuel avant 65 ans auprès de son agence régionale.
- Le demandeur doit présenter une altération grave de la vue malgré une correction optique au meilleur œil attestée par un ophtalmologue ou par un bilan fonctionnel stipulant que la personne présente une déficience visuelle rendant impossible l'écriture ou la lecture sans l'usage d'une aide visuelle.

Concernant les conditions administratives, la demande doit être accompagnée :

- D'un devis détaillé ;
- D'un justificatif précisant l'utilisation de la prestation demandée ;
- D'une attestation d'essai établie par un service spécialisé (pour une première demande).

Quelle que soit sa région de résidence, l'utilisateur peut acheter son aide visuelle dans le commerce de son choix, que ce soit en Belgique ou à l'étranger, en ligne ou en magasin. Tant que le prix ne dépasse pas le montant plafond, l'acheteur sera entièrement remboursé. Si le prix dépasse ce plafond, il devra payer la différence. La plupart des aides visuelles sur le marché sont intégralement financées par le forfait. Le tiers-payant est applicable pour l'achat d'aides visuelles en magasin. Un budget pour les réparations est prévu pour un certain nombre d'aides figurant sur la liste de référence.

Règles de cumul de matériels

Certaines aides similaires ne sont pas cumulables dans une demande de remboursement. Par exemple, dans le même laps de temps, un usager ne peut pas demander à la fois le remboursement d'un téléphone portable et d'une tablette (ou un ordinateur portable). Il doit alors choisir entre ces deux aides et éventuellement attendre le délai de renouvellement pour demander la deuxième aide. Cela signifie qu'à chaque nouvelle demande d'aide, il faut vérifier que le matériel voulu n'est pas incompatible avec les aides qui ont déjà été indemnisées. Selon une enquête de l'association Eqla, cela peut être problématique car cela nécessite d'anticiper les besoins de l'utilisateur sur le long terme. Une personne peut avoir plus besoin d'un téléphone portable qu'un ordinateur portable aujourd'hui mais l'ordinateur pourra s'avérer indispensable dans quelques années et ce, avant la fin du délai de renouvellement (à l'occasion d'éventuelles études supérieures par exemple).

Le remboursement des achats en ligne

Quelle que soit la région, l'utilisateur a la possibilité d'être remboursé en achetant son aide visuelle sur internet, à condition que le matériel dispose du marquage CE. Les personnes interrogées au cours de notre étude relèvent certains avantages et inconvénients de l'achat en ligne. Nos interlocuteurs de la VAPH soulignent l'offre augmentée pour l'acquéreur et ceux de la Ligue Braille observent que les prix sont moins chers en France qu'en Belgique, ce qui facilite l'accès aux aides visuelles. Cependant, nos interlocuteurs du CRETH -une association belge en charge des personnes ayant des déficiences visuelles- et de la Ligue Braille pointent qu'il demeure une incertitude sur les caractéristiques et la qualité du produit ainsi que sur la qualité du service après-vente, tandis qu'ils considèrent que le service après-vente des entreprises belges est de bonne qualité. D'après les enquêtés de la VAPH, l'achat en ligne est peu fréquent, en particulier chez les personnes âgées qui maîtrisent souvent moins bien l'outil numérique.

Critères pour l'admission d'un produit sur la liste des aides visuelles remboursées

D'après nos enquêtés de la VAPH, pour admettre un nouveau produit sur la liste des produits remboursés, un groupe de discussion vérifie qu'il remplit différents critères d'efficacité, notamment :

- Un critère de nécessité de l'appareil,
- Un critère de fréquence d'utilisation,
- Un critère de bon fonctionnement,
- Un critère d'utilité pour l'utilisateur.

Il vérifie également que l'intégration du nouveau produit soit cohérente avec les autres produits déjà présents sur la liste, et que le budget prévisionnel associé au remboursement du dispositif soit compatible avec le respect de l'enveloppe globale de financement. L'agence régionale doit parfois choisir entre deux produits et garde celui qui paraît le plus utile. La décision repose donc aussi sur des considérations de coûts. Une agence de contrôle financier au sein du gouvernement flamand vérifie également l'impact budgétaire de la proposition de la VAPH. Certaines aides visuelles sont refusées pour des questions budgétaires, ou bien leur intégration dans la nomenclature est reportée à plus tard. D'après la VAPH, les autres régions adoptent une procédure semblable.

Des prix Belges des aides visuelles peu différenciés de ceux qui sont pratiqués au niveau international

Pour déterminer le plafond de remboursement d'une aide visuelle, la VAPH organise un groupe de réflexion avec des experts sur les aides visuelles, tels que des entreprises, des personnes déficientes visuelles et des associations. Pour chaque aide visuelle, des critères de qualité sont retenus afin de trouver le modèle le plus efficient du marché, c'est-à-dire le modèle qui est à la fois le moins cher et qui remplit tous les critères jugés les plus pertinents (par exemple un lecteur de livres avec des boutons contrastés, une fonctionnalité en ligne, etc.). Le plafond de remboursement est fixé à la hauteur du prix de ce modèle. D'après la VAPH, cette procédure est similaire dans les autres régions.

Ces plafonds de remboursement sont révisés régulièrement. Ils s'adaptent aux prix pratiqués sur le marché belge et sont revus à la hausse en cas d'inflation. Ils s'adaptent également aux avancées technologiques. Par exemple, d'après un interlocuteur de la VAPH, quelques années auparavant, le lecteur de livres en ligne est venu progressivement remplacer le lecteur de livres avec CD auprès des usagers, excepté pour les personnes âgées. Le montant de remboursement est alors passé d'environ 300€ à 450€ pour laisser aux intéressés la possibilité d'avoir un lecteur de livres en ligne affiché à un tarif plus élevé.

D'après nos enquêtés de la VAPH et du CRETH, les prix des aides visuelles ne sont pas régulés mais les distributeurs peuvent quelque fois être incités à suivre le plafond de remboursement, notamment en augmentant leurs prix si le plafond est élevé. Certaines marques sont effectivement moitié moins chères au Canada par exemple. D'après un enquêté de la Ligue Braille, la fixation du plafond de remboursement est un équilibre difficile à trouver de façon à concilier les attentes des fournisseurs commerciaux qui veulent augmenter leur marge et celles des Fonds régionaux qui cherchent à limiter leurs prix de façon à éviter que les montants continuent à augmenter.

La VAPH regarde ponctuellement les prix pratiqués à l'étranger pour notamment vérifier s'il demeure d'importantes différences de prix ; si tel est le cas, elle cherche à comprendre les raisons et examine si

les prix pourraient être revus à la hausse ou à la baisse (en adaptant le plafond de remboursement). La plupart du temps, les prix sont similaires dans les pays voisins. Étant donné qu'il y a peu de fabricants d'aides visuelles en Belgique, le pays dépend des prix du marché international. D'après nos enquêtes, les effets des plafonds de remboursement de la nomenclature sont moins décisifs sur les prix des aides visuelles que pour d'autres aides techniques. Les prix des aides visuelles semblent peu varier dans les pays européens, ce qui laisse penser que les producteurs adaptent moins souvent leurs prix aux différents niveaux de plafonds de remboursement qui ont cours dans les différents pays. Cette pratique contraste avec celle qui peut être observée sur les appareils auditifs, par exemple plus chers en Belgique qu'en France car mieux remboursés, ce qui peut laisser supposer que le niveau du remboursement peut avoir un impact sur la fixation des prix. Pour un même produit, le prix varie peu entre les distributeurs en Belgique.

Des niveaux de remboursement différenciés selon les régions mais aboutissant à un reste-à-charge national bas

Chaque région élaborant sa propre liste des aides visuelles remboursées, on observe des différences dans les produits figurants sur la liste et les remboursements associés. Néanmoins, les restes-à-charge sont limités et similaires entre régions.

Comparaison des plafonds de remboursement régionaux : des différences mineures

Les plafonds de remboursement des aides visuelles en Wallonie et en région bruxelloise sont très proches. En effet, d'après l'Aviq, ces deux régions qui partagent la même langue communiquent et s'observent à chaque évolution. A l'inverse, elles agissent indépendamment de la Flandre. Les forfaits de remboursement proposés en Flandre pour les lecteurs de livres et pour les plages Braille sont plus élevés que ceux qui existent en région wallonne et bruxelloise, alors que le remboursement maximal pour un télé-agrandisseur est significativement plus élevé dans ces régions qu'en Flandre (7000€ versus 3650€) (cf. tableau ci-dessous). On remarque que pour les lecteurs de livres et les plages braille, les écarts de plafonds de remboursements sont limités. Nos interlocuteurs de l'Aviq considèrent en effet que les différences de remboursement entre régions ne sont pas substantielles.

Tableau 8 : Plafonds de remboursement régionaux selon la dernière réglementation en vigueur

	Flandre (VAPH) (TVA incluse)	Wallonie (AVIQ) (Prix + TVA)	Bruxelles-capitale (PHARE) (Prix + TVA)
Lecteur de livres (Daisy)	450 €	303 € (321,1) 348 € (368,88) (avec dictaphone)	300 € (318) 350 € (371) (avec dictaphone)
Plage braille³⁸	6.349,40 € (40 à 79 cellules)	5.849 € (6.199,94) (40 caractères)	5.900 € (6.254) (40 ou 44 cellules)

³⁸ Le terme belge est barrette braille.

Télé-agrandisseur³⁹ Modèle 18-24 pouces ⁴⁰ Modèle >24 pouces	3.500 € 3.650 €	De 907€ à 6.604€ (961,42 à 7.000,24) selon les fonctionnalités (connectivité, mobilité)	De 650€ à 6.450€ (689 à 6.837) selon les fonctionnalités (caméra, narrateur, mobilité)
---	--------------------	---	--

Sources : *Refertelijst*, « Liste de référence » consulté en 2023 (VAPH)⁴¹ ; 11 juin 2015. Arrêté du Gouvernement wallon modifiant certaines dispositions du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé, relatif à l'aide individuelle à l'intégration⁴², Liste des aides à l'inclusion 2021 (Phare)⁴³.

Des restes-à-charge limités pour les usagers quelle que soit la région

Quelle que soit la région, nos interlocuteurs (VAPH, Aviq, Ligue Braille) avancent que la quasi-totalité des demandes sont entièrement remboursées. D'après eux, la plupart des usagers choisiraient une aide visuelle en-dessous ou au niveau du plafond, ce qui serait suffisant pour avoir une aide technique adaptée et de bonne qualité. Ce constat de bonne qualité des aides mises à disposition n'est pas seulement porté par les financeurs publics mais aussi par les associations rencontrées (EQLA, Ligue Braille). Comme nous l'avons vu plus haut, ces restes-à-charge bas s'expliquent par la procédure de fixation des plafonds de remboursement, qui sont fixés à la hauteur du produit le plus efficient.

D'autres sources de financement exceptionnels existent pour répondre à des besoins spécifiques ou aux besoins des publics exclus du remboursement régional

Les fonds régionaux proposent une procédure de remboursement dérogatoire

D'après nos interlocuteurs de la VAPH, l'agence flamande peut, de manière exceptionnelle, rembourser intégralement des aides visuelles qui dépassent le plafond de remboursement. Néanmoins, la demande doit être rigoureusement justifiée et sera traitée avec des délais supplémentaires. De même, d'après nos interlocuteurs de l'Aviq, l'agence wallonne peut rembourser du matériel de manière dérogatoire, ce qu'elle appelle des « *prestations non prévues* ». Certaines demandes particulières peuvent être exceptionnellement indemnisées, même si tous les critères de remboursement ne sont pas respectés ou que le matériel demandé n'est pas présent sur la nomenclature (comme pour un logiciel récent par exemple). Cela exige également un délai supplémentaire, parfois plus d'un an selon notre interlocutrice d'Eqla (association pour les déficients visuels). Cette dernière a très rarement recours à cette possibilité et considère les critères de l'Aviq comme étant rigides.

Des aides financières proposées par les associations pour les publics exclus des fonds régionaux

De façon exceptionnelle, certaines associations spécialisées dans le handicap visuel peuvent financer intégralement ou partiellement des aides visuelles pour les personnes qui n'entrent pas dans les

³⁹ Le terme belge est vidéo-loupe.

⁴⁰ 45,72cm à 60,96cm.

⁴¹ <https://www.hulpmiddeleninfo.be/refertelijst/RefLijst.jsp>

⁴² https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-du-gouvernement-wallon-du-11-juin-2015_n2015202885.html

⁴³ <https://phare.irisnet.be/aides-%C3%A0-l-inclusion/aides-individuelles/les-aides-individuelles-%C3%A0-l-int%C3%A9gration/>

conditions d'éligibilité des fonds régionaux. C'est notamment le cas de la Ligue Braille qui propose des aides financières exceptionnelles aux personnes de plus de 65 ans qui se trouvent dans une situation financière compliquée et qui ont besoin d'une aide technique. Cependant, la Ligue Braille est contrainte de mener une enquête sociale pour sélectionner les personnes les plus précaires car elle n'a pas les moyens de le faire pour toutes les personnes exclues de l'aide régionale. L'association finance par exemple des lecteurs de livres Daisy en s'alignant sur le montant de remboursement régional. Elle redirige les personnes qu'elle ne peut pas financer vers un centre public d'action sociale ou une mutuelle (les mutuelles disposent de fonds sociaux).

De plus, la Ligue Braille a récemment mis en place un fond spécial pour financer du matériel numérique, appelé Fond Zoé, afin de lutter contre la fracture numérique qui touche en particulier les personnes de plus de 65 ans. L'association a pour ambition d'ouvrir ce fond à toutes les personnes qui n'entrent pas dans les critères d'éligibilité des fonds régionaux, notamment les critères de résidence et de nationalité. Grâce à ce fond, toute personne, après un échange avec un conseiller en aides techniques, peut se voir octroyer un remboursement de 300 à 400€, plafonné à 50% du montant du matériel souhaité, pour l'achat de son matériel numérique (par exemple un smartphone ou une tablette numérique).

Par ailleurs, les personnes éligibles au remboursement régional peuvent également bénéficier d'une aide financière. En l'absence de tiers-payant, la majorité des associations spécialisées dans le handicap visuel prêtent de l'argent lors de l'achat d'une aide technique. Elles avancent les frais et attendent le remboursement du fond régional. Plus rarement, certaines associations proposent également de payer le supplément à charge de l'acheteur.

Un parcours de soins standardisé

Concernant le parcours de soin (schémas 3 et 4), le patient peut d'abord consulter un ophtalmologiste ou un autre professionnel de santé, sans que cela ne constitue une obligation.

Pour la partie néerlandophone, il peut directement consulter une « *multidisciplinair team* » (équipe pluridisciplinaire) présente dans un centre de basse vision⁴⁴ ou dans sa caisse d'assurance maladie locale ou une autre organisation. Si celle-ci n'est pas spécialisée dans le handicap visuel, elle peut collaborer avec une association spécialisée.

Pour la partie francophone, le patient peut se rendre dans un centre de basse vision ou dans une association agréée et subventionnée par l'Aviq (pour la Wallonie) ou le Phare (pour la région de Bruxelles). Le choix entre le centre de rééducation fonctionnelle et l'association dépend des besoins du patient. Dans le premier cas, un projet d'autonomie spécifique est établi sur 3 ans avec 3 objectifs et un nombre d'heures de prestations prévues. A l'inverse, dans le second cas, le projet d'autonomie est à définir au fur et à mesure, sans cadre préalable.

Quelle que soit la structure de prise en charge, les besoins du patient sont évalués par une équipe pluridisciplinaire spécialisée et une aide visuelle lui est prescrite. Un rapport consultatif est rédigé pour

⁴⁴ Un centre de vision est un centre de soins spécialisés dans la vision. D'autres noms sont utilisés en Belgique : centre de réadaptation fonctionnelle, centre de rééducation fonctionnelle ou encore centre de revalidation fonctionnelle (terme désuet). La réadaptation fonctionnelle est financée par l'Inami.

le Fond régional. En centre de basse vision, l'accompagnement est prévu dans le cadre d'une réadaptation fonctionnelle et peut s'effectuer en collaboration avec une association pour les personnes déficientes visuelles.

Une fois l'aide visuelle choisie, le dossier concernant la demande de financement est envoyé par le patient (avec l'aide de l'association ou du centre) au Fond régional (Aviq, Phare ou VAPH), réparti en plusieurs bureaux régionaux sur le territoire, qui évalue la demande et donne son accord.

Une fois l'accord obtenu, l'utilisateur dispose de 2 ans pour acheter son aide visuelle dans le magasin de son choix, y compris en ligne. Il peut bénéficier du tiers-payant dans certains magasins mais la location n'existe pas.

Schéma 3 : Parcours de soins des usagers d'aides visuelles pour la région wallonne et bruxelloise francophone

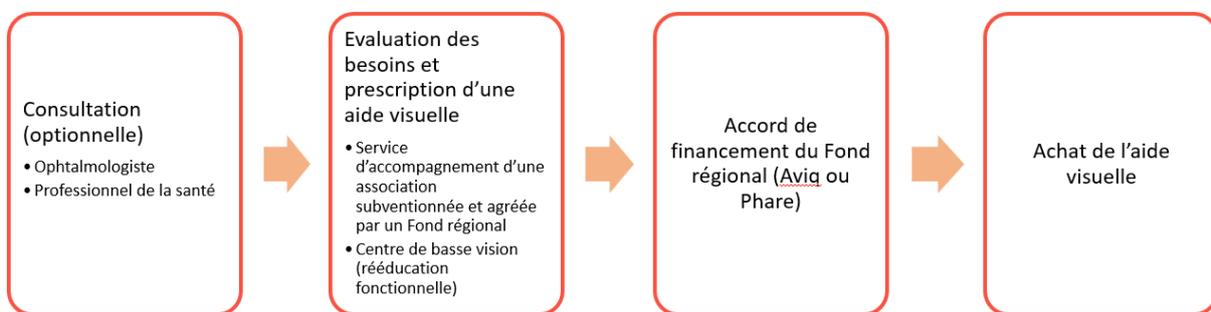
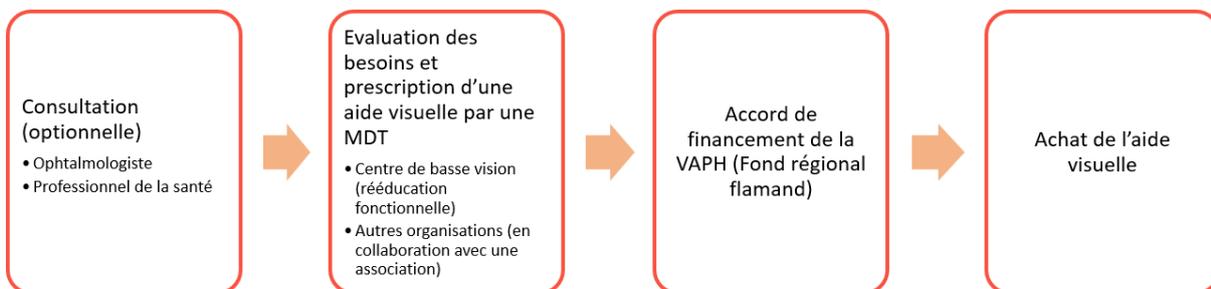


Schéma 4 : Parcours de soins des usagers d'aides visuelles pour la région flamande et bruxelloise néerlandophone



MDT = service aidant les personnes ayant un handicap à demander une aide à la VAPH, présent dans des organisations plus larges.

Définition MDT (multidisciplinair team) : équipe pluridisciplinaire⁴⁵

Une MDT ou une équipe pluridisciplinaire est un service reconnu par la VAPH qui aide les personnes ayant un handicap à obtenir des aides financières de la VAPH mais aussi à choisir du matériel et des adaptations. Chaque équipe a sa propre spécialisation ; elle peut viser un public majeur et/ou mineur, s'orienter vers un handicap spécifique ou proposer un service d'aide spécifique. Une personne handicapée peut choisir sa propre équipe.

⁴⁵ <https://www.vaph.be/organisaties/mdt>

Une équipe est composée d'au moins un médecin, une personne disposant d'une maîtrise en psychologie ou en sciences pédagogiques, une personne disposant d'une licence en travail social ou en soins infirmiers sociaux.

Les équipes pluridisciplinaires ne sont pas des organismes autonomes, mais font partie d'une organisation plus large. Ex : un centre de réhabilitation, un centre de soins spécialisé, un service d'assistance sociale de la caisse d'assurance maladie.

Un accompagnement au choix de l'aide visuelle jugé satisfaisant

Un accès à l'information des usagers non standardisé : différentes voies d'accès aux associations

Dans le système francophone, les personnes déficientes visuelles en perte d'autonomie peuvent rencontrer des difficultés à comprendre le parcours d'accès pour l'obtention d'une aide visuelle remboursée. Le médecin traitant ou l'ophtalmologiste ne les informe pas systématiquement de l'accompagnement proposé par les associations. D'après nos interlocuteurs du CRETH et d'Eqla, trois voies d'accès sont principalement empruntées par les personnes en demande d'un accompagnement. Certaines personnes s'adressent directement à l'Aviq pour demander le remboursement d'une aide visuelle qu'elles jugent pertinente mais sont ensuite redirigées vers une association avec un service d'accompagnement agréé. Un autre mode d'accès est la recommandation de l'association par un professionnel de la santé, faisant souvent partie des services de soins de santé de première ligne qui interviennent à domicile, tels qu'une infirmière ou une coordinatrice de soins. L'association peut être également recommandée par une autre association car le panorama des associations est large et chacune a sa spécialité ou répond aux besoins d'un public en particulier. Enfin, la dernière voie majoritairement empruntée, ce sont les personnes qui viennent d'elles-mêmes après avoir entrepris des recherches, et qui ont pris connaissance de l'association grâce à son site internet ou à ses réseaux sociaux.

D'autres raisons que le choix d'une aide visuelle peuvent inciter les personnes déficientes visuelles à contacter les associations, notamment les autres services qu'elles proposent tels que l'information sur les droits, les activités de loisirs, l'aide à l'insertion professionnelle, le service social, etc.

L'accompagnement au choix de l'aide visuelle par les associations francophones : une expertise se voulant neutre et adaptée au plus près des besoins des usagers

Certaines associations, comme le CRETH (association sans but lucratif [asbl] wallonne spécialisée dans les nouvelles technologies), l'EQLA (active en région wallonne et bruxelloise) ou la Ligue Braille (active sur tout le territoire belge) -que nous avons toutes trois interrogées-, disposent en interne d'un service conseil agréé et subventionné par un Fond régional pour accompagner les personnes déficientes visuelles dans le choix d'une aide technique. Les autres services qu'elles proposent sont financés sur fonds propres -certaines vivent uniquement des dons et legs, d'autres reçoivent également des subventions fédérales. Cet accompagnement est fourni gratuitement par les associations. Après le

premier contact, un ergothérapeute ou un orthophoniste prend en charge le dossier de la personne. Par la suite, un échange avec le conseiller en aides techniques va permettre d'évaluer les besoins du bénéficiaire et de montrer et tester différents modèles d'aides techniques. Ces associations possèdent en effet des locaux remplis de matériels souvent prêtés par les fabricants permettant d'effectuer des démonstrations. Certaines associations comme l'EQLA se rendent également à domicile pour mieux appréhender l'environnement de vie de la personne. Le matériel est choisi de manière concertée entre le demandeur et le conseiller. Le matériel choisi peut être prêté au domicile du demandeur ou à son lieu de travail pour veiller à ce qu'il corresponde aussi bien à son handicap visuel qu'à la disposition du lieu d'usage. Après la période de test, l'utilisateur peut décider d'acheter ce modèle en faisant au préalable une demande de remboursement au Fond régional -contenant le rapport écrit par l'association- ou tester un autre matériel jusqu'à trouver celui qui lui convient le mieux.

D'après les associations interrogées, l'accompagnement qu'elles proposent permet de répondre au mieux aux besoins des bénéficiaires. Elles mettent notamment en avant leur expertise et leur neutralité dans les conseils fournis. En effet, le demandeur est conseillé par des professionnels experts dans le domaine du handicap et des aides techniques et qui entretiennent un très bon niveau de connaissance des dernières technologies disponibles grâce à la veille technologique qui est pratiquée par certaines associations (le CRETH notamment). Financées par la région, les associations ne sont pas motivées par un intérêt commercial et ne vont donc pas orienter leurs bénéficiaires vers une marque spécifique ou un modèle plus cher que celui qui semble le plus adapté. Concernant par exemple le matériel en démonstration, notre interlocutrice de l'Eqla affirme collaborer avec toutes les firmes pour obtenir ce matériel en prêt. Ainsi, entre deux modèles de marques différentes, la personne déficiente visuelle est libre de choisir le plus adéquat. Les aides techniques présentées sont sélectionnées pour leur qualité mais aussi pour la garantie proposée par le fournisseur et la possibilité pour l'association d'assurer un suivi. Par ailleurs, les associations mettent également l'accent sur la possibilité de tester le matériel désiré en situation réelle sans période limitée, permettant d'effectuer un choix optimal.

D'après nos interlocuteurs, aucune enquête de satisfaction sur les aides visuelles n'est menée en Belgique. Il leur apparaît difficile d'évaluer la satisfaction des usagers d'aides visuelles car même si le matériel acheté n'est pas complètement adapté aux besoins de l'utilisateur, tant qu'il améliore un peu son autonomie, l'utilisateur aura tendance à se déclarer satisfait.

Certaines associations telles que la Ligue Braille fournissent le même service d'accompagnement aux personnes de plus de 65 ans qui ne sont pas éligibles au financement régional. Elles sont alors suivies sur les fonds propres des associations et ne sont pas déclarées au Fond régional.

Du côté néerlandophone, un accompagnement de qualité similaire grâce aux MDT (équipes pluridisciplinaires)

D'après nos interlocuteurs de la VAPH, l'accompagnement est similaire dans les régions francophones et néerlandophone. Les MDT disposent également d'un personnel qualifié pour conseiller et guider les demandeurs vers l'aide technique la plus adéquate. Le choix du matériel est réalisé en concertation avec l'utilisateur, avec test du matériel et sans influence commerciale. Certaines MDT non spécialisées dans le handicap visuel collaborent avec des associations spécialisées qui assurent le service de conseil ; les deux principales en Flandre sont la Ligue Braille et *Blindenzorg Licht en Liefde*. Cependant, selon nos interlocuteurs de la VAPH, certaines MDT non spécialisées dans le handicap visuel ne

redirigent pas vers un service spécialisé, ce qui est dommageable pour la personne déficiente visuelle car son accompagnement risque d'être de moins bonne qualité.

Une grande variabilité des délais d'attente

D'après les personnes que nous avons interrogées, le délai d'attente entre la demande d'aide visuelle (premier contact avec le service conseil) et la délivrance du matériel est variable. Ce délai d'attente dépend de la liste d'attente pour obtenir un premier rendez-vous et du temps d'analyse de la demande par le Fond régional. Plus la demande est complexe, plus elle s'accompagne d'un temps de traitement allongé. L'association EQLA estime que ce délai d'attente dure entre 2 et 3 mois si la procédure est standard, c'est-à-dire que la demande respecte toutes les conditions requises pour un remboursement et que le matériel est facile à obtenir. Notre interlocutrice de l'EQLA juge ce délai acceptable. Si la demande concerne un cas particulier, notamment du matériel ne faisant pas partie de la liste des aides remboursées, alors le temps d'attente pour l'obtention d'un accord sera prolongé et l'utilisateur devra attendre un an en moyenne. Selon notre interlocuteur de la Ligue Braille, le temps d'attente pour une demande standard peut varier d'un mois à 4-5 mois. Selon lui, le délai fluctue en fonction du bureau régional qui gère la demande de remboursement. Si le bureau est saturé de demandes ou que la personne responsable est absente, il peut y avoir un délai supplémentaire de plusieurs mois. Si la demande de matériel est refusée et que le demandeur fait un recours, la demande est alors traitée par un service spécial, ce qui prolonge considérablement le temps d'attente. L'utilisateur pourra attendre un an, un an et demi avant de pouvoir acheter son matériel. Ce délai est considéré comme démesuré pour notre interlocuteur de la Ligue Braille. Un délai d'un mois lui semble acceptable.

Du côté flamand, la VAPH estime que si la demande est claire et correspond aux conditions de remboursement, elle sera généralement traitée en un mois par la VAPH, parfois deux. Dans 40% des cas, elle peut même être acceptée en moins d'une semaine. Il faut ajouter à ce délai le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous dans une MDT, que nos interlocuteurs de la VAPH ne connaissent pas.

Un suivi après achat de l'aide visuelle principalement assuré par les associations pour les personnes déficientes visuelles

Un service après-vente est assuré par les fabricants d'aides visuelles en Belgique, néanmoins d'après nos interlocuteurs, ce service est parfois insuffisant pour que l'utilisateur sache utiliser correctement son matériel. Leur rôle consiste à installer le matériel à domicile, expliquer brièvement son fonctionnement et assurer la maintenance. L'entreprise ne vient qu'une fois à domicile et reste un temps limité avec l'utilisateur alors qu'il est parfois nécessaire de revenir plusieurs fois pour que ce dernier se familiarise avec son aide technique. C'est pourquoi les associations proposent des formations. L'EQLA dispose d'une équipe d'ergothérapeutes qui se rendent au domicile des usagers afin de leur apprendre à utiliser le matériel. L'association a également des formateurs spécialisés dans les nouvelles technologies, qui ont souvent eux-mêmes une déficience visuelle. Ils peuvent venir plusieurs fois à domicile et rester le temps nécessaire à l'apprentissage du matériel ou du logiciel. Ce service est subventionné par la région et fourni gratuitement aux bénéficiaires, qui ne paient que leur affiliation à l'association. La Ligue Braille propose également un service de formation aux aides visuelles, que ce

soit des aides au déplacement, à l'écriture ou des nouvelles technologies (smartphones, tablettes numériques par exemple).

Concernant la Flandre, nos enquêtés de la VAPH constatent que les usagers sont demandeurs de formations, notamment pour apprendre à utiliser des plages braille et des télé-agrandisseurs, mais la VAPH ne finance pas de formation pour ce type d'aides en raison des contraintes budgétaires. Comme pour les autres régions, certaines associations compensent ce manque en proposant des formations aux aides visuelles.

Le prêt d'aides visuelles par les associations : une solution adaptée à certains publics

Certaines associations pour les personnes déficientes visuelles, telles que l'EQLA ou la Ligue Braille, prêtent du matériel aux affiliés. Ce matériel provient principalement des dons des adhérents. L'association récupère les aides visuelles qui ne sont plus utilisées pour les prêter à des personnes qui ne sont pas (ou pas encore) éligibles à une aide technique remboursée. Dans son stock de matériel dédié au prêt, l'EQLA possède en particulier des télé-agrandisseurs, des loupes électroniques portables, des téléphones et des lecteurs de livres Daisy. Par ailleurs, l'EQLA a récemment obtenu un accord pour un appel à projet concernant le prêt de lecteurs de livres Daisy destinés aux personnes de plus de 65 ans qui n'ont pas la possibilité d'être indemnisées. Le projet concerne l'achat d'une vingtaine de lecteurs Daisy qui vont être disponibles au prêt. Notre interlocutrice de l'EQLA admet cependant que cette quantité est insuffisante au regard du nombre d'intéressés potentiels.

Le CRETH a récemment lancé un projet en collaboration avec l'AVIQ qui vise à prêter du matériel aux personnes qui sont atteintes d'une maladie neurodégénérative. Ce projet a pour objectif de répondre au besoin de ces usagers d'acquérir une aide visuelle et d'en changer très rapidement. En effet, le temps d'attente pour acquérir une aide visuelle via l'achat constitue une limite du système actuel. Le délai entre l'envoi de la demande de remboursement et l'acceptation de l'Aviq se situe entre 4 jours et 2 ans. Le temps que la décision soit prise, les besoins des patients peuvent avoir évolué, notamment pour ceux qui sont atteints de pathologies évolutives. De même, durant ce laps de temps, la technologie peut ne plus exister ou avoir évolué. Le prêt permet alors de diminuer le temps d'attente pour l'obtention du matériel et de le recycler. De plus, il permet de compenser le risque d'erreur dans le choix du matériel. En cas d'hésitation entre deux aides visuelles, par exemple deux types de plages braille, l'utilisateur peut tester les deux alternativement et choisir ensuite celle qui lui convient le mieux. Ce projet est considéré comme une réussite par nos interlocuteurs du CRETH et de l'AVIQ, les usagers concernés étant satisfaits du matériel d'occasion. En cas de panne, l'association dispose d'un informaticien et d'ergothérapeutes qui peuvent réparer rapidement le matériel de haute technologie. Chaque année, l'AVIQ fournit au CRETH une enveloppe de 150 000 € pour acheter du matériel destiné au prêt, ce qui permet d'enrichir le stock et répondre à la demande d'autant plus rapidement. Ce système de prêt demande à l'association des moyens supplémentaires mais représente un « modèle d'avenir » pour nos interlocuteurs du CRETH. Ils souhaitent convaincre les pouvoirs publics d'élargir ce projet à d'autres types de pathologie que la maladie neurodégénérative rapide. L'EQLA et la Ligue Braille défendent eux-aussi le recours à la location ou au prêt pour les mêmes raisons qu'évoquées par le CRETH. Nos interlocuteurs de l'AVIQ y sont favorables mais relèvent une limite de la location : l'innovation est très rapide pour le secteur des aides visuelles, ce qui rend le matériel rapidement obsolète.

Les enjeux autour du remboursement des aides visuelles

Les financements régionaux sont considérés comme généreux par l'ensemble de nos interlocuteurs (Aviq, VAPH, CRETH, EQLA, Ligue Braille). Néanmoins, ils déplorent toutes certaines limites du système, en particulier la limite d'âge à 65 ans pour bénéficier d'un remboursement et les règles de non-cumul de certains matériels pour bénéficier d'un remboursement. Ils soulèvent également les inégalités inter- et intrarégionales de remboursement ainsi que l'obsolescence de la liste des aides remboursées.

Les inégalités inter- et intrarégionales de remboursement

D'après un enquête de la Ligue Braille, il existe des inégalités entre régions dans la prise en charge de certaines aides visuelles. Par exemple, pendant un temps les smartphones étaient remboursés en Wallonie et en région bruxelloise mais pas en Flandre. Contrairement aux autres régions, la Flandre considérait alors que l'achat d'un smartphone ne représentait pas un surcoût pour une personne en situation de handicap par rapport à une personne valide puisque le besoin d'un téléphone est universel et les accessibilités sont souvent incluses. Aujourd'hui, la Flandre ne propose pas un financement total des appareils électroniques de grande distribution mais plutôt un financement en termes de surcoût par rapport à un matériel existant qui ne répondrait pas complètement aux besoins de la personne. Elle finance par exemple le coût supplémentaire que représente un ordinateur un peu plus puissant que l'ordinateur d'entrée de gamme, pour permettre l'installation d'un logiciel. On observe ainsi qu'il peut y avoir différentes logiques d'appréhension du handicap selon la région, et donc différents niveaux de prise en charge.

De même, la plupart des appareils numériques ne sont pas financés de la même manière par les Fonds régionaux. Par exemple, Bruxelles prend en charge une partie du coût d'un ordinateur quel que soit l'âge du bénéficiaire tandis que la Wallonie conditionne son financement aux étudiants de moins de 25 ans. La Wallonie n'intervient pas financièrement pour les tablettes numériques contrairement à Bruxelles, et ces deux régions ont des niveaux de prise en charge différents pour les téléphones. Ces différences de remboursement entre Fonds régionaux peuvent conduire à des comportements stratégiques d'après notre interlocuteur de la Ligue Braille. Les personnes bruxelloises accompagnées au sein de la Ligue Braille vont être dirigées vers la VAPH (Fond flamand) ou le PHARE (Fond bruxellois francophone) selon leur handicap et leurs besoins en aides matérielles. Le Fond le plus avantageux en termes de remboursement sera conseillé à la personne déficiente visuelle.

D'après nos interlocuteurs d'EQLA et de la Ligue Braille, des inégalités subsistent également au sein même d'une région. En Wallonie, la loi n'est pas appliquée de la même manière selon le bureau régional. Les bureaux ne vont par exemple pas accepter de rembourser les mises à jour d'un logiciel d'agrandissement selon les mêmes conditions. Certains vont financer une mise à jour annuelle, d'autres seulement après 5 ans d'utilisation. En effet, pour qu'une mise à jour soit remboursée, il faut démontrer à l'AVIQ qu'elle est « indispensable ». Cette notion étant subjective, l'acceptation de la demande est incertaine. Selon nos interlocuteurs, le manque de clarté législative concernant les modalités de remboursement des aides visuelles conduit à des différences d'interprétation et donc une variabilité des restes-à-charge entre des usagers ayant les mêmes besoins. Ils préconisent

d'uniformiser la législation. Ce problème n'existe pas dans la région Bruxelles-capitale car le Phare ne dispose que d'une seule cellule Aides matérielles.

Notre interlocutrice de l'EQLA souligne également les différents délais d'attente au sein d'une même région. En effet, le temps d'attente diffère selon les bureaux régionaux, dû en partie à des difficultés à recruter du personnel médical en Belgique. Certains bureaux n'ont pas de médecin-conseil pour traiter les demandes de remboursement et doivent alors faire appel à un médecin d'une autre province, ce qui peut ralentir les procédures de plusieurs mois.

La problématique du remboursement des innovations technologiques, en particulier les appareils électroniques de grande distribution

L'arrêté des aides matérielles actuel de l'AVIQ, qui liste les produits éligibles au remboursement, date de 2014 et ne comprend donc pas les innovations technologiques les plus récentes. Le CRETH fait du lobbying auprès de l'AVIQ pour promouvoir certaines solutions afin qu'elles soient intégrées dans la liste des aides remboursées. Il promeut notamment les appareils de la grande distribution qui comportent des technologies embarquées pouvant remplacer plusieurs aides visuelles, ce qui reviendrait *in fine* moins cher au financeur public. De plus, ces appareils sont plus faciles à dépanner puisqu'utilisés par un grand nombre de personnes. La grande distribution permet ainsi l'immédiateté de la mise à disposition de l'aide et de la maintenance. L'AVIQ est réticente à rembourser certains appareils électroniques par craintes de potentiels abus mais rembourse toutefois des logiciels hors nomenclature qui permettent de remplacer des aides visuelles qui sont peu utilisées (ex : télé-agrandisseurs, lecteurs de livres). Elle a également développé le CICAT (Coordination de l'Information et des Conseils en Aides Techniques) dont l'objectif est de rendre des avis sur l'indemnisation de technologies innovantes. Le CICAT définit la politique de l'Aviq concernant le remboursement des nouvelles aides matérielles.

La même problématique se retrouve en Flandre où l'évolution de la nomenclature des produits remboursés est considérée par nos interlocuteurs de la VAPH comme trop lente par rapport au progrès technique. Le processus de concertation conduisant à l'intégration d'une nouvelle aide visuelle dans la nomenclature ne permet pas de suivre l'évolution du marché des aides visuelles en constante progression.

Face à cette limite du système, un interlocuteur du CRETH défend le remboursement de fonctionnalités (se déplacer, lire, écrire) plutôt que de matériels. Décorrélérer le financement à un matériel spécifique permettrait de suivre l'innovation technologique.

2. La Suède

/ Fonctionnement général et évolutions récentes du système de prise en charge des aides techniques

A) Etat des lieux

En 2004 s'est opérée une décentralisation du système de prise en charge médico-sociale, qui revient aux comtés et municipalités. La Suède comporte 21 comtés et 290 municipalités, ayant des rôles différents :

- Les comtés mènent leur politique de prise en charge médico-sociale (ou sanitaire), en suivant des directives nationales.
- Les municipalités sont responsables de la prise en charge sociale pour leurs résidents, en prenant en compte les recommandations nationales.

Par le biais du ministère de la Santé et des Affaires sociales, l'Etat suédois définit des lignes directrices pour la politique de santé du pays, dont l'application revient aux comtés et municipalités. Les lois formulées édictent des principes généraux qui laissent une grande latitude d'interprétation aux comtés et municipalités pour leur mise en œuvre. Comme pour la France, un système de cotisations sociales prélevées sur les salaires suédois permet de financer le système de prise en charge sanitaire et sociale. Ces cotisations représentent près d'un tiers du salaire brut.

Le système suédois se caractérise par l'universalité d'accès des individus aux aides techniques quels que soient leur âge, leur niveau de revenu, ou l'origine de leur handicap. L'objectif est de permettre à tous l'accès à une vie active et indépendante. Les aides sont mises à disposition des usagers sans reste à charge ou contre une faible contribution de leur part. Cependant, depuis récemment ces contributions ont tendance à augmenter.

Pour bénéficier d'une prise en charge publique de l'aide technique demandée, il faut toutefois répondre à deux critères d'éligibilité :

- Il faut justifier d'un handicap permanent,
- Il faut que l'aide technique ait une finalité thérapeutique, en contribuant au maintien d'une vie sociale.

Les aides techniques répondent à des besoins primaires, elles relèvent donc du champ de la santé.

Les **comtés** s'occupent de la prise en charge sanitaire des personnes handicapées et en perte d'autonomie. En tant qu'« acte sanitaire » (CNSA, 2009), la fourniture d'aides techniques fait partie de leurs prérogatives. Pour la distribution des aides techniques aux personnes en perte d'autonomie, les comtés gèrent des **centres de réhabilitation**, spécialisés dans un type de handicap :

- Les *centres d'aides techniques*, qui distribuent notamment des aides à la mobilité, dont les fauteuils roulants.
- Les *centres d'audition*, qui distribuent essentiellement des prothèses auditives.
- Les *centres de basse vision*, qui distribuent des aides visuelles.
- Les *centres orthopédiques*, qui distribuent essentiellement des prothèses.

Chaque citoyen est rattaché à un centre en fonction de son lieu de résidence. Ces centres d'expertise s'occupent de **l'évaluation des besoins et de la prescription pour les cas les plus sévères**, puis

reçoivent l'ensemble des prescriptions d'aides techniques qui sont faites dans leur zone géographique, et commandent les produits en conséquence.

Chaque comté décide du budget alloué à chaque type d'aides techniques, lance des appels d'offres auprès des fabricants et distributeurs présents en Suède pour se procurer les aides techniques, puis les distribue aux usagers. Les produits sélectionnés font d'abord l'objet d'une analyse coût-efficacité par un centre d'économie de la santé. On constate des prix relativement homogènes au sein du pays, car les prix des fabricants ne semblent pas varier fortement entre les comtés ou communes. Les comtés ayant des contrats différents avec les fabricants, une variabilité concernant les aides techniques fournies et le niveau de contribution des usagers est constatée (Kylberg et al., 2015 ; Rapport « Aides techniques dans les municipalités et les conseils de comté » (ATMC), *Socialstyrelsen* 2016). Seules les procédures pour acquérir une aide technique sont invariables (Rapport ATMC, 2016). D'après le rapport ATMC (*Socialstyrelsen*, 2016), non seulement les différences de frais entre comtés sont importantes mais ces frais sont peu prévisibles pour l'utilisateur, en particulier s'il a besoin de plusieurs aides techniques. Tous les conseils de comté facturent une certaine forme de frais liés à la prescription d'aides. Ces frais peuvent être des **frais de visite** (pour les consultations médicales), des **frais d'aide technique** (pour l'obtention de l'aide technique) ou des **frais de service** (pour la maintenance de l'aide technique).

Il est très courant que les régions et les municipalités ne facturent pas de frais d'aide technique (pour acquérir l'aide). Ainsi, 68 % des aides dans les régions sont gratuites pour l'utilisateur tandis que 56 % des aides techniques dans les communes sont dans ce cas (*Socialstyrelsen*, 2021). Quelle que soit l'aide technique, la plupart des régions ne facturent pas de frais pour les personnes mineures ou de moins de 20 ans. Cependant, lorsque l'utilisateur doit payer un reste à charge, les frais qu'il doit endosser varient considérablement selon le type d'aide et son lieu de résidence. Il y a des **frais uniques** (frais ponctuels de prescription ou frais de copaiement) et des **frais d'abonnement** (frais de location) qui doivent être versés pendant toute la période durant laquelle la personne est équipée. En 2021, les frais d'abonnement représentent près d'un cinquième de l'ensemble des frais (*Socialstyrelsen*, 2021). Ces frais d'abonnement peuvent être plus coûteux que les frais uniques pour l'utilisateur qui utilise l'aide technique pendant plusieurs années. Certaines régions facturent des **frais d'assurance ou des frais de réparation**. Les fauteuils roulants électriques font partie des aides techniques dont les frais de réparation sont les plus élevés.

Ainsi, les centres de réhabilitation des comtés sont les intermédiaires entre les fabricants et les usagers, en mettant à disposition les aides techniques aux usagers. L'achat par l'utilisateur est possible mais la mise à disposition représente la modalité d'acquisition majoritaire. L'aide technique doit être retournée lorsqu'elle n'est plus utilisée ou lorsque l'utilisateur déménage. Les professionnels de santé des centres prescrivant les aides techniques décident, avec l'utilisateur, du type d'aide technique prescrit et fourni. Le choix de l'aide technique est guidé par l'évaluation des besoins de l'utilisateur et la liste de produits disponibles au sein du centre.

Les **municipalités**, quant à elles, s'occupent de la prise en charge sociale des Suédois, et notamment de l'accompagnement dans l'utilisation de l'aide technique à domicile. Elles embauchent des ergothérapeutes, kinésithérapeutes et des instructeurs à domicile afin de former les usagers à bien utiliser leur aide technique.

Partage des compétences entre le comté et la municipalité

La loi suédoise sur la santé et les services médicaux (SFS 1982:763), ou HSL en abrégé, définit la fourniture d'aides techniques destinées à un usage quotidien dans la sphère privée comme faisant partie du système de soins de santé, et comme un domaine de responsabilité à la fois pour les municipalités et les conseils de comté. En général, les conseils de comté sont responsables des dispositifs plus importants (par exemple, les fauteuils roulants électriques), tandis que les municipalités sont responsables des dispositifs plus petits (par exemple, les fauteuils roulants manuels et les déambulateurs), même si des différences locales peuvent exister (Krantz et Örmon, 2016). Le conseil du comté gère la fourniture des aides techniques, mais le comté et les municipalités sont conjointement responsables du financement des aides techniques. En 2017, les coûts se sont élevés à environ 91 millions de couronnes suédoises (soit environ 8,2 millions d'euros), dont environ 70 % à la charge des municipalités (Karlsson et al., 2019).

B) Les évolutions récentes de la prise en charge médico-sociale des aides techniques

En 2010 s'est opéré un transfert des compétences au niveau local ayant pour objectif de viser une plus grande efficacité du système et de réduire les dépenses médico-sociales du pays. Avant 2010, l'Institut national des aides techniques lançait un seul appel d'offre au niveau national, ce qui conduisait à ne retenir qu'un seul fournisseur d'aides techniques et aboutissait à des niveaux de prix plutôt élevés. Aujourd'hui, le lancement d'appels d'offres par chaque comté a permis de relancer la concurrence et de limiter les prix des aides techniques achetées dans le pays. On assiste, sur la période récente, à des regroupements des comtés pour lancer des appels d'offres (8 groupes de comtés et environ 20 appels d'offres lancés par groupe).

D'autre part, le système de distribution des aides techniques se privatise progressivement depuis les années 2000. Des contrats sont passés entre des entreprises privées et des comtés pour la gestion des centres de réhabilitation et de distribution des aides techniques. Cette privatisation a d'abord concerné les centres d'audition. De même, de plus en plus de magasins privés ouvrent dans les grandes villes suédoises pour la délivrance d'aides techniques, avec ou sans prescription. Le reste à charge des usagers a augmenté dans certains comtés mais reste toutefois faible. Une importante réforme qui a encouragé l'essor du marché privé est la réforme du *Fritt val*, que l'on traduit par « libre choix ».

Le système de libre choix ou *voucher*

Une expérimentation du système de *voucher* – ou système dit de *libre choix*- a été mise en place dans 3 comtés (Kronoberg, Stockholm et Södermanland) de mai 2008 à décembre 2009. Par la suite, d'autres comtés ont rejoint l'expérimentation (Scanie, Uppsala et Jönköping). Le principe consiste à ce que des professionnels d'un centre de réhabilitation fournissent un chèque à leurs patients considérés aptes à choisir leur aide technique, qui vont ensuite l'acheter dans un magasin privé. Les usagers payent la différence entre le prix de l'aide technique et le montant du chèque. Un 2^{ème} chèque peut être délivré pour les aides techniques nécessitant des prestations supplémentaires (réglages, maintenance...). Le périmètre des aides accessibles varie en fonction des comtés (cf. tableau 9).

Tableau 9 : Application du libre choix (LC) selon les comtés

	Stockholm	Uppsala	Scanie	Kronoberg	Södermanland
Année de mise en place du LC	2007	2012	2011	2007	2007
Aides techniques concernées	AA, AV, FR	AV	AA, AV	AV, FR (sauf électriques très avancés)	FR, AV
Restrictions d'âge	Non	Non	+ de 20 ans		
Critères d'accès au libre choix	Durée du besoin	Bonne connaissance de son handicap		Durée du besoin (long terme)	Durée du besoin (long terme)
Critères des aides accessibles au LC	Marquage CE	Marquage CE		Marquage CE facultatif	Marquage CE facultatif
Montant du chèque AA	3042 SEK = 296€		2100 SEK = 205€		
Frais de test AA (LC ou pas)	600 SEK = 58€		1000 SEK = 97€		
% LC dans délivrance AA	80%		65 % en 2014 35% en 2015		
Restes à charge du libre choix en 2015	Environ 15-20% > 0 SEK		88% = 0 SEK 11% ≤ 10 000 SEK (974€) 1% > 10 000 SEK		
Autres aides courantes pour LC	FR actifs et électriques < 1%		FR pour les enfants		
Nombre de personnes ayant eu recours au LC	Elevé pour les AA	Très faible (quelques cas)	Elevé pour les AA	Faible (60-70 cas /an) <1% des aides prescrites	Faible (50-60 cas /an)
Achat en ligne				Oui mais sans tiers-payant	Oui
PIB/habitants	Elevé	Moyen -	Moyen +	Moyen +	Faible

Notes : AA = appareils auditifs, AV = aides visuelles, FR = fauteuils roulants. Cases grisées : données manquantes.

En Kronoberg, le montant du chèque correspond au coût de l'aide technique qui aurait pu être prescrite en location au patient.

Une première évaluation du Voucher en 2011

Une enquête auprès des usagers de ce nouveau système a été menée en août et septembre 2009, et une analyse de cette expérimentation a été publiée en 2011 (Rapport public d'enquête sur le libre choix des aides techniques). Cette étude a été réalisée par l'Institut suédois des aides techniques, qui n'existe plus aujourd'hui. Trois questions étaient au cœur de cette expérimentation :

- Ce système permet-il d'augmenter la qualité de vie des usagers et leur utilisation de l'aide technique ?
- Pour quels types d'aides techniques ce système est-il approprié ?

- Comment les informations concernant les différentes options disponibles (fourniture du produit par le centre de réhabilitation ou par un magasin privé) sont-elles parvenues aux usagers ?

Parmi les conclusions de l'étude, le « libre choix » est considéré comme un bon complément au système de mise à disposition -qui demeure la modalité d'équipement principale- pour ceux qui veulent plus de liberté dans leur choix d'aides techniques. D'après l'Institut, les coûts des activités n'ont pas été affectés dans une large mesure par l'instauration du « libre choix », mais il admet qu'il faut relativiser cet impact modéré car la période d'essai était relativement courte avec une faible utilisation du libre choix.

Certains avantages et inconvénients du système sont soulignés dans le rapport de la CNSA (2009). Le choix plus large d'aides techniques offert à l'utilisateur ainsi que la réduction du temps d'attente sont les principaux avantages de ce nouveau système. Elle relève toutefois certains inconvénients :

- L'achat au lieu de l'emprunt de l'aide technique empêche le changement de l'aide technique si elle n'est finalement pas adaptée aux besoins de l'utilisateur, et la réparation revient à la charge de l'utilisateur plutôt qu'au centre de réhabilitation.
- De même, l'achat ne permet pas le recyclage de l'aide technique, ce qui risque de peser sur les dépenses publiques.
- Parmi les personnes qui se procurent une aide technique, un faible pourcentage a fait le choix des *vouchers*, sauf pour l'achat d'aides auditives et des aides techniques s'utilisant sur ordinateur. Les personnes âgées, qui représentent 70% des personnes bénéficiant d'une aide technique en Suède, préfèrent majoritairement être guidées dans le choix de l'aide technique.

Une seconde évaluation du système de libre choix en 2016

En 2016, un rapport d'évaluation et analyse d'impact sur le modèle de libre choix des aides techniques plus complet a été réalisé par le Conseil national de la santé et du bien-être (*Socialstyrelsen*). Le modèle était disponible dans six comtés/régions (*iän*) en 2016 : Stockholm, Scanie (*Skåne*), Uppsala, Jönköping, Kronoberg et Södermanland/Sörmland. Le système Voucher n'a été pleinement mis en place pour les appareils auditifs qu'au sein des comtés de Stockholm et de Scanie. Le rapport de 2016 vise à évaluer l'efficacité de ce nouveau système : les effets économiques (coût pour les différents acteurs, reste à charge pour l'utilisateur) et l'efficacité dans l'allocation des aides techniques (qualité de la réadaptation et niveau de satisfaction du patient). Il répond en outre à la question de savoir s'il faudrait généraliser le système de libre choix, et imagine un scénario futur possible en cas de diffusion du système.

L'objectif de ce système était d'augmenter la participation et la liberté de choix ainsi que d'améliorer la qualité et l'efficacité de la fourniture d'aide tout en diminuant les coûts globaux. Depuis sa mise en place en 2007, le recours au système de libre choix demeure marginal par rapport au système classique de mise à disposition. L'objectif d'augmenter le choix des utilisateurs via le Voucher n'a pas été atteint au moment de la rédaction du rapport de 2016 car le marché privé n'était pas assez développé. De plus, les utilisateurs qui recourent au système n'ont plus accès à des informations factuelles et indépendantes, parce qu'elles sont livrées par des fournisseurs d'aides techniques privés qui ne sont pas dénués d'intérêts commerciaux. Sur le marché des appareils auditifs, la tendance est à la concentration des

acteurs ainsi que l'illustre la situation en Scanie où le marché est tenu par un duopole : deux grands fabricants d'appareils auditifs possèdent la plupart des cliniques auditives, ce qui n'encourage pas la diversification de l'offre, au détriment de la liberté de choix du patient.

Le nombre d'utilisateurs ayant recours au libre choix pour obtenir une aide technique est jugé faible par ce rapport, même s'il y a des disparités selon les comtés, avec des comtés qui y recourent plus que d'autres. Par exemple, quels que soient le type d'aide technique ou la classe d'âge, il y a eu 16 307 aides techniques choisies via le système voucher en 2014 et 19 090 en 2015 pour la région de **Stockholm**. Pour la région **Uppsala**, il n'y en a eu que 6 en 2014 et 8 en 2015. Pour la région **Scanie**, il y en a eu 9 484 en 2014 et 8 096 en 2015. La région **Kronoberg** et **Sörmland** en ont eu autour de 60 ces deux années. Ces chiffres sont à mettre en rapport avec les centaines de milliers d'aides techniques fournies chaque année par les centres d'aides techniques (rapport du Conseil national de la santé et du bien-être, 2021). Ainsi, en dehors du secteur de l'audition, le libre choix représente moins d'1% de toutes les aides fournies dans les conseils de comté et les municipalités interrogés à l'occasion du rapport.

Cette faible diffusion s'explique par le fait que les prescripteurs informent peu les usagers sur cette possibilité, le modèle étant en 2016 encore peu développé et incertain, mais aussi parce que la demande des usagers est faible. Le rapport de 2016 montre en outre que le modèle de libre choix n'a pas été assez clairement défini avant son introduction : il n'y a pas de groupe clairement ciblé, les critères pour bénéficier du libre choix sont flous, les informations données au patient ne sont pas harmonisées. De plus, il existe quelques incertitudes sur les moyens de garantir la sécurité du patient.

Le système Voucher est en revanche fortement utilisé dans le domaine de l'audition dans les deux comtés qui l'ont mis en place les premiers : Le libre choix représente plus de 80% du nombre total d'appareils auditifs acquis à Stockholm en 2015 et 65% en Scanie en 2014. En revanche, en 2015, la part du libre choix tombe à 38% en Scanie, ce qui s'explique par l'arrivée d'une nouvelle gamme plus attractive et étoffée dans les centres publics via le système de distribution traditionnel.

Cette prédominance du Voucher dans le domaine de l'audition s'explique notamment par le fait que l'information sur cette possibilité est systématiquement transmise au patient et les audioprothésistes ont une incitation financière à vendre leurs propres produits plutôt que de proposer ceux de la gamme du comté. Le double rôle des audioprothésistes en tant que vendeurs d'aides auditives et prestataires de soins apparaît dans ce contexte problématique d'un point de vue éthique des soins de santé. En effet, certains centres d'audition privés (cliniques ou magasins) sont gérés par des grands distributeurs d'appareils auditifs. Ils sont censés proposer les appareils auditifs de la gamme du comté avant de proposer ceux accessibles en libre choix, mais ils ont tendance à favoriser la vente de leurs propres produits pour augmenter leur marge.

En termes de fonction des appareils auditifs (rétroaction, qualité du son, les sons désagréablement forts et la communication dans un contexte bruyant ou social), il y a une différence de satisfaction entre la Scanie et la région de Stockholm d'après une enquête réalisée par l'institut *Hörselbron* et reprise dans le rapport de la *Socialstyrelsen*. Les utilisateurs sont significativement plus satisfaits à Stockholm dans le cadre du libre choix qu'en choisissant dans la gamme du comté, alors qu'en Scanie les usagers sont plus satisfaits de la fonction des appareils auditifs sélectionnés dans la gamme de la région.

Le rapport de 2016 considère que ce modèle de libre choix serait coûteux à diffuser pour les entreprises et la société, et représenterait un surcoût par rapport à la prescription. La raison principale est que les aides ne sont pas réutilisées dans le cadre du libre choix, alors que le ré usage est courant pour les aides prescrites en centre. Même pour les aides qui ne sont pas réutilisées lors de la prescription, les coûts pour les conseils généraux sont plus élevés en cas de libre choix qu'en cas de prescription d'aides. En effet, le montant du voucher accordé au patient pour acheter son aide dépasse souvent le prix d'achat de l'aide payé par l'acheteur public, ce dernier bénéficiant de tarifs préférentiels par le biais de l'approvisionnement. Le rapport a comparé les coûts pour différentes aides à la mobilité, dont les fauteuils roulants manuels, actifs et électriques pour les comtés de Stockholm et Sörmland. Pour ces aides, les coûts du libre choix sont bien plus importants que la prescription : le surcoût varie de 179 à 821% selon l'aide. En revanche, quel que soit le mode d'acquisition, il n'y a pratiquement pas de réutilisation pour les prothèses auditives donc les coûts pour le conseil général sont à peu près les mêmes pour la prescription que pour le libre choix.

Evaluation du libre choix concernant l'habilitation et la réadaptation

En cas de large diffusion du modèle Voucher, les auteurs du rapport de 2016 considèrent que les conditions d'une bonne adéquation entre l'aide choisie et le patient peuvent être menacées. Le prescripteur manque souvent de connaissances sur les aides accessibles via le libre choix, à l'exception du domaine auditif, ce qui peut compromettre l'adaptation sûre, équitable et individualisée de l'aide technique.

Par ailleurs, le libre choix pose de nouvelles questions juridiques à prendre en compte. Avec ce modèle, l'individu bénéficie d'une protection plus faible du droit de la consommation (au lieu du droit sur la santé et les soins médicaux). Il y a également une inégalité territoriale concernant les conditions d'accès au libre choix. En effet, les conditions d'admissibilité, les aides autorisées au libre choix, le montant du chèque voucher, etc. varient selon les comtés. Certains acteurs recommandent une harmonisation du système de libre choix entre les comtés pour éviter les inégalités d'accès et de restes à charge entre usagers.

Le rapport souligne aussi les configurations nombreuses dans lesquelles la mise à disposition semble plus adaptée que l'achat via le libre choix. Par exemple, pour les nouveaux usagers d'aides techniques qui se situent au début d'un processus de réadaptation, il est difficile d'évaluer pendant la période d'hospitalisation combien de temps durera le besoin d'aide technique, et le patient a une faible connaissance des aides et de son handicap. De même, les personnes sortant d'hospitalisation doivent pouvoir bénéficier de leur aide technique en rentrant chez elles, ce qui suppose une livraison rapide, possible uniquement en cas de mise à disposition. De plus, le libre choix implique des prérequis qui excluent une bonne partie des usagers d'aides techniques. Il n'est par exemple pas adapté à des personnes ayant une maladie évolutive ou des difficultés cognitives. Pour du matériel nécessitant d'importantes adaptations ou d'entretien, notamment les fauteuils roulants, le choix de l'aide et des adaptations peut difficilement être confié à l'utilisateur seul tout en préservant la sécurité des patients.

Restes à charge pour l'utilisateur : différences entre le libre choix et la mise à disposition

Les restes à charge pour l'utilisateur diffèrent souvent davantage entre les comtés qui appliquent le libre choix qu'entre la mise à disposition et le libre choix au sein d'un même comté. En effet, le type de frais payés par les patients et leur montant varient fortement d'un comté à l'autre dans le système de mise à disposition. Il en va de même pour le montant des coûts qui reviennent à l'utilisateur dans le système de libre choix. Le type de frais payés par l'utilisateur ne sont pas les mêmes selon le système d'acquisition de l'aide technique (voir tableau ci-dessous).

Tableau 10 : Frais payés par le patient selon le système de mise à disposition ou de libre choix

	Mise à disposition	Libre choix
Frais de consultations pour la prescription d'aides techniques	OUI	OUI (mêmes montants que pour la mise à disposition)
Redevance d'aide (prix de la mise à disposition)	OUI	NON
Reste à charge	NON	Différence entre le prix de l'aide et le montant du voucher
Frais de services (livraison à domicile, collecte des aides à restituer)	OUI	NON
Frais sur les consommables (piles, articles de nettoyage)	OUI	OUI
Frais d'entretien et de réparation	NON	Différence entre le compte de service (s'il existe) et le montant des frais

Le rapport observe que l'utilisateur du libre choix peut avoir des frais supplémentaires par rapport à l'utilisateur qui choisit la mise à disposition : les frais liés à la différence entre le chèque et le prix de l'aide, et les frais d'entretien, de réparation et d'accessoires non couverts par un compte de service⁴⁶, s'il y en a un. Ces frais sont difficiles à estimer et varient selon le type d'aide technique et les comtés.

Concernant les aides auditives, en région Scanie, les frais d'entretien et de réparation sont les mêmes quel que soit le mode d'acquisition, tandis qu'en région de Stockholm, il existe un compte de service pour les aides acquises par libre choix, qui est généralement suffisant pour couvrir tous les frais d'entretien. Concernant les fauteuils roulants, les usagers qui ont reçu leur fauteuil roulant électrique en prêt ont des coûts plus élevés que ceux qui ont acheté leur fauteuil par libre choix.

On considère que les frais et les coûts pour les usagers d'aides techniques sont à peu près les mêmes lors de la mise à disposition que lors du libre choix, dans les conseils de comté qui ne facturent pas de frais patient. Dans les cas où le comté facture des frais patient lors de la mise à disposition, les frais et coûts de l'utilisateur sont plus élevés pour la mise à disposition que pour le libre choix. Cependant, le libre choix est synonyme d'incertitude pour l'utilisateur, notamment liée à l'imprévisibilité des restes à charge. Par exemple, on ne sait pas si le compte de service est suffisant pour compenser tous les frais de service. De même, dans certains cas, l'utilisateur doit payer lui-même les accessoires de son aide. Ainsi, il

⁴⁶ Le compte de service est un montant octroyé par le comté à l'utilisateur qui a acheté son aide via le libre choix. Ce montant sert à payer la maintenance et les réparations de son aide. Dans certains cas, il peut servir à acheter une assurance.

est difficile de savoir si le reste à charge de l'utilisateur est plus grand pour un mode d'acquisition que pour l'autre.

Une évaluation du système de voucher en 2022 à l'occasion de ce rapport

Lors du voyage d'étude réalisé en Suède en 2022, nous nous sommes particulièrement intéressés à la réforme du libre choix, en ayant pour visée d'actualiser les évaluations précédentes. Pour cette enquête de terrain, nous nous sommes concentrés sur trois régions qui ont mis en place le modèle de libre choix : Stockholm, Scanie et Sörmland. Ce choix se justifie par le fait que ces comtés ont été les précurseurs du système et ont donc une expérience de mise en œuvre plus longue. De plus, Stockholm et Scanie sont des comtés fortement utilisateurs du système de libre choix, en particulier pour les appareils auditifs. Le comté de Sörmland est intéressant à étudier pour comprendre les raisons qui ont empêché la diffusion large du libre choix dans ce comté. Cette région a également un PIB par habitant moins important que les régions de Stockholm et de Scanie, ce qui peut impacter sa politique de financement des aides techniques. Nous aborderons les résultats de cette étude pour chaque type d'aides techniques dans la suite de cette synthèse.

II/ Fauteuils roulants

Le fauteuil roulant manuel à deux roues motrices est l'aide à la mobilité prescrite la plus courante après le déambulateur, on estime qu'environ 120 000 personnes en utilisent un qui provient d'un centre d'aides techniques dans le pays en février 2021 (Socialstyrelsen, 2021). Au moins 23 000 fauteuils roulants électriques à direction manuelle ou à commande électronique sont en cours de prêt en février 2021⁴⁷. On estime que le taux d'équipement des personnes handicapées moteur ayant besoin d'un fauteuil roulant est proche de 100%, les fauteuils roulants étant considérés comme un produit de première nécessité. Selon la responsable du centre d'aides techniques à Boden, le but de ce système est de permettre aux patients d'avoir une bonne qualité de vie et d'accomplir leurs objectifs de vie sans qu'ils soient entravés par leur handicap.

Les types de produits disponibles en Suède sont les mêmes que dans les autres pays d'Europe. Il existe par ailleurs deux gros fabricants suédois, Etac et Permobil, qui produisent à eux seuls 60% des fauteuils roulants qui sont distribués en Suède. Les produits sont catégorisés dans deux listes par les centres de distribution :

- En liste 1, on retrouve les produits basiques, pour les cas « simples »,
- Et en liste 2, les produits plus spécifiques pour les cas plus sévères.

En partie du fait des quotas de distribution des produits appartenant à la liste 1 imposés aux centres d'aides techniques par la direction de certains comtés, les fauteuils roulants manuels sont les plus distribués ; les fauteuils roulants électriques restent quant à eux un marché de niche. D'après nos interlocutrices d'un centre d'aides techniques de Stockholm, il n'y a pas de quotas à respecter concernant les prescriptions d'aides techniques à Stockholm. La règle est que l'aide fournie au patient

⁴⁷ Tous les comtés n'ayant pas participé à l'enquête statistique, le nombre exact d'aides techniques prêtés n'est pas disponible mais les chiffres restent proches de la réalité.

doit correspondre à ses besoins. Cependant, il se peut que les plus petites villes tendent à vouloir respecter certains quotas et donc orientent plus les usagers vers des fauteuils de la liste 1 pour écouler les stocks.

Les produits achetés par les comtés et distribués aux usagers sont jugés solides et de bonne qualité : ils ont une durée de vie moyenne de 6-7 ans et peuvent être recyclés (CNSA, 2009). Ce choix politique permet de faire des économies sur le long terme.

A) Une distribution principalement assurée par les centres d'aides techniques

Les fabricants vendent leurs produits essentiellement aux comtés, et dans une moindre mesure aux revendeurs privés. Ces deux acteurs ont ensuite la charge de la distribution auprès des usagers. Une dizaine de fabricants internationaux sont présents en Suède, dont deux Suédois (Etac et Permobil). Etac et Permobil (qui détient notamment la marque très distribuée en Suède Panthera) sont deux gros fabricants suédois, présents essentiellement en Scandinavie, qui ont une place très importante sur le marché local. Globalement, seuls les gros fabricants peuvent survivre sur le marché suédois, dont le principal débouché est le marché public qui commande d'importants volumes à prix bas.

La distribution par les centres d'aides techniques est majoritaire en Suède, qui achètent leurs produits aux fabricants et distributeurs présents sur le marché suédois. Les fauteuils roulants sont ainsi commandés au niveau régional mais ils sont achetés par les centres d'aides techniques. Les centres « louent » ensuite les fauteuils roulants aux patients mais c'est la région et la municipalité qui versent les frais de location mensuels ou annuels alors que les patients n'endossent généralement aucun reste à charge. Le prix de la location des fauteuils manuels est plus faible que celui des fauteuils électriques. Par exemple, la région et la municipalité payent la location d'un fauteuil roulant manuel 70 couronnes suédoises (6€) par mois au centre pour toute la durée du contrat. Le paiement régional reçu par les centres sert à payer non seulement l'aide prêtée mais aussi les frais courants de l'unité : le personnel, le local, les accessoires/ajustements de l'aide, le service de réparation, le reconditionnement et le stockage de l'aide.

40 centres d'aides techniques sont présents en Suède, ce qui représente 1 à 3 centres par comté. Le budget de chaque centre est dépendant du budget du comté qui le dirige. Par exemple, le budget annuel alloué aux aides à la mobilité en Norrbotten est actuellement de 50 millions de couronnes suédoises (environ 4 millions d'euros) et augmente chaque année de 5%. L'objectif de la région est de répondre à 80% des besoins en aides techniques, le reste du besoin étant couvert par le marché privé.

Des appels d'offre passés au niveau régional

Chaque comté lance un appel d'offres auprès des fabricants de fauteuils roulants, après avoir défini les types de produits qu'il souhaite fournir aux usagers dans chacun de ses centres d'aides techniques. D'après une ergothérapeute responsable des appels d'offre pour la région de Stockholm, le budget des appels d'offre est calibré sur la population de bénéficiaires, la croissance prévue de cette population, sur le budget précédent ainsi que sur les prescriptions qui ont été faites dans le passé. La région planifie pour chaque centre ce qui doit être fourni, aide technique par aide technique. La contrainte budgétaire existe, mais la réponse aux besoins du patient est toujours une priorité, même si cela doit entraîner

un budget déficitaire. Les centres passent leurs propres appels d'offre pour les fauteuils roulants, donc la temporalité des appels d'offre dépend des centres.

Depuis quelques années, certains comtés se regroupent pour passer les appels d'offre, c'est notamment le cas de 4 comtés situés dans le Nord (Norrbotten, Västerbotten, Jämtland et Västernorrland) et 6 comtés du Sud : (Södermanland, Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna, Uppsala). D'après nos interlocuteurs (centre de Boden et centre d'Eskilstuna), cela leur permet de réduire la charge administrative et d'obtenir des prix plus bas en bénéficiant d'un effet volume plus important, mais les comtés doivent s'accorder sur l'offre référencée. Les fabricants qui remportent les appels d'offres signent généralement un contrat avec le comté pour 2 ans, renouvelable une fois. Les demandes en aides techniques des comtés peuvent donc évoluer tous les 2 ans et en théorie suivre l'évolution technologique du marché. Cependant, d'après notre interlocuteur de la DHR, ces appels d'offre seraient souvent faits en routine et renouvelés tacitement, ce qui ne permet pas d'incorporer les dernières innovations technologiques et de répondre au mieux aux besoins des usagers. Cette position n'est toutefois pas partagée par une interlocutrice d'un centre d'aides techniques en Norrbotten qui considère que le délai de 4 ans appliqué dans sa région pour renouveler les appels d'offre pour les fauteuils roulants est suffisant pour garantir une offre adaptée aux besoins des patients. En matière d'aides à la mobilité, les évolutions technologiques sont limitées par rapport aux aides à la communication. Certains fauteuils roulants durent 20 ans.

Les différences entre le secteur public et le secteur privé

La majorité des centres d'aides techniques est ainsi pilotée par le comté, mais d'autres centres sont gérés par des entreprises privées, de type Sodexo. Ces entreprises sont en contrat avec le comté dans lequel se situe le centre, après avoir répondu et remporté l'appel d'offres lancé par le comté pour la gestion du centre et donc la distribution des aides techniques. Pour ces centres semi-privés, les produits sont achetés par le centre selon les exigences du comté, qui sont notifiées dans le contrat entre le comté et le centre. Ensuite, le comté loue ou achète à la société gérant le centre les aides techniques qui sont effectivement distribuées aux usagers par le centre. Les contrats qui lient Sodexo à la région courent sur une période de quatre ans. D'après une responsable de services chez Sodexo, l'entreprise les juge trop longs surtout en période d'inflation car les contrats ne sont pas modifiables et ne peuvent intégrer une revalorisation des tarifs de location qui permettrait d'absorber une partie de l'augmentation des prix des achats des aides techniques. Les subventions et les exigences globales des comtés envers les centres publics et les centres privés sont les mêmes. Les centres privés proposent toutefois une offre privée en plus de l'offre régionale.

Stockholm fait partie des trois villes suédoises (avec Linköping et Malmö) ayant en partie opté pour une gestion privée depuis 2003 (pour les fauteuils roulants et les aides visuelles). On y trouve en effet deux centres d'aides techniques pour les fauteuils roulants : un centre public au sud de la capitale et un centre privé (Sodexo) situé au nord de Stockholm. A Stockholm, Sodexo équipe en fauteuils roulants entre 2000 et 3000 personnes par an. Les restes à charge pour les fauteuils roulants sont nuls dans les deux centres et les usagers sont libres de choisir leur centre. Il n'y a pas de concurrence entre les deux secteurs. D'après les responsables du centre public et du centre Sodexo de Stockholm, la principale différence entre ces deux structures concerne l'approvisionnement. Dans la structure publique, un

contrat de 5 ans est établi avec le fournisseur. Ce contrat est souvent passé pour 2 ou 3 ans et renouvelé une fois. Le centre Sodexo a plus de liberté dans les contrats avec les fournisseurs, la durée des contrats est plus courte (1 ou 2 ans maximum). Cette temporalité différente des contrats permet à Sodexo de rafraîchir plus rapidement une partie de son stock d'aides même si pour l'essentiel les centres publics et les centres privés fournissent à peu près des aides techniques équivalentes, qui vont permettre de répondre correctement aux besoins des patients. Le contrat avec la région oblige à référencer des aides techniques qui correspondent à des fonctions bien identifiées. D'après la responsable du centre public, c'est avant tout la marque des aides qui diffère.

Le profit réalisé par Sodexo provient de l'écart entre les revenus de la location financés par la région et les prix bas obtenus par la société quand elle achète des aides techniques. Les commandes des trois centres Sodexo sont regroupées, ce qui permet d'avoir des volumes plus importants et donc de passer des accords avantageux pour Sodexo au niveau des prix. Si Sodexo fait un surplus avec les frais de location de la région, le surplus revient à l'entreprise tandis que si le centre public fait un surplus, il revient à la région. Le financement régional constitue la partie la plus importante du chiffre d'affaires : 80% de la clientèle est en lien avec le financement attribué par la région et les 20% restants correspondent à une clientèle privée. Des petites compagnies et des personnes privées peuvent venir dans le centre pour louer (sur du court terme) ou acheter des aides techniques. Par exemple, des établissements privés pour personnes âgées dépendantes achètent des lits avec différents types d'ajustements, ainsi que des fauteuils roulants de douche. Les aides techniques standards sont les plus vendues (bâtons de marche, déambulateurs, fauteuils roulants manuels).

Les deux structures suivent des règles et des procédures similaires, à quelques exceptions près. Par exemple, le centre public doit respecter des règles anti-corruption, notamment le fait qu'un professionnel de santé ne doit pas participer à l'appel d'offres si un de ses proches travaille pour un fournisseur d'aides techniques. Cette règle ne s'applique cependant pas à Sodexo, ce qui paraît étrange à notre enquêtée appartenant au centre public car Sodexo est aussi financé par l'argent du contribuable. Ces centres privé et public travaillent étroitement ensemble afin d'éviter une trop grande inégalité de traitement entre les patients de la région. Ils se réunissent deux à trois fois par an environ. Ils échangent sur la façon de conseiller certains patients ou collaborent pour l'ajustement de certaines aides techniques. Par exemple, le centre public fournit des aides à la communication (ex : un ordinateur) à ajouter sur les fauteuils roulants que Sodexo fournit à ses clients. De son côté, Sodexo aide le centre public à rénover certaines de ses aides techniques. D'après notre interlocuteur de la DHR, l'expérience des usagers avec le centre privé est très bonne : par rapport au public, les délais sont plus courts et les besoins sont mieux couverts. La responsable du centre Sodexo de Stockholm estime que le privé permet une prise en charge plus rapide que le public et que ses usagers sont plus satisfaits. Du plus, elle considère que le secteur privé dispose d'un personnel moins nombreux mais plus polyvalent et plus efficace, ce qui permet une meilleure maîtrise des coûts de personnel que dans le secteur public. L'arrivée de Sodexo a également participé à l'augmentation de l'offre, ce qui a réduit les délais d'attente.

La distribution via le marché privé, c'est-à-dire hors centres d'aides techniques, est un circuit encore peu développé actuellement. Les usagers peuvent dans ce cas se rendre directement chez les distributeurs et fabricants installés en Suède, ou dans les magasins privés situés dans les villes. Actuellement, les magasins privés sont encore très peu nombreux en Suède. Ces magasins sont

essentiellement des magasins de dispositifs médicaux, proposant entre autres des fauteuils roulants. Ils se procurent les produits directement chez les fabricants.

Malgré la mise en place du libre choix depuis 2007, peu d'usagers se rendent dans des magasins privés pour acheter un fauteuil roulant avec le voucher. Le circuit privé est plus utilisé pour la distribution d'aides techniques très utilisées et peu coûteuses, telles que les déambulateurs. Les usagers allant dans le secteur privé recherchent notamment plus de choix au niveau de l'esthétisme du produit par rapport aux produits qui sont disponibles dans les centres publics. Ce circuit est également utilisé par les usagers souhaitant avoir accès à des produits très spécifiques, comme les fauteuils roulants pour pratiquer du sport ou les accessoires (coussins, sacs), dont le choix est plus large dans le secteur privé.

B) Système de prise en charge publique

Toute personne nécessitant un fauteuil roulant est éligible à une prise en charge publique, qu'elle soit handicapée et/ou âgée. Deux conditions sont néanmoins à respecter :

- Le handicap doit être permanent,
- L'équipement jugé nécessaire doit coûter l'équivalent de plus de 25€, sinon l'utilisateur doit le payer lui-même.

La prise en charge publique se traduit par un prêt du fauteuil roulant évalué comme étant le plus adapté aux besoins de la personne par le centre d'aides techniques le plus proche de son domicile. Les fauteuils roulants ramenés au centre en bon état sont recyclés par le centre d'aides techniques puis remis dans le circuit de distribution. Les comtés fournissent directement les fauteuils roulants aux usagers, le plus souvent gratuitement pour l'utilisateur ou contre une faible contribution financière. Les usagers n'ont pas accès aux mêmes produits et au même niveau de prise en charge en fonction du comté dans lequel ils habitent (cela dépend des politiques des comtés et des appels d'offres lancés).

Grâce au libre choix, les usagers ont également la possibilité d'acheter leurs aides techniques sur le marché privé en bénéficiant d'une prise en charge publique. Pour en bénéficier, les usagers doivent récupérer leur voucher auprès du centre d'aides techniques régional et contacter directement un fournisseur d'aides techniques. Le montant du chèque varie selon les comtés et le type d'aides techniques. Une partie de ce chèque est destinée aux réparations et réglages pour la première année d'utilisation. Les éventuelles réparations supplémentaires sont à la charge de l'utilisateur. Pour les modèles haut de gamme, l'utilisateur doit généralement payer un supplément.

C) Des prix faibles obtenus par les comtés et une prise en charge quasi intégrale dans le secteur public pour l'utilisateur

L'étude Compatec avait pour objectif de récolter et comparer les prix auxquels les régions achètent les fauteuils roulants aux fabricants qui ont gagné les appels d'offres régionaux. Nous sommes parvenus à obtenir ces prix d'achats pour quatre régions : Stockholm, Södermanland, Norrbotten et Scanie (voir tableau 11 ci-dessous). Il s'agit des prix établis lors du dernier appel d'offre passé dans la région (ces données nous ont été transmises en 2023). Cependant, ces prix ne sont pas aisés à comparer. En effet, les régions n'offrent pas les mêmes modèles de fauteuils roulants, nous avons dû comparer des

modèles similaires. En ce qui concerne les fauteuils roulants actifs et électriques verticalisateurs, il existe une variété de modèles (et donc de prix) et il peut être difficile de trouver des modèles équivalents entre les régions. De plus, certains prix ne prennent en compte que le châssis du fauteuil roulant, tandis que les autres prennent en compte les ajustements et accessoires standards fournis avec le fauteuil (qui peuvent également varier selon les régions). On observe une certaine homogénéité des prix des fauteuils roulants manuels entre les quatre régions. Les prix sont toutefois très variables pour les autres types de fauteuils, mais cela montre sans doute davantage la variété des modèles existants que la différence de capacité des régions à négocier les prix.

Tableau 11 : Prix d'achat des fauteuils roulants par les comtés

Exemples de modèles	Stockholm	Södermanland	Norrbottnen	Scanie
Fauteuil roulant manuel de base	2 795 SEK (238€) [<i>Panthera S3</i>] *	4 690 SEK (400€) [<i>Exigo Sunrise</i>]	6 500 SEK (554€) [<i>Etac Cross</i>] 6500 SEK (582€) [<i>prix moyen</i>]	5 464 SEK (459€) [<i>Etac Cross 6</i>]
Fauteuil roulant actif	6 054 SEK (516€) [<i>Cross 6</i>]	12 900 SEK (1099€) [<i>Panthera S3 Sunrise</i>]	23 500 SEK (2003€) [<i>Panthera</i>] 25 000 SEK (2238€) [<i>prix moyen</i>]	3145 SEK - 7356 SEK (Entre 264€ et 618€) ** [<i>Panthera S3 Swing</i>]
Fauteuil électrique verticalisateur	130 000 SEK (11 079€) [<i>Permobil F5 Corpus VS</i>]	137 711 SEK (11 736€) [<i>Permobil F5 Corpus VS</i>]	49 500 SEK (4219€) [<i>Levo Sunrise</i>]	92 000 SEK (7726€) [<i>Sunrise Levo Summit</i>]

Notes : Les modèles sont indiqués entre crochets.

* Ce prix ne concerne que le châssis. La région achète séparément les roues, le dossier, le repose-jambes, etc. Le prix du fauteuil complet est plus élevé.

** Le prix dépend de la taille et des adaptations.

Sources : Centre d'aides techniques publics à Stockholm, Södermanland et Norrbotten ; responsable des appels d'offres de Scanie.

Concernant les frais des patients, les aides à la mobilité et les fauteuils roulants en particulier sont généralement prêtés gratuitement à l'utilisateur, ou en contrepartie d'une faible contribution financière. Ce prêt inclut l'équipement, les réglages nécessaires et les réparations. L'utilisateur doit toutefois payer la consultation avec le professionnel de santé prescripteur. Une étude menée par la Sécurité sociale suédoise (*Socialstyrelsen*, 2021) a évalué les frais moyens payés par les patients en Suède en 2020. Sur 20 régions qui ont répondu à l'enquête, seulement 9 facturent des frais aux usagers adultes de fauteuils roulants électriques. Ces frais varient entre 100 et 1150 SEK (9,36€ à 107,67€). Parmi les municipalités qui facturent des frais pour les fauteuils roulants électriques (moins de la moitié des répondants), ces frais varient entre 80 et 1500 SEK (7,49€ à 140,44€). Sur 20 régions répondantes, seulement 4 facturent des frais aux usagers adultes de fauteuils roulants manuels. Ces frais sont compris entre 100 et 780 SEK (9,36€ à 73,03€). Parmi les municipalités responsables des fauteuils roulants manuels, la grande majorité ne facture pas de frais.

Pour ce rapport, nous avons récolté les frais patients qui sont pratiqués dans certains comtés en 2023 : Stockholm, Södermanland, Norrbotten et Scanie (voir tableau 12). A l'instar de l'étude de la *Socialstyrelsen*, on observe des frais patients plutôt homogènes dans ces différentes régions, que ce soit pour la consultation avec le prescripteur ou pour la fourniture du fauteuil roulant. Toutes les

régions appliquent un reste à charge nul pour les fauteuils roulants, excepté pour les fauteuils roulants électriques. Trois régions appliquent des frais d'abonnement annuel pour ces fauteuils, néanmoins ils restent limités et homogènes. En somme, les restes à charge globaux sont bas, ce qui permet d'éviter le non-recours.

Tableau 12 : Restes à charge des patients selon les comtés en 2023

	Stockholm	Södermanland	Norrbottn	Scanie
Consultation avec le professionnel de santé	250 SEK (21,30€)	200 SEK (17€)	300 SEK (25,60€)	200 SEK (17€)
Fauteuil roulant manuel de base	0€	0€	0€	0€
Fauteuil roulant actif	0€	0€	0€	0€
Fauteuil roulant électrique	500 SEK (42,60€) par an et par fauteuil	600 SEK (51,10€) par an et par fauteuil	0€	500 SEK (42,60€) par an et par fauteuil

Sources : Sites 1177.se, Vardgivarguiden.se, Sveriges Kommuner och Regioner (skr.se), Region Norrbotten (nllplus.se). Centres d'aides techniques de Boden et d'Eskiltuna.

Concernant le marché privé (hors centres d'aides techniques), les prix sont plus élevés pour l'utilisateur final que pour les comtés, qui bénéficient de prix d'achat plus faibles auprès des fournisseurs. De plus, lorsque l'utilisateur achète un fauteuil chez un revendeur privé, il doit financer les éventuelles réparations. La TVA appliquée pour les fauteuils roulants est la même que pour l'ensemble des aides techniques, à savoir 25%, le taux standard pratiqué en Suède. Elle est à la charge de l'utilisateur lors d'un achat privé, mais elle n'est pas payée par les comtés. En l'absence de voucher, le reste à charge de l'utilisateur est considérablement plus élevé s'il achète son aide technique sur le marché privé.

Selon la responsable du centre Sodexo de Stockholm, sur le marché privé, les fauteuils roulants manuels peuvent coûter de 10 000 (867€) à 15 000 couronnes suédoises (1300€). Les fauteuils roulants électriques (non-verticalisateurs) sont plus chers, entre 20 000 (1734€) et 40 000 (3468€) couronnes suédoises en moyenne, mais il n'y a pas vraiment de limite de prix. D'après elle, le montant du voucher couvre environ 80% du prix d'un fauteuil moyen mais en général les usagers qui se tournent vers le libre choix souhaitent généralement un fauteuil plus coûteux.

D) Un parcours de soins bien balisé dans les centres publics et un accompagnement au choix de qualité assuré par des ergothérapeutes et kinésithérapeutes régulièrement formés

L'utilisateur doit se rendre dans l'hôpital le plus proche de chez lui, où un professionnel de santé, spécialisé dans son handicap et en contact avec un centre d'aides techniques, lui prescrit un fauteuil évalué comme étant le plus adapté aux besoins. La première étape pour l'utilisateur est donc de se rendre dans un hôpital ou un centre de soins pour rencontrer un ergothérapeute, un kinésithérapeute ou un autre professionnel de santé. Que ce soit à l'hôpital ou en centre de soins (privé ou public), l'utilisateur n'a pas de frais supplémentaire car des accords sont passés entre le comté et les centres privés. Pour les cas les plus sévères, l'utilisateur se rend directement dans le centre d'aides techniques de sa région, où une équipe pluridisciplinaire évalue ses besoins et lui fournit un fauteuil. Selon nos interlocuteurs de la

DHR et du centre public de Stockholm, le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un ergothérapeute est réduit à Stockholm (sous 20 jours), mais il y a des problèmes concernant les délais dans les autres régions. Selon une interlocutrice d'un centre d'aides techniques en Norrbotten, les délais peuvent être longs dans cette région. Les prescripteurs sont inégalement répartis dans la région, rendant l'accès à un prescripteur plus compliqué dans certains endroits. Les demandes les plus urgentes sont alors prioritaires.

La prescription du fauteuil roulant est réalisée généralement par un professionnel de santé non-médecin exerçant hors du centre d'aides techniques. En effet, ce ne sont pas les médecins qui prescrivent, mais les **ergothérapeutes ou kinésithérapeutes**, qui connaissent mieux les produits disponibles car ils suivent régulièrement des formations. Cela est spécifique à la Suède. L'accompagnement au choix est jugé de bonne qualité par nos enquêtés (association DHR, centre d'aides techniques de Boden). Ces prescripteurs doivent être accrédités par le centre pour pouvoir prescrire un fauteuil roulant qui sera fourni par le centre d'aides techniques. Une prescription est en réalité une commande, qui se fait directement sur le site internet du centre d'aides techniques, sur une page sécurisée, accessible par les prescripteurs avec un code.

Le choix du produit prescrit se fait en collaboration avec l'utilisateur, le prescripteur et le centre d'aides techniques, en fonction de la liste de produits disponibles dans le comté. Différents fauteuils roulants peuvent être testés dans les centres. Cependant, le fauteuil roulant choisi n'est pas testé dans l'environnement des personnes, ce qui serait préférable selon notre interlocuteur de la DHR. Les fauteuils roulants sont ensuite fournis sous 15 jours à l'utilisateur, période qui permet au centre de commander le fauteuil roulant au fabricant sous contrat s'il ne l'a pas en stock puis de l'envoyer à l'hôpital qui en a fait la commande. Si le centre a le fauteuil disponible en stock, il peut être livré sous un à trois jours. À l'inverse, certaines demandes spéciales (ajustements lourds, pièces rares) peuvent retarder la livraison jusqu'à plusieurs mois. Arrivé à l'hôpital, le produit est ensuite adapté aux besoins particuliers de l'utilisateur par un technicien. Si des adaptations plus spécifiques sont nécessaires, elles sont alors réalisées dans le centre d'aides techniques. Enfin, l'utilisateur est formé pour l'utilisation du produit par les techniciens de l'hôpital.

Le suivi des usagers n'est pas planifié de façon systématique au sein des centres d'aides techniques, mais l'utilisateur est libre de solliciter à nouveau les professionnels de santé s'il en ressent le besoin. Si l'aide technique ne convient pas au patient, elle est renvoyée au centre et remplacée par une autre. S'il y a besoin d'ajustements, le centre se rend au domicile des patients pour les effectuer. Les centres d'aides techniques disposent d'un service technique en charge de réparer les aides techniques. En cas de panne du matériel, l'utilisateur appelle le centre et les techniciens se déplacent à domicile pour le réparer. Dans le centre de Boden que nous avons visité, les demandes les plus urgentes font l'objet d'une visite dans les 24h, les autres sont traitées sous 3 jours, quel que soit le lieu de résidence. Pour le centre d'Eskilstuna, le délai de réparation est de 5 jours.

Dans les 3 comtés qui expérimentent le libre choix, les usagers doivent être jugés aptes à choisir eux-mêmes le produit le plus adapté par leur prescripteur. Le chèque délivré fait alors office de prescription. En pratique, ils sont délivrés essentiellement pour les produits basiques, où le choix reste facile pour l'utilisateur. Peu de personnes âgées sont jugées aptes à choisir.

Sur le marché privé sans financement public, la prescription n'est pas obligatoire et l'utilisateur se rend directement dans un magasin privé ou chez un distributeur de fauteuils roulants.

Formation des professionnels de santé et des revendeurs

Les professionnels de santé des centres d'aides techniques (publics ou privés) disposent d'une formation universitaire adaptée (minimum 3 ans) et sont régulièrement formés aux produits. Dans les magasins, la présence d'un professionnel de santé n'est pas exigée, mais il semble qu'en pratique les professionnels de santé présents aient la même formation que les professionnels du secteur public (CNSA, 2009).

Les professionnels de santé suivent également une formation continue. Dès qu'une nouvelle aide à la mobilité est référencée dans un centre ou qu'une nouvelle réglementation entre en vigueur, le centre dispense une formation obligatoire à ses employés et à une partie des prescripteurs de la région. Les professionnels de santé qui suivent une formation dans un centre sont ensuite chargés de transmettre les enseignements qu'ils ont perçus à leur unité de soins.

Information usager

Les usagers, une fois entrés dans le circuit de prise en charge, sont guidés par les prescripteurs et les professionnels de santé du centre. En parallèle des informations apportées par les équipes des centres, diverses associations d'usagers existent pour les personnes à mobilité réduite. On trouve par exemple les associations DHR et NHR qui communiquent des informations sur les produits, les types d'aides techniques et les aides financières. Plus globalement, on note une forte présence des organisations caritatives en Suède. Ce sont à la fois des associations d'usagers et des organisations politiques, qui sont en partie financées par le gouvernement et qui tentent d'influencer les politiques sur le handicap.

Notre interlocuteur de l'association DHR considère que l'information délivrée par les régions n'est pas suffisante. L'association a donc créé un prospectus pour indiquer les démarches aux usagers pour leur première visite au centre d'aides techniques de la région ou à l'ergothérapeute. L'association leur recommande notamment de bien cibler leurs besoins de fauteuil roulant avant leur premier rendez-vous. Notre interlocuteur prend l'exemple des informations manquantes sur les scooters électriques que la région devrait essayer de diffuser aux usagers. Les usagers sont notamment mal informés des problèmes qu'ils peuvent potentiellement rencontrer avec ces scooters : difficultés à emprunter les trains nationaux ou impossibilité de circuler dans des magasins de petite taille.

E) Le recyclage, un moyen de réduire les coûts financiers et environnementaux

D'après notre interlocutrice du centre d'aides techniques de Boden, le reconditionnement d'un fauteuil roulant tout-terrain ou de confort coûte maximum 1000 SEK (86€). Un fauteuil roulant tout-terrain coûte 6500 SEK (582€) à la région et un fauteuil de confort environ 9000 SEK (806€). Le reconditionnement est donc 6 à 10 fois moins coûteux que l'achat d'un fauteuil roulant neuf. Sans le recyclage, notre interlocutrice du centre de Boden estime que leurs coûts seraient au moins 5 à 6 fois plus élevés. Selon elle, la satisfaction du patient est la même que le fauteuil roulant soit neuf ou recyclé.

Nos interlocutrices du centre d'aides techniques de Stockholm font le même constat dans leur centre : le reconditionnement représente une économie importante pour les fauteuils roulants. Elles estiment qu'un fauteuil roulant standard a une espérance de vie de 7 à 10 ans, ce qui lui permettra d'être utilisé par 4 ou 5 personnes. La qualité des fauteuils roulants présents sur le marché suédois et des pays nordiques est jugée très élevée, ce qui facilite le recyclage. En Suède, une loi garantit la qualité des aides techniques : *the medical device regulation* (MDR). Environ 10% des fauteuils roulants standards délivrés sont achetés par la région tandis que le reste sont des fauteuils recyclés.

F) Les enjeux et défis actuels

Iniquités territoriales d'offres et de restes à charge

Nos interlocuteurs (association DHR, centre de Boden, centre d'Eskilstuna, centre public de Stockholm, centre Sodexo de Stockholm, responsable des appels d'offres de Stockholm) relèvent et dénoncent les disparités d'offres et de restes à charge entre les régions suédoises. Les disparités d'offre entre comtés sont très fortes. L'offre proposée au niveau régional dépend du budget qui est alloué par la région à ce poste de dépenses (ces données ne sont toutefois pas disponibles). Les régions les plus riches selon leur PIB par habitant bénéficient généralement d'offres bien dotées (Stockholm, Malmö, Södermanland par exemple) au contraire des régions moins riches (Blekinge par exemple). Cela peut créer une incitation pour certaines personnes en situation de handicap à déménager à Stockholm où elles sont sûres de disposer de toutes les aides dont elles ont besoin. Dans les régions moins bien dotées, les personnes qui souhaitent un déambulateur doivent l'acheter par leurs propres moyens tandis qu'en Södermanland, les personnes peuvent même disposer de deux déambulateurs, un pour l'intérieur et un autre pour l'extérieur. En revanche, les couvertures lestées qui continuent d'être prises en charge dans d'autres régions ne le sont plus dans la région de Södermanland qui considère que leur efficacité n'est pas prouvée. Nos interlocuteurs considèrent que les besoins des populations sont globalement les mêmes sur l'ensemble du territoire, ce qui rend les différences d'offres régionales inéquitables. Cependant, certaines différences dans l'offre régionale sont justifiées. Il y a par exemple une plus grande gamme d'aides techniques en Norrbotten qu'en Scanie, notamment en termes de fauteuils roulants électriques. Cela s'explique notamment parce qu'il y a peu de moyens de transport dans la région Norrbotten (seulement des bus) et les habitants ont besoin d'un fauteuil roulant électrique puissant pour se déplacer loin même en période de froid ou de neige.

Par ailleurs, ces inégalités régionales sont problématiques en cas de déménagement : les personnes à mobilité réduite qui changent de région doivent rendre leur fauteuil roulant prêté par la région d'origine et s'en procurer un nouveau dans l'offre de la nouvelle région d'accueil. Non seulement l'utilisateur n'est pas sûr d'obtenir le même modèle de fauteuil mais il peut faire face à des délais d'attente importants. L'association DHR et notre interlocutrice de la région Norrbotten défendent une harmonisation des offres au niveau régional, calée sur la meilleure offre, donc celle des régions les plus dotées telles que la région de Stockholm. Cependant, d'après les responsables des appels d'offre de cette région, si la convergence devait se réaliser par un alignement sur ce qui est proposé dans la région de Stockholm, ce serait trop coûteux à supporter pour d'autres régions moins peuplées et moins riches qui ne disposent pas d'un budget aussi important que le comté de Stockholm. Un rapport du

gouvernement est en cours sur la question de la convergence des offres et devrait être rendu public à l'automne 2023.

Notre interlocuteur de DHR s'insurge également contre les inégalités régionales concernant les frais appliqués aux patients. Même si les frais ne sont pas élevés dans l'absolu, ils peuvent peser sur le budget des personnes à mobilité réduite qui rencontrent souvent des difficultés à s'insérer sur le marché du travail et ont donc de faibles revenus. Il y a une multitude de petits paiements qui cumulés, peuvent finir par représenter un montant important. L'association recommande la suppression des restes à charge dans l'ensemble des régions suédoises. De même, la responsable du centre Sodexo à Stockholm dénonce comme inéquitable le fait qu'il faille déboursier un reste à charge pour les fauteuils roulants électriques à Stockholm. Cela représente en outre des démarches administratives conséquentes pour facturer le reste à charge.

Une réforme du Libre choix qui n'a pas bouleversé la distribution des fauteuils roulants en Suède

Dans le Comté de Stockholm, environ 2% seulement des prescriptions de fauteuils roulants se déroulent dans le cadre du système de Libre choix, ce qui montre la très faible diffusion du dispositif.

Notre interlocuteur de la **DHR (région de Stockholm)** souligne l'importance d'étendre l'offre de fauteuils roulants mais admet les freins importants au libre choix : la responsabilité accrue de l'utilisateur, notamment dans le choix du fauteuil ou la prise en charge des éventuelles réparations, et les potentiels coûts supplémentaires induits par le système de libre choix par rapport au système de distribution traditionnel. Il observe qu'aucun adhérent de l'association n'a opté pour le libre choix alors qu'il est accessible dans la région de Stockholm.

Notre interlocutrice du **centre d'aides techniques de Boden** estime que le système actuel est suffisamment efficace pour la fourniture des fauteuils roulants ; le libre choix lui semble inutile (Boden se situe dans le comté de Norrbotten qui n'a pas mis en place l'expérimentation). Notre interlocutrice de Boden organise des réunions avec des organisations qui représentent les usagers d'aides techniques et observe qu'elles sont généralement satisfaites de l'offre publique existante (certaines se bornent par exemple à demander davantage de choix de couleurs pour les aides à la mobilité). Cette position est aussi celle défendue par nos interlocutrices du centre public d'aides techniques de Stockholm. A Stockholm, la **gamme d'aides techniques proposées par la région étant suffisamment fournie** pour répondre aux besoins de la plupart des usagers, **le libre choix serait inutile**. Par exemple, pour les fauteuils roulants actifs, la région de Stockholm recourt à 4 fournisseurs différents sur les 6 existants en Suède, ce qui permet de proposer un choix conséquent à l'utilisateur. Une autre raison rendrait inutile le libre choix : une procédure spéciale nommée "**le cas individuel**". Si l'ergothérapeute pense qu'une aide technique en dehors de la gamme régionale est nécessaire pour répondre aux besoins du patient, cette procédure spéciale permet au centre d'acheter cette aide.

De plus, la majorité des patients ne seraient pas en mesure d'évaluer par eux-mêmes leurs besoins et anticiper l'évolution de leur état de santé sans l'aide d'un professionnel de santé. Pour notre interlocutrice de la région de Norrbotten, le système actuel fonctionne bien pour que le patient reçoive l'aide la plus adaptée : l'ergothérapeute évalue les besoins et fournit l'aide au patient, si celle-ci ne convient pas, elle est renvoyée au centre et remplacée par une autre. En cas d'aide inadaptée, le

changement est plus difficile à réaliser lorsqu'elle a été achetée. Les aides achetées ne sont pas non plus recyclées.

Notre interlocutrice du **centre d'aides techniques d'Eskilstuna (Södermanland)** dresse un bilan plutôt négatif de l'expérimentation du libre choix qui a commencé en 2007 dans la région de Södermanland. Dans cette région, le libre choix a été une option très peu choisie par les usagers (jusqu'à une cinquantaine de cas par an maximum) et l'expérimentation a finalement été abandonnée en 2020. D'après cette interlocutrice du centre d'Eskilstuna, l'échec de l'expérimentation s'explique par la capacité limitée des usagers à choisir leur aide technique et par la moindre efficacité de ce système par rapport au système de prescription traditionnel. Un usager qui achète un fauteuil électrique d'une valeur d'environ 70 000 SEK avec le voucher et qui s'aperçoit après deux ou trois mois d'utilisation que le fauteuil ne lui convient pas, risque de retourner au centre d'aides techniques public et réclamer un nouveau fauteuil de la région, ce qui entraîne un gaspillage des ressources pour la collectivité.

Malgré la suppression du libre choix dans la région Södermanland, des vestiges de cette politique subsistent avec la politique du **Special Appliance (Demande spéciale)**. Elle permet à l'utilisateur de faire une demande de fauteuil roulant en-dehors de l'offre régionale tout en suivant le circuit de prescription traditionnel. C'est toujours le centre qui fournit le matériel et assure le suivi. Notre interlocutrice du centre d'aides techniques d'Eskilstuna nous donne l'exemple d'un fauteuil roulant très léger construit en titane qui n'a été demandé que par 8 usagers dans la région dans le cadre de cette possibilité offerte par la « Demande spéciale ». Ce sont des usagers très actifs qui utilisent leur fauteuil roulant pour l'entraînement. Cette politique de demande spéciale ne concerne qu'une minorité d'utilisateurs, elle est tout aussi confidentielle que la politique du libre choix.

Deux responsables du **centre d'aides techniques public de Stockholm** nous ont partagé leur expérience du libre choix. Le libre choix est en place dans la région de Stockholm depuis 2007 pour les trois types d'aides techniques. Concernant les fauteuils roulants, le libre choix a d'abord suscité un grand intérêt de la part des usagers mais cet intérêt a rapidement décliné. Selon elles, les usagers de fauteuils roulants se sont rapidement rendu compte que le libre choix impliquait plus de responsabilités. Les responsables du centre d'aides techniques de Stockholm ont un avis mitigé sur le libre choix. Elles pensent qu'il peut convenir à certaines aides techniques (comme des appareils simples, des cannes ou déambulateurs) mais elles représentent qu'une petite part des aides prescrites. La majorité des aides techniques nécessiterait **le conseil d'un expert**. C'est notamment le cas des fauteuils roulants, qui nécessitent beaucoup d'adaptations ; l'aide d'un spécialiste pour évaluer les besoins de l'utilisateur sur le long terme est indispensable, d'autant plus si l'utilisateur a un handicap cognitif (ce qui est courant). **Les prescripteurs sont souvent mal informés** sur les règles qui encadrent le libre choix. Les centres forment les professionnels de santé au système de prêt mais **ils ne les forment pas au libre choix**. Il n'existe pas de suivi particulier pour les prescripteurs du libre choix. Par ailleurs, les **intérêts commerciaux** du vendeur peuvent l'inciter à conseiller à l'acheteur une aide qui ne répondrait pas entièrement à ses besoins.

Un autre problème du libre choix est en lien avec l'offre proposée par les entreprises privées. **Les entreprises qui vendent des aides techniques préfèrent les vendre aux centres publics ou aux centres Sodexo** plutôt que directement aux usagers. Lorsqu'elles vendent aux usagers dans le cadre du libre choix, elles ont moins de pouvoir car la loi du consommateur s'applique alors et celle-ci s'avère plus protectrice pour l'acheteur. Le consommateur a plus de droits (ex : droit de rétractation sous 30 jours) que les centres d'aides techniques. Dans ce contexte, le patient qui souhaite acheter son aide

technique peut dans certains cas rencontrer des **difficultés pour trouver le matériel** qu'il souhaite. On trouve plus facilement des aides techniques simples dans les commerces de proximité, notamment des fauteuils roulants manuels standards ou actifs, des déambulateurs, des cannes, etc. Dans le cas du libre choix, **les aides techniques proposées dans les magasins correspondent à des modèles standards**, notamment pour les fauteuils roulants. Le libre choix ne permet pas d'ajouter beaucoup d'options au fauteuil, de l'adapter aux besoins du patient. Par conséquent, pour les fauteuils roulants, **la qualité des fauteuils vendus** ne serait pas toujours aussi bonne que dans les centres publics. En outre, les enquêtées du centre d'aides techniques public de Stockholm ne pensent pas que le libre choix permettrait de raccourcir les délais pour obtenir une aide technique, au moins dans une ville comme Stockholm. A Stockholm, les délais pour obtenir une aide technique dans un centre public sont assez courts car les centres ont beaucoup de commandes et de stocks, ce qui permet de livrer rapidement les aides techniques. Enfin, d'après les responsables du centre d'aides techniques public de Stockholm, **le service après-vente est souvent plus qualitatif lorsqu'il est réalisé par un centre régional que par un distributeur privé**. Par exemple, le centre peut se rendre au domicile de l'utilisateur pour récupérer le fauteuil et le réparer au centre, ou bien directement le réparer sur place tandis que les entreprises ne se déplacent pas.

D'après les enquêtées, le libre choix n'a pas été instauré pour des raisons économiques car il **est plus coûteux pour le gouvernement**, notamment du fait de l'absence de recyclage. De plus, le **voucher dédié à la maintenance est insuffisant au regard de l'espérance de vie du fauteuil**. Il permet peut-être de prendre en charge les réparations pour un ou deux ans seulement, ce qui incite l'utilisateur à racheter un nouveau fauteuil roulant rapidement plutôt que de le réparer.

Une incitation récente à la baisse des coûts

D'après les responsables des appels d'offre à Stockholm, depuis quelques années, les politiciens cherchent des moyens de réduire les coûts au niveau régional (en réduisant l'offre ou en augmentant les recettes). Les frais sur les fauteuils roulants électriques ont été introduits en 2020 pour augmenter les recettes. D'après nos interlocutrices, ces frais supplémentaires ne menacent pas l'accès aux fauteuils car les usagers modestes peuvent recourir aux services sociaux pour obtenir un fauteuil de telle sorte que personne ne reste sans fauteuil. De plus, elles soulignent qu'il existait de la surprescription pour certains fauteuils (certains usagers disposent de plusieurs fauteuils roulants). Certains fauteuils qui n'étaient plus utilisés ont été retournés à la région depuis la mise en place de ces frais. En effet, une piste de réduction des coûts qui a été mise en place récemment est de vérifier que le fauteuil est bien utilisé. Toutes les informations sur le fauteuil (réparation, changement de roues, certains centres appellent les usagers pour vérifier que le fauteuil est toujours bien utilisé) sont utiles pour la région pour savoir s'il faut continuer à payer pour le fauteuil. Si la région n'a aucune information, elle arrête de payer pour le fauteuil. Dans certaines régions, des produits autrefois remboursés ont été retirés de la liste, obligeant les usagers à les acheter eux-mêmes.

III/ Aides auditives

D'après un interlocuteur de l'entreprise Eartech, on trouve en Suède 550 000 usagers d'appareils auditifs et un million et demi de personnes avec une déficience auditive. Au moins 90 000 prescriptions

d'appareils auditifs ont été réalisées en 2020 (Socialstyrelsen, 2021). Le volume de prescription diffère selon les régions, il est le plus élevé dans la région de Blekinge et le plus faible en Kalmar. La durée de vie moyenne d'une aide auditive est autour de 5-6 ans. Ces produits ne sont pas recyclés par les comtés, donc chaque prothèse distribuée est neuve.

Deux catégories de produits sont présentes sur le marché suédois : les intra-auriculaires (ITE) et les contours d'oreille (BTE). Chaque comté possède sa propre gamme de produits en fonction du contrat qu'il a signé avec le fabricant. Néanmoins les comtés ont l'obligation de fournir des appareils ayant certaines fonctions. Les produits distribués sont de bonne qualité et la technologie dépend de la sévérité de la déficience, donc du besoin de l'utilisateur. Les usagers peuvent également acquérir leurs appareils auditifs sur le marché privé, qui est peu développé en Suède (excepté dans les régions qui ont mis en place le libre choix). Les aides auditives achetées dans le privé sont essentiellement des produits haut-de-gamme, donc assez chères.

A) Une distribution principalement assurée par les centres d'audition

Le circuit de distribution des aides auditives est double : les fabricants internationaux sont en contact avec d'une part les magasins privés, et d'autre part avec les centres d'audition, qui sont les deux distributeurs directs des appareils aux usagers. Les fabricants présents en Suède sont tous de grands fabricants internationaux (Phonak, Siemens, Oticon, Widex, Resound et Beltone). Comme aucun n'est suédois, cela implique des coûts d'importation des produits.

La distribution des prothèses auditives aux usagers est assurée en large majorité par les centres d'audition suédois, qui achètent les produits auprès des fabricants via des appels d'offre. Ces centres d'audition appartiennent au comté mais peuvent être gérés par des entreprises privées, sous contrat avec le comté. Le comté définit alors les grandes lignes et les objectifs de distribution à atteindre dans le centre. 40 centres d'audition sont présents en Suède, ce qui correspond à entre 1 et 3 centres par comté. Compte tenu de la géographie du pays, le centre d'audition peut être relativement éloigné du domicile de l'utilisateur, parfois jusqu'à une centaine de kilomètres. Chaque centre d'audition procède à des appels d'offres puis établit des contrats de 2 ans, avec un à cinq fabricants sélectionnés. Ces contrats plutôt courts par rapport à ceux qui prévalent pour d'autres aides techniques permettent d'acquérir les dernières innovations technologiques dans l'offre publique, avec toutefois un peu de retard par rapport au marché privé.

Des appels d'offre passés au niveau régional

Les appels d'offre sont préparés environ un an et demi à l'avance. Ils aboutissent à des contrats avec les fabricants qui durent 2 ans et qui peuvent être renouvelés deux fois pour un an, ce qui fait 4 ans au maximum. Certaines régions se regroupent pour les passer, notamment 7 régions du centre (hors Stockholm) et 2 du Nord. D'après une audiologiste et enseignante-chercheuse en Örebro, ce groupe de 7 régions propose un large choix d'appareils auditifs aux usagers, que ce soit en termes de modèles ou de types d'appareils, notamment du fait qu'ils ont choisi plusieurs fabricants. D'autres régions n'ont pas une gamme de choix aussi large et n'ont pas contracté avec autant de fabricants différents. Se regrouper permet d'avoir une offre plus importante d'appareils auditifs et des prix plus bas. Néanmoins, cela implique d'avoir des similitudes en termes de populations, de besoins, de frais payés

par l'utilisateur, etc. Si les différences sont trop grandes, il est difficile de se regrouper pour faire les appels d'offres.

Une responsable des appels d'offres pour les appareils auditifs en Scanie nous a expliqué le fonctionnement détaillé des appels d'offre. Parmi les régions suédoises, la Scanie est le 3ème plus gros acheteur d'aides auditives. La région de Scanie a des accords avec tous les fournisseurs présents sur le marché suédois afin de proposer une large gamme d'appareils auditifs. Concernant le processus des appels d'offre, en tout premier lieu la responsable des appels d'offres analyse les statistiques des 4, 5 ou 6 dernières années concernant le nombre d'appareils auditifs prescrits chaque année et le budget que cela représente. Elle fait ensuite des pronostics sur les besoins futurs pour savoir combien d'appareils elle va devoir acheter et à quel prix. Les commandes prévisionnelles doivent respecter l'enveloppe budgétaire qui est provisionnée. Une fois le budget validé, un groupe d'environ 6 experts (dont des audiologistes) se réunissent afin de déterminer des critères de sélection des appareils auditifs. Ensemble, ils évaluent les besoins en appareils auditifs, les nouvelles technologies qui vont sortir et leur pouvoir d'achat avec le budget. Une fois les besoins déterminés, les appels d'offres peuvent commencer. Parmi les fabricants en lice, les experts choisissent ceux dont les appareils répondent aux critères retenus au meilleur prix, mais ils prennent également en compte la qualité du service après-vente.

Il y a des règles à suivre pour passer les appels d'offres mais elles laissent une certaine liberté dans le choix des aides. Le budget paraît suffisant à la responsable des appels d'offre de la région Scanie pour acheter des aides de qualité qui répondent aux besoins des patients, et elle considère en outre qu'il en est de même dans chacun des comtés suédois. A chaque nouvel accord, chaque région a accès aux prix qu'ont obtenu les autres régions et leurs fournisseurs, car les données concernant les appels d'offres sont rendues publiques. Certaines régions payent un prix fixe pour chaque appareil auditif qu'elles achètent à un fournisseur, quel que soit l'appareil. Si le fournisseur veut vendre un appareil de dernière génération à la région, il doit accepter de le vendre au prix fixe. Ce prix est de 1600 SEK (147€) pour la région de Scanie. Il reste inchangé en cas de renouvellement du contrat. La responsable des appels d'offre de la région Scanie considère que sa région dispose d'un accord favorable avec un bon prix.

Contrairement aux autres régions, **les régions de Scanie et de Stockholm** doivent faire face à la **concurrence du marché privé**, qui tire son attractivité du système du libre choix. Malgré cette concurrence, l'objectif de ces deux régions est de continuer à fournir autant d'appareils auditifs avec une faible contribution des usagers. Le seul moyen de concurrencer le marché privé consiste à adapter leurs offres d'appareils auditifs, notamment en les élargissant (en ayant plus de fournisseurs) et en choisissant les meilleurs appareils auditifs. Aujourd'hui, la région de Scanie achète un appareil auditif à 1600 SEK (147€) tandis que le voucher est de 1800 SEK (165€). Les cliniques privées sont donc mieux payées que les fabricants qui vendent leurs appareils auditifs à la région. Lors de l'appel d'offres, la responsable des appels d'offre de la région Scanie essaye d'imposer aux fabricants d'appareils auditifs le prix le plus bas possible pour acheter leurs appareils auditifs dans l'optique d'optimiser la dépense publique de la région. Néanmoins, elle doit aussi prendre en compte le marché privé pour fixer son prix, et regarder notamment le montant du voucher, pour éviter un écart trop important qui inciterait les industriels à ne servir que le marché privé, alors devenu beaucoup plus profitable que le marché public. Elle n'a pas de prise sur le montant du voucher, qui est décidé par les politiciens. Par exemple,

si elle décide de fixer son prix à 900 SEK (83€), tous les fabricants risquent de se tourner vers le marché privé pour vendre leurs appareils auditifs car ce sera plus rentable pour eux.

La responsable des appels d'offre de la région Scanie estime que 1600 SEK est un bon prix pour un appareil auditif même si elle souhaiterait encore baisser ce prix. Certaines régions arrivent à payer seulement 900 SEK par appareil auditif mais elles n'ont pas à prendre en compte le marché privé pour fixer leur prix. Ces régions ont d'autres leviers pour faire baisser les prix. Par exemple, elles peuvent renforcer la concurrence en sélectionnant seulement 3 fabricants sur les 5, ceux-ci sont alors amenés à baisser leurs prix pour faire partie des fournisseurs sélectionnés. Le comté de Stockholm présente un système similaire à celui du comté de Scanie. A Stockholm, les patients payent plus cher qu'en Scanie les appareils achetés via le libre choix. Ces écarts s'expliqueraient par le fait que la Scanie a plus de fournisseurs et offre des appareils auditifs plus performants dans sa gamme publique, ce qui contraint le secteur privé à modérer les tarifs de ses produits. Le fait que Stockholm n'ait pas les meilleurs appareils auditifs dans sa gamme publique favorise le développement du marché privé. Un audiologiste d'une entreprise indépendante (Audiologiska) confirme que l'assortiment régional en Scanie est meilleur que celui de Stockholm même si Stockholm est en train d'améliorer son offre publique. Cet interlocuteur considère qu'à Stockholm la gamme est correcte mais qu'il manque les dernières générations d'appareils auditifs. D'après lui, lorsque la région présente ses besoins aux fabricants, ces derniers sont tentés d'écouler des appareils des 2 ou 3 dernières générations qui respectent toutefois les critères de la région et réserver leurs derniers appareils pour le marché privé.

Un recours important au Libre choix dans les comtés de Stockholm et de Scanie

Le gouvernement, via les comtés, est le plus gros distributeur d'aides auditives en Suède. En parallèle, le marché privé se développe progressivement. Les usagers peuvent utiliser le chèque accordé par leur centre d'audition public pour acheter leur appareil dans le privé. Les magasins privés peuvent aussi fournir des prothèses sans prescription aux usagers qui renoncent à profiter du système de prise en charge public. Des contrats d'exclusivité entre les fabricants et les magasins sont mis en place pour certains produits ou pour des gammes complètes de produits. Le développement du marché privé s'explique en partie par le système de libre choix (voucher) mis en place en 2008 à Stockholm et en Scanie. D'autres régions ont commencé récemment à mettre en place ce système pour les appareils auditif mais avec une portée encore limitée.

L'objectif du libre choix était de réduire les listes d'attente pour obtenir un appareil auditif (et ainsi réduire le non-appareillage) et de donner plus de liberté au patient dans le choix de ses appareils auditifs. Pour bénéficier du libre choix, le patient suit le même circuit que pour le système de location classique. Le dispositif du libre choix est proposé par des cliniques d'audioprothèses autorisées et agréées par le conseil général ou la région. Actuellement, environ 54 cliniques privées ont été autorisées à Stockholm et environ 13 en Scanie. Le patient choisit la clinique où il veut se rendre puis il choisit entre deux options, la première dans laquelle il emprunte un appareil auditif de la gamme régionale ou l'autre dans laquelle il achète son appareil auditif parmi la gamme privée de la clinique grâce au chèque payé par la région. A Stockholm, le chèque est de 2380 SEK (216€) pour un appareil auditif ; il est de 1800 SEK (165€) en Scanie. La plupart des cliniques appartiennent à des fabricants d'appareils auditifs, dès lors elles sont fortement incitées à vendre en priorité leurs appareils auditifs.

Cela pose un problème éthique car le patient est censé pouvoir librement choisir entre les deux gammes.

La responsable des appels d'offre en Scanie considère que l'offre privée, comme l'offre publique, dispose d'appareils auditifs de très bonne qualité, mais à un prix beaucoup plus élevé. En Scanie, la gamme privée n'est selon elle pas plus importante ou de meilleure qualité que la gamme publique. La région de Scanie ayant passé des accords avec tous les fournisseurs d'appareils auditifs présents sur le marché suédois, elle dispose d'une large gamme d'appareils auditifs. Elle dispose des appareils auditifs les plus récents et les plus performants de chacun des fournisseurs, sauf de deux fabricants qui les gardent pour leurs propres cliniques. De même, d'après une audiologiste et enseignante-chercheuse en Örebro, l'offre publique à Stockholm propose des appareils auditifs d'aussi bonne qualité que l'offre privée. L'offre privée dispose certes des dernières technologies en avance par rapport au public, mais ces nouveaux appareils ne répondent pas nécessairement mieux aux besoins des personnes. D'après un interlocuteur de l'entreprise Eartech, les fabricants proposent généralement l'avant-dernière génération des appareils auditifs à la région, car ces produits sont en train de perdre en valeur étant déjà en circulation sur le marché international.

En Scanie et à Stockholm, 90% des personnes ayant une perte auditive se rendent dans une clinique privée. Les cliniques publiques ne sont fréquentées que par les patients souffrant de perte auditive sévère ou complexe. Chaque année, parmi ceux qui se rendent dans une clinique privée en Scanie, 60% choisissent un appareil de la gamme privée et 40% choisissent la gamme régionale. A Stockholm, sur les 7000 prescriptions d'appareils auditifs par an, seulement 10 à 15% des appareils sont prêtés tandis que le reste est acheté avec le voucher. Si le patient choisit la gamme régionale, il disposera de son appareil gratuitement et ne devra payer que les frais d'essai de l'appareil (600 SEK à Stockholm, 1000 SEK en Scanie). En Scanie, parmi les 60% qui choisissent la gamme privée, 90% d'entre eux doivent payer plus de 1000 SEK pour leur appareil auditif. Cette proportion qui doit payer un supplément ne cesse d'augmenter, ce que notre interlocutrice de Scanie responsable des achats régionaux réproouve car la gamme publique permet d'avoir de très bons appareils auditifs pour seulement 1000 SEK. Au sein de la région Scanie, il existe de fortes disparités dans la proportion des patients qui choisissent l'offre publique : 40% au niveau régional mais ce taux atteint 90% dans certaines petites cliniques indépendantes. C'est cette répartition largement en faveur du secteur public que notre interlocutrice et les politiciens à l'origine du libre choix voudraient observer dans toutes les cliniques privées.

B) Système de prise en charge public

Prise en charge financière

Les critères d'éligibilité à une prise en charge publique sont simples et définis de façon large : toute personne nécessitant une prothèse auditive est éligible. Cette prise en charge se traduit par un prêt de la prothèse évaluée comme la plus adaptée par le centre d'audition le plus proche du domicile de l'utilisateur. Les prothèses auditives sont alors distribuées aux usagers par les centres d'audition sans reste à charge pour l'utilisateur ou pour un faible coût. De plus, les consultations et les visites d'évaluation de la déficience sont parfois prises en charge par les centres d'audition. Dans certaines régions, les usagers peuvent également se rendre dans une clinique privée et bénéficier d'une prise en charge publique grâce au système du libre choix. Ils achètent alors leurs appareils grâce à un voucher.

Des prix faibles obtenus par les comtés et des restes à charge limités dans le secteur public

Les prix des produits vendus par les fabricants aux centres d'audition dépendent de l'appel d'offres de chaque comté. Depuis le lancement des appels d'offres au niveau des comtés, les prix ont diminué. Les personnes rencontrées au cours de notre voyage d'étude en Suède en 2022 nous ont fourni les prix d'achat des appareils auditifs lors du dernier appel d'offres de leur région (voir tableau 13). Nous avons ainsi récolté les prix d'achat pour quatre régions : Stockholm, Scanie, Södermanland et Norrbotten. On observe que l'intervalle des prix régionaux obtenus pour un appareil auditif est réduit : le prix minimum est de 1 356 SEK (117€) et le prix maximum est de 2 230 SEK (190€). On trouve les prix les plus élevés dans la région de Stockholm, dont le pouvoir de négociation avec les fabricants est plus faible qu'ailleurs en raison de la concurrence avec le marché privé. En effet, le marché privé y étant plus développé que dans les autres régions, les fabricants peuvent également vendre leur produit aux distributeurs privés. Les régions de Södermanland et de Norrbotten ont fait le choix de ne pas fournir les appareils auditifs d'entrée ou de milieu de gamme. En effet, la région Södermanland ne propose que des appareils auditifs de classe 3.

Tableau 13 : Prix d'achat régionaux des aides auditives (récoltés en 2023)

	Stockholm	Scanie	Södermanland	Norrbotten
Classe 1				
RIC <i>Oticon Siya RIC</i>	1 700 SEK (145€) [Bernafon Zerena 5 minirite]	1 600 SEK (136€) [Bernafon Alpha 9 minirite]		
CIC/IIC/ITE <i>Signia Silk 3NX</i>	2 100 SEK (179€) [Bernafon Zerena 5 Custom]	1 600 SEK (136€) [Bernafon Alpha 9]		
BTE <i>Phonak B30 P</i>	2 100 SEK (179€) [Bernafon Zerena 5 BTE]	1 600 SEK (136€) [Bernafon Alpha 9 MNB]		
Classe 2				
RIC <i>Oticon More 2</i>	1 500 SEK (128€)	1 600 SEK (136€) [Phonak Audéo M90-RT]		1 395 SEK (120€) [Oticon More 1 Minirite T]
CIC/IIC/ITE <i>Starkey Muse iQ i2000</i>				1 399 SEK (121€) [Resound Quattro 9 ITE]
BTE <i>Signia Motion 5nx</i>		1 600 SEK (136€) [Signia Motion 13 7Nx]		1 639 SEK (141€) [Signia Motion 7X]
Classe 3				
RIC <i>Phonak Audéo Paradise 90R</i>	1 806 SEK (154€) [Signia Charge & Go 7X]	1 600 SEK (136€) [Signia Pure Charge&Go T 7AX]	1 600 SEK (136€)	1 800 SEK (155€)
CIC/IIC/ITE <i>Widex Moment 440 CIC</i>	2 230 SEK (190€)	1 600 SEK (136€)		1 356 SEK (117€)

BTE <i>Starkey Livio AI 2400 BT</i>	2 230 SEK (190€) [Widex Moment BTE 13 D 440]	1 600 SEK (136€) [Widex Moment BTE 13 D 440]		1 599 SEK (138€) [Resound Omnia RU977 DWC]
--	---	---	--	---

Notes : Lorsque les modèles choisis pour la comparaison ne sont pas référencés dans l'offre régionale, des modèles similaires sont indiqués entre crochets. Cases grisées : il n'existe pas de modèle équivalent.

Sources : Sites vardgivarguiden.se, kommsyn.se, horsellinjen.se, vardgivare.skane.se. Centre d'audition de Stockholm, centre d'audition d'Eskilstuna, centre d'audition de Norrbotten.

Une étude menée par la Sécurité sociale suédoise (Socialstyrelsen, 2021) a récolté les données relatives aux frais payés par les usagers d'aides auditives dans les régions suédoises en 2020. En 2020, 85% des régions facturent des frais pour les prothèses auditives destinées aux adultes mais aucune ne facture de frais pour les moins de 18 ou 20 ans.⁴⁸ Les prothèses auditives constituent l'aide technique associée à la plus forte fréquence de facturation de frais par les comtés. La région de Värmland facture des frais en pourcentage de la valeur de l'aide (20 % de la valeur de l'aide) et facture également une assurance coûteuse pour les appareils auditifs. D'après cette étude, les autres régions facturent des frais compris entre 340 SEK et 1 200 SEK (32€ à 112€). Fin 2022, d'après une audiologiste et enseignante-chercheuse en Örebro, à part les régions qui ont des frais d'abonnement (notamment l'Örebro), les autres régions ont des frais pour la prescription d'un ou plusieurs appareils auditifs qui peuvent varier de 500 SEK à 1500 SEK (46€ à 136€). Cette augmentation des frais entre les deux sources peut potentiellement s'expliquer par la forte inflation qui touche la Suède depuis le début de la guerre en Ukraine (février 2022). Les régions peuvent aussi demander des frais de visite. Dans certaines régions, les usagers ne payent pas leurs appareils s'ils coûtent moins d'un certain montant (par exemple, 2000 SEK (182€)) mais payent la différence si la valeur dépasse ce montant. Par exemple, si l'appareil coûte 6000 SEK (545€) sur le marché, l'utilisateur paye 4000 SEK (364€). Les contributions demandées aux usagers, comme la gamme de produits proposée par les centres d'audition, sont donc variables d'un comté à l'autre.

Pour notre étude, nous avons récolté les frais demandés aux patients dans plusieurs comtés : Stockholm, Scanie, Södermanland, Norrbotten et Örebro (voir tableau 14). Si on prend en compte le reste à charge total de l'utilisateur, qui comprend donc les frais liés à la visite médicale et à l'essai des appareils auditifs, on remarque que les différences entre comtés sont ténues. En effet, les restes à charge varient entre 800 SEK et 1250 SEK (69€ à 109€). Dans certaines régions, les frais d'essai sont doublés s'il y a deux appareils mais ce n'est pas le cas pour les régions sélectionnées. Pour ces dernières, le patient paye les frais d'essai à chaque nouvelle prescription, que l'appareillage soit mono- ou stéréophonique. La région d'Örebro se distingue des autres régions car elle applique des frais de location invariable quel que soit le nombre ou le type d'aide technique (aides auditives, fauteuils roulants, etc.). Ces frais de location à hauteur de 65 SEK (6€) par mois durent tant que l'utilisateur utilise son aide technique. Le délai de renouvellement des appareils peut varier selon les régions mais se situe autour de 4 ans (ce délai est obligatoire en Scanie mais contournable à Stockholm). Pour la région d'Örebro, si l'appareil auditif est loué par l'utilisateur pendant 4 ans, alors les frais de location s'élèvent à 3120 SEK (274€), auxquels on ajoute 200 SEK (17€) pour la première visite médicale, ce qui donne un reste à charge de 3320 SEK (291€). Par rapport aux autres régions le reste à charge est ainsi au moins doublé pour les usagers.

⁴⁸ 18 régions sur 21 ont répondu à la question sur les frais des aides visuelles. 20 régions ont répondu pour les frais des prothèses auditives.

Tableau 14 : Frais des patients selon les comtés en 2023

	Stockholm	Scanie	Södermanland	Norrbottnen	Örebro
Frais de visite médicale	250 SEK (22€)	200 SEK (17€)	400 SEK (35€)	300 SEK (26€)	200 SEK (17€)
Frais d'essai ou de location	600 SEK (52€)	1000 SEK (87€)	850 SEK (74€)	500 SEK (43€)	65 SEK (6€) par mois
Frais totaux	850 SEK (74€)	1200 SEK (104€)	1250 SEK (109 €)	800 SEK (69€)	3320 (291€)

Notes : Les frais totaux à Örebro correspondent aux frais de visite médicale auxquels on ajoute les frais de location pour 4 ans d'appareillage.

Sources : Sites 1177.se, horsellinjen.se, Région Norrbotten (nllplus.se).

Des restes à charge globalement plus élevés dans le secteur privé

Dans le secteur privé, les prix des prothèses auditives affichés en vitrine sont bien plus élevés que ceux obtenus par les comtés. En 2022, pour le magasin Audionova que nous avons visité à Stockholm, les prix vont de 2 980 SEK (261€) (pour un appareil d'entrée de gamme) à 25 000 SEK (2 193€) (pour un appareil haut de gamme). Dans les magasins privés, les services proposés par les audiologistes sont les mêmes que dans les centres d'audition, à la différence qu'ils sont payants. Dans le prix sont inclus la garantie constructeur de 3 ans ainsi que les réglages et adaptations pour une période de 6 mois. Contrairement aux centres d'audition, les aides auditives achetées chez les revendeurs privés ne bénéficient pas de réduction de TVA, le taux est alors de 25%. D'après un audiologiste d'une entreprise indépendante (Audiologiska), au début du libre choix, il y avait d'importantes différences de prix entre les magasins privés d'appareils auditifs et le consommateur pouvait choisir sa clinique selon ce critère mais actuellement les prix ont convergé et les différences sont minimales. D'après un audiologiste employé chez Audionova à Stockholm, les prix des appareils auditifs varient d'une entreprise à l'autre mais toutes les entreprises offrent certains modèles qui laissent un reste à charge limité à 600 SEK (52€) pour concurrencer les modèles de la gamme publique (qui impliquent des frais d'essai à 600 SEK). Les entreprises préfèrent que les patients choisissent l'achat plutôt que l'emprunt des appareils de base, cela leur est plus rentable sans que cela ne coûte plus cher à l'utilisateur. Le prix minimal correspond ainsi au montant du voucher plus les frais d'essai qu'aurait payé l'utilisateur s'il avait choisi un appareil de la gamme publique. Dans les deux comtés expérimentant le libre choix avec le plus d'ancienneté, le chèque fourni par le centre est une contribution à l'achat de la prothèse, à hauteur de 2 380 SEK (216€) par appareil à Stockholm, et à hauteur de 1 800 SEK (165€) en Scanie. Le prix minimal d'un appareil est donc de 2 980 SEK (259€) à Stockholm et de 2800 SEK (246€) en Scanie (voir tableau ci-dessous).

Tableau 15 : Prix d'un appareil auditif et restes à charge à Stockholm et en Scanie en 2022

	Stockholm	Scanie
Frais d'essai payé dans le public	600 SEK (52€)	1 000 SEK (87€)
Voucher pour chaque appareil	2 380 SEK (216€)	1 800 SEK (165€)
Prix privé minimal d'un appareil (entrée de gamme)	2 980 SEK (259€) [600 + 2380]	2800 SEK (246€) [1800 + 1000]
Prix privé maximal d'un appareil (haut de gamme)	25 000 SEK (2 193€)	25 000 SEK (2 193€)

Reste à charge pour un appareil d'entrée de gamme (secteur public ou privé)	600 SEK (52€)	1 000 SEK (87€)
Reste à charge maximal pour un appareil haut de gamme (secteur privé)	22 620 SEK (1 982 €) [25 000 – 2380]	23 200 SEK (2 033€) [25 000 – 1 800]
Reste à charge maximal pour un appareil haut de gamme (secteur public)	600 SEK (52€)	1 000 SEK (87€)

Sources : audiologistes interrogés.

D'après une audiologiste du public en Örebro, les différences de restes à charge sont importantes entre les secteurs public et privé. Si l'utilisateur choisit un appareil haut de gamme parmi l'offre régionale, il ne devra payer que les frais d'essai et de visite, tandis qu'il devra payer un montant de l'ordre de 15 000 SEK (1 363€) ou 20 000 SEK (1 818 €) dans le privé. Les gammes régionales à Stockholm et en Scanie disposent pourtant de très bons appareils selon elle. D'après elle, en Scanie, parmi les 60% qui choisissent la gamme privée, 90% d'entre eux doivent payer plus de 1000 SEK (87€) pour leur appareil auditif.

Pour nos interlocuteurs du secteur privé, les restes à charge ne sont pas si différents que l'utilisateur choisisse la gamme publique ou la gamme privée. Les restes à charge élevés ne concerneraient qu'une minorité de clients. Selon un audiologiste indépendant (Audiologiska) qui a vendu jusqu'en 2020 des appareils auditifs disponibles au libre choix à Stockholm, le reste à charge n'était jamais très élevé. Environ 70-75% de ses clients choisissaient le libre choix et payaient alors en moyenne 200-300€ pour obtenir un appareil de qualité un peu plus élevée que celui de la gamme régionale. D'après un audiologiste de la clinique Eartech à Stockholm, environ 60% des personnes qui choisissent un appareil de la gamme privée payent un montant équivalent à celui qu'ils auraient payé en choisissant un appareil de la gamme régionale. Pour un appareil rechargeable, les clients ont un reste à charge supérieur de quelques centaines d'euros mais ils n'ont pas à acheter de batteries pendant 4 ans. D'après un audiologiste d'une boutique Audionova à Stockholm, la plupart des clients sont satisfaits avec les appareils les moins chers. D'après lui, la technologie a tellement progressé jusqu'à aujourd'hui qu'avec 600 SEK, les usagers peuvent obtenir de bons appareils auditifs. Le plus cher appareil auditif de la boutique (autour de 25 000 SEK) n'est pas beaucoup choisi, peu de clients en ont les moyens et le besoin. De nombreux clients choisissent le 2ème appareil le moins cher. Leur reste à charge dépend également s'ils souhaitent un appareil rechargeable ou qui fonctionne avec des piles. Les appareils rechargeables coûtent généralement plus chers, environ 2 000 SEK (180€) en plus, mais ils sont très prisés.

En résumé, lorsque la prothèse est fournie par le centre d'audition, le reste à charge est variable d'un comté à un autre, mais n'excède pas 600 SEK à Stockholm et 1000 SEK en Scanie, soit respectivement 52€ et 87€. Dans ces comtés où le système de libre choix est en vigueur, le reste à charge pour un achat avec le voucher est de 600 ou 1000 SEK pour une prothèse d'entrée de gamme et d'environ 20 000 SEK, soit 1 818€, pour une prothèse haut de gamme.

C) Un parcours de soins bien balisé dans les centres publics et un accompagnement au choix de qualité assuré par des audiologistes régulièrement formés

Pour se faire diagnostiquer, l'utilisateur doit se rendre dans son centre de soins ou à l'hôpital le plus proche. Pour les cas les plus sévères, les usagers sont systématiquement envoyés dans le centre d'audition dont ils dépendent, où ils pourront bénéficier d'une évaluation plus spécifique. Il n'est pas nécessaire de consulter au préalable un médecin généraliste. A l'hôpital ou au centre d'audition, l'utilisateur consulte un audiologiste qui détermine s'il a un besoin régulier de prothèses auditives. À la suite de la prescription à l'hôpital ou en centre de soins, l'audiologiste envoie sa « commande » par système informatique au centre d'audition le plus proche.

Les médecins ORL interviennent très peu dans la distribution des prothèses auditives. Ils sont présents pour les cas sévères et pour réaliser des diagnostics précis. Ce sont donc des professionnels de santé paramédicaux, les audiologistes, plus proches des usagers et plus au courant des techniques actuelles qui réalisent les prescriptions. Le choix de la prothèse est alors réalisé par le prescripteur, en fonction des besoins et envies de l'utilisateur. Une fois que l'utilisateur a récupéré l'aide auditive prescrite, deux visites sont fixées pour le réglage et l'ajustement du produit. Si besoin, des visites supplémentaires peuvent être fixées sans frais supplémentaire. Une période d'essai de 6 mois est laissée aux usagers des centres d'audition pour les prothèses auditives. L'utilisateur a la possibilité de changer de produit si la prothèse fournie ne lui convient pas ou si sa déficience a évolué. En effet, les produits sont seulement prêtés et appartiennent au comté. Les centres les récupèrent lorsqu'ils ne conviennent plus à l'utilisateur mais ne les recyclent pas.

Le temps d'attente dans les hôpitaux publics peut être long, ce qui peut expliquer l'attractivité du marché privé pour certains usagers. En effet, le temps d'attente varie de 2-3 mois à 1 an en fonction des centres d'audition. Dans le système Voucher, si l'utilisateur veut profiter d'un chèque du comté pour acheter lui-même son produit, ses besoins doivent auparavant être évalués par les professionnels du centre d'audition. L'utilisateur peut également se rendre directement chez un revendeur de prothèses auditives et acheter son aide auditive sans prescription ni prise en charge publique. Les revendeurs privés (les audiologistes) réalisent eux-mêmes un audiogramme pour le compte des usagers et définissent avec eux le type de produit le plus adapté.

Suivi après acquisition de l'appareil

D'après une audiologiste et enseignante-chercheuse en Örebro, toutes les cliniques, qu'elles soient privées ou publiques, sont tenues de proposer un service après-vente (ou prêt) si l'appareil a besoin d'être adapté ou réparé. Le coût de la visite dépend des régions, mais il peut être faible ou même gratuit. En Örebro, la première visite coûte 100 SEK (9€) au patient, la seconde 200 SEK (19€). La visite dure en général 15-20 minutes. En général, le patient est reçu dans la semaine, parfois dans les deux semaines. Le patient n'a pas à payer les réparations de son appareil sauf s'il a fait preuve de négligence dans l'entretien de son appareil (en se douchant avec par exemple). Lorsque l'utilisateur achète son équipement dans un magasin privé, le service après-vente est compris dans le prix d'achat de l'appareil pour une durée de 4 ans. D'après un audiologiste d'une entreprise privée (Audiologiska), il n'y a pas de différence dans le suivi de l'utilisateur, qu'il ait choisi la gamme publique ou celle privée. Cependant, en cas d'achat, la clinique assure elle-même le service après-vente tandis que l'utilisateur qui a emprunté ses appareils auditifs doit se rendre dans un atelier public pour les réparations. Il n'en existe qu'un seul

à Stockholm, ce qui engendre des temps d'attente pouvant encourager le client à se tourner vers le libre choix. D'après nos interlocuteurs du secteur privé les délais pour obtenir un rendez-vous sont courts. Dans la boutique Eartech à Stockholm, le rendez-vous est fixé environ 48 heures après la demande. Dans les boutiques Audionova à Stockholm, les usagers peuvent obtenir un rendez-vous pour une réparation le jour même ou le lendemain. D'après un audiologiste travaillant dans un magasin Audionova à Stockholm, les appareils auditifs d'entrée de gamme sont similaires dans la gamme publique et privée (de même pour le reste à charge), le choix des usagers de ces appareils se portent alors sur le lieu où ils préfèrent se rendre pour réparer leurs appareils : en magasin ou en centre de réparation régional. D'après cet interlocuteur, les patients préfèrent majoritairement se rendre en magasin.

Formation des audiologistes

La dispensation des soins pour les personnes avec une déficience auditive est la même partout dans le pays car les audiologistes ont la **même formation**. Il existe 4 centres de formation en Suède qui dispensent les mêmes enseignements pendant 3 ans. La procédure habituelle pour une séance avec un audiologiste est toujours la même : un test auditif, une évaluation des besoins auditifs, une prescription d'appareils auditifs. Il peut y avoir quelques différences mineures entre les unités de soins. Par exemple, concernant les tests auditifs, ils sont souvent plus approfondis dans le public. D'après une audiologiste et enseignante-chercheuse en Örebro, les audiologistes qui travaillent dans le public vont davantage prendre le temps de comprendre les origines et l'évolution de la perte auditive. Dans le privé, ils peuvent aller plus rapidement sur cette partie-là et se contenter des tests basiques. La plupart du temps, ce n'est pas problématique mais il y a un risque de passer à côté de problèmes plus complexes et de ne pas aider la personne de la meilleure manière. Dans le privé, les audiologistes sont également des vendeurs, ce qui peut les inciter à vendre les appareils les plus chers plutôt que les plus adaptés aux besoins des clients.

Il n'y a pas de **formation continue** obligatoire, les audiologistes peuvent se contenter de leur formation initiale et exercer toute leur vie. Ceux qui le souhaitent peuvent suivre des cours à l'université pour se spécialiser dans certaines pathologies ou publics. Notre interlocutrice, qui est professeur à l'université et a travaillé sur le programme éducatif, pense qu'il faudrait rendre obligatoire une formation continue au regard des importantes évolutions de la profession, notamment en termes de législation, de matériel utilisé, des appareils prescrits. Toutefois, les fabricants informent régulièrement les cliniques sur les nouveaux modèles d'appareils qui sortent sur le marché.

Information usager

Les usagers sont dans l'ensemble bien informés, à la fois par les associations d'envergure nationale présentes en Suède et par les professionnels de santé des centres d'audition. L'information circule à la fois sur la procédure de prise en charge à suivre, et sur les types de produits existants et correspondant spécifiquement aux besoins des usagers. Plusieurs associations, telle que l'association suédoise des déficients auditifs, la HRF, sont présentes au niveau national et font pression sur le gouvernement pour continuer à améliorer le système de prise en charge. Néanmoins, d'après les études portant sur le libre choix et nos interlocuteurs, l'information peut être moins transparente dans

les cliniques privées car le patient n'est pas toujours bien informé sur les différences entre la gamme régionale et la gamme privée.

D) Les enjeux et défis actuels

Iniquités territoriales de restes à charge et des critères de renouvellement

D'après une audiologiste et enseignante-chercheuse en Örebro, **l'hétérogénéité des restes à charge** est décriée par les associations pour les usagers d'appareils auditifs. Elle considère que tous les usagers suédois devraient payer le même montant car les appareils sont financés par les taxes. Néanmoins, dans toutes les régions, le service après acquisition de l'appareil est gratuit (réparations, adaptations, etc.). L'offre diffère également selon les régions mais cela n'est pas problématique pour notre interlocutrice car les régions ont toutes des appareils qui respectent des critères de qualité minimale et répondent aux besoins de leur population.

D'après un audiologiste d'une entreprise privée (Audiologiska), **les règles de renouvellement** des appareils auditifs diffèrent considérablement selon les régions, ce qui engendre des inégalités de traitement. Dans certaines régions il y a un âge limite des appareils, dans d'autres, il faut que les appareils soient totalement hors service pour qu'ils soient remplacés. A Stockholm, il n'y a pas d'âge limite officiel mais officieusement, c'est tous les 4 ans. Néanmoins, il y a des exceptions : les appareils peuvent être changés en avance s'ils ont déjà été réparés plusieurs fois dans l'année, s'ils ne sont plus réparables ou si la perte auditive de l'utilisateur s'est détériorée. Certaines régions proposent un très bon assortiment d'appareils auditifs mais l'utilisateur ne peut pas changer ses appareils tant qu'ils peuvent être réparés. Notre interlocuteur a rencontré des usagers qui gardaient les mêmes appareils depuis 12 ans, ce qui les prive de technologies plus performantes.

Des délais d'attente importants qui favorisent le non-recours ou le report de l'appareillage

D'après une audiologiste et enseignante-chercheuse en Örebro, une loi interdit qu'un patient puisse figurer plus de 3 mois sur une liste d'attente, mais elle n'est respectée seulement que dans quelques régions. La plupart des régions ont de très longues files d'attente. A la connaissance de notre interlocutrice de la région Örebro, la plus longue liste d'attente pour obtenir des appareils auditifs est de près de 2 ans (21 mois), dans une région du Nord du pays. En moyenne, l'attente dure entre 3 et 12 mois.

Dans les rares régions qui ont mis en place le libre choix, l'offre s'est étoffée, ce qui a permis de réduire drastiquement les délais d'attente pour obtenir un appareil auditif. D'après plusieurs audiologistes interrogés, certaines personnes résidant dans des régions sans libre choix limitrophes viennent s'approvisionner dans les régions qui ont opté pour le libre choix. C'est notamment le cas des usagers de la région de Blekinge, où les files d'attente sont très importantes, qui viennent en Scanie pour obtenir leurs aides auditives.

Une réforme du Libre choix en demi-teinte qui a bouleversé la fourniture des appareils auditifs en Scanie et à Stockholm

Plusieurs interlocuteurs (une responsable des appels d'offre en Scanie, une audiologiste et enseignante-chercheuse en Örebro) et l'association suédoise des déficients auditifs (HR) considèrent que **le système du libre choix pour les appareils auditifs fonctionne particulièrement mal à Stockholm par rapport aux autres régions** (au nombre de 5) qui l'ont également mis en place. D'après l'audiologiste en Örebro, la forme de libre choix mise en œuvre en région Uppsala fonctionne mieux, notamment parce que l'utilisateur est bien informé sur le libre choix et peut ainsi réellement choisir entre le secteur public ou privé. Les deux secteurs entretiennent une collaboration efficace : si le système de santé public connaît des listes d'attente trop longues, il peut transmettre des patients aux distributeurs privés qui leur fourniront des appareils auditifs de la gamme publique. En Scanie, le libre choix pour les appareils auditifs fonctionnerait également mieux qu'à Stockholm, notamment parce les distributeurs sont plus contrôlés et qu'une véritable concurrence s'y exerce.

Une responsable des appels d'offre en Scanie nous a partagé son opinion sur la réforme dans cette région. Elle approuve le principe de la réforme du libre choix (donner plus de liberté au patient) mais se désole de certaines des conséquences de son application. Elle pense que les politiciens qui l'ont mis en œuvre n'ont pas anticipé le fait que les fabricants allaient ouvrir leur propre boutique et ainsi favoriser la vente de leurs appareils auditifs. Notre interlocutrice pense que beaucoup de personnes ne comprennent pas qu'ils ont choisi un appareil auditif de la gamme privée car le système n'est pas toujours facile à comprendre, en particulier pour les personnes âgées qui constituent la plus grande partie de la clientèle. Si ces personnes comprenaient réellement le fonctionnement du système, elles seraient, selon elle, plus nombreuses à choisir un appareil auditif de la gamme régionale. La compréhension du système dépend de la façon dont l'audioprothésiste informe son client. Cette réforme a tout de même des effets positifs pour notre interlocutrice, notamment celui de réduire les délais pour obtenir un rendez-vous en clinique, qui sont passés à 2 semaines. D'après l'institut de recherche indépendant *Horselbrön*, la Scanie est la région où il y a le moins d'attente pour obtenir un rendez-vous. L'utilisateur n'a pas besoin d'aller chez un médecin avant d'aller en clinique, il peut prendre rendez-vous très facilement directement avec la clinique. En Scanie, il y a une bonne répartition des cliniques sur le territoire, ce qui n'était pas le cas auparavant. De plus, la région a fait quelques économies car elle n'a pas eu à payer les audioprothésistes qui ont créé leur clinique privée. D'ailleurs, d'après la même source, ce serait financièrement compliqué pour la région de revenir sur cette réforme et d'embaucher sur les fonds propres de la région ces audioprothésistes. Elle considère que le libre choix pourrait être réformé, notamment en informant mieux le patient sur les options existantes. Des discussions sont en cours pour réformer le libre choix mais aucun plan définitif n'a été présenté pour le moment. Selon elle, l'offre d'appareils auditifs et la satisfaction des usagers semblent meilleures en Scanie qu'à Stockholm.

D'après nos interlocuteurs à Stockholm (responsable du centre d'audition public, audiologiste indépendant, audiologiste dans un service public, l'Agence nationale de la participation (MFD)), **le problème majeur à Stockholm provient du duopole** présent sur le marché. Deux fabricants (Sonova et Oticon) possèdent la quasi-totalité des unités d'audiologie à Stockholm alors que la région prévoyait l'émergence d'une multitude de petites entreprises en concurrence. Le choix de la marque est ainsi restreint pour l'utilisateur. De plus, les cliniques sont obligées de suivre les directives des fabricants et

favorisent la vente de leurs produits sur la vente des produits de la gamme régionale. C'est ce que nous a rapporté un audiologiste exerçant en Scanie qui est passé du secteur privé au secteur public. Lorsqu'il travaillait pour une clinique indépendante, il ne ressentait pas beaucoup de pression de la compagnie privée sur le fait de prescrire des aides auditives de la gamme privée. Cette pression s'est fait subtilement ressentir au cours des formations avec la société, qui insistait sur les qualités des produits de la gamme privée, mais encore davantage lorsque la société a été rachetée par les fabricants des appareils qu'elle vendait. Les vendeurs recevaient alors un bonus s'ils parvenaient à vendre plus d'aides de la société privée.

On observe en effet que dans la plupart des cliniques privées, **plus de 90% des clients se dirigent vers le libre choix**, ce que la région n'a ni anticipé ni souhaité. Des dérives sont également survenues : certaines cliniques ont par exemple vendu via le libre choix des appareils sans restes à charge de moindre qualité que les appareils sans restes à charge fournis dans la gamme régionale. De nombreuses plaintes ont alors émergé à Stockholm, un certain nombre d'utilisateurs ont eu le sentiment d'avoir été dupés. Ils n'ont pas bien été informés sur le libre choix et ses conséquences, notamment le fait que le voucher dédié aux réparations ne prend pas en charge plusieurs réparations. Un audiologiste travaillant dans un magasin Audionova à Stockholm concède qu'en tant qu'entreprise privée, Audionova a effectivement une incitation à vendre davantage d'appareils chers mais l'entreprise est également consciente que ce comportement risque d'entraver sa réputation si les clients venaient à se plaindre de la manière dont ils ont été traités. Selon lui, les audiologistes ne doivent pas seulement être des vendeurs mais doivent aussi être des soignants ; ils doivent viser l'appareil qui présente le meilleur coût avantage pour le client.

Pour cela, il apparaît nécessaire à un de nos interlocuteurs à Stockholm (audiologiste indépendant chez Audiologiska) que **la région contrôle davantage la qualité des cliniques** et maîtrise mieux l'information délivrée aux utilisateurs sur ce nouveau système. La région a déjà pris des mesures dans ce sens, notamment en fournissant un fascicule explicatif aux clients, en rendant la signature d'un contrat obligatoire, et en présentant les appareils de la gamme régionale sur son site web. Selon la même source, l'information reste tout de même majoritairement fournie par le fournisseur des appareils auditifs. D'après lui, pour éviter les dérives commerciales, la région aurait dû clarifier ses attentes et mettre en place un cahier des charges détaillé. Il estime qu'il faudrait spécifier ses exigences vis-à-vis des cliniques privées, en particulier concernant les critères de qualité qu'elles doivent respecter, le seuil minimal de qualité acceptable, le type d'appareils qu'elles doivent fournir et les obliger à mettre en place une enquête de satisfaction auprès des clients. Selon lui, il faudrait également spécifier les services qu'elles doivent fournir : les tests à réaliser lors de l'évaluation des besoins, le suivi de l'utilisateur, le nombre minimal de rendez-vous avec un utilisateur, les informations à fournir sur le libre choix, etc. Il ne s'agirait pas seulement d'indiquer ce qui doit être réalisé mais aussi de contrôler et de sanctionner si besoin ceux qui ne respectent pas les règles établies. Ces mesures, peut-être difficiles à mettre en place, lui paraissent nécessaires pour assurer la qualité du service, tout comme le fait de récolter plus de données sur les services rendus dans le privé.

Pour l'audiologiste et enseignante-chercheuse en Örebro que nous avons interrogée, le libre choix n'était pas nécessaire pour augmenter l'offre d'appareils auditifs et la liberté de choix des soins. Selon elle, les gammes régionales offrent déjà un large choix d'appareils de qualité car la plupart des régions contractualisent avec la quasi-totalité des fabricants en Suède. De plus, une procédure particulière permet aux audiologistes du secteur public d'acheter un appareil en dehors de la gamme régionale

s'ils estiment qu'il répond mieux aux besoins du patient. D'après elle, cette procédure est l'équivalent du libre choix.

Plusieurs enquêtés (audiologiste indépendant, audiologiste du public, audiologiste du privé, l'Agence nationale de la participation (MFD)) mettent toutefois en avant **la réduction drastique des files d'attente dans les régions concernées par le libre choix**. Il y a 15 ans à Stockholm, les adultes devaient compter deux ans d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un audiologiste. Grâce au libre choix, de nouvelles cliniques ont été créées, ce qui a fait disparaître les files d'attente à Stockholm. Cela a permis la réduction du non-recours aux appareils auditifs, et donc des risques sanitaires et sociaux associés (déclin cognitif, difficulté à l'école ou au travail), mais aussi la réduction du non-usage des appareils auditifs selon un audiologiste indépendant (Audiologiska) interrogé. Selon lui, plus les files d'attente sont longues, moins le suivi est de qualité car les premiers rendez-vous vont être priorités sur les rendez-vous de suivi.

Nos interlocuteurs du privé reconnaissent d'autres avantages au libre choix. Un audiologiste de la clinique privée Eartech considère que ce système est démocratique car il permet l'accès à un choix beaucoup plus large d'appareils auditifs pour les usagers, et à faible coût. Plus de personnes ont accès à des appareils de meilleure qualité et à un service après-vente plus rapide. Cet interlocuteur questionne également la perception suédoise qui considère qu'un appareil auditif devrait être gratuit, en observant que la plupart des autres pays ont l'habitude de payer des frais pour obtenir des aides techniques. De plus, il s'interroge sur le fait de définir les appareils auditifs comme des aides techniques médicales sachant que ces dispositifs utilisent de plus en plus de technologies connectées, en lien avec des applications mobiles. Selon lui, un des avantages principaux du libre choix, c'est que les nouveautés du marché sont plus rapidement disponibles pour les usagers. Contrairement au secteur privé, le secteur public ne fournit pas d'applications avec les appareils auditifs ni de soins auditifs numériques à distance par exemple. D'après cet interlocuteur, le bénéfice coût est très favorable pour la région. Depuis qu'il a été instauré à Stockholm, plus de 50% des déficients auditifs sont appareillés alors qu'ils sont moins de 20% dans d'autres régions suédoises, ce qui ferait éviter 900 cas de démence⁴⁹. Notre interlocuteur estime que même si le libre choix implique plus de dépenses dans l'audition sur le court terme, ce seront des économies importantes sur le long terme. Il pense que d'un point de vue sanitaire, il faut viser la fourniture rapide des personnes en appareils auditifs, et c'est ce que seul le libre choix permet pour le moment.

Cependant, une audiologiste et enseignante-chercheuse en Örebro considère au contraire que la région n'a pas réellement fait des économies avec cette réforme même si elle n'a pas eu à ouvrir d'autres unités d'audition pour répondre à la demande. Pour le patient, le reste à charge est bien plus important en recourant au libre choix qu'à la gamme de la région, sans garantie que l'appareil soit nécessairement plus en adéquation avec ses besoins. S'il n'est pas satisfait de son appareil et décide de choisir un autre appareil dans le public, cela aboutit à deux fois plus de frais que si on lui avait prescrit le bon appareil dès le départ. De plus, le voucher coûte plus cher à la région que le coût de l'appareil qu'elle pourrait acheter dans le cadre d'un appel d'offre.

D'après un audiologiste indépendant, actuellement, le marché privé s'est emballé et certaines entreprises ne parviennent pas à attirer suffisamment de clients. La concurrence a fait baisser les prix mais les marges sont tellement faibles que l'activité devient insuffisamment profitable pour les

⁴⁹ Un cas de démence représente des coûts d'environ 80 000€ à l'année, en plus des souffrances engendrées.

entreprises. Pour augmenter leur rentabilité, les entreprises doivent avoir une organisation très efficace et les audiologistes sont contraints de multiplier les rendez-vous, tout en maintenant un service de qualité pour les clients. Lorsque notre interlocuteur audiologiste indépendant travaillait dans une clinique proposant le libre choix, il a pu observer que si tous les consommateurs choisissaient leurs appareils auditifs dans la gamme régionale, la clinique ne faisait pas de profit. Les audiologistes étaient donc encouragés à convaincre certains de leurs usagers à choisir un appareil de la gamme privée ou de leur vendre des accessoires complémentaires. Avec ce modèle économique, si un usager revenait plus d'une fois pour des ajustements, alors l'entreprise perdait de l'argent. Une période d'incertitude s'ouvre sur le marché des appareils auditifs dans le comté de Stockholm alors que des rumeurs de retrait du système de voucher conduisent déjà certains dirigeants à revendre leurs entreprises à des producteurs d'aides auditives. Les autres interlocuteurs affirment plutôt que les décideurs cherchent des solutions pour remédier au fait que certains grands groupes dominent le marché et fournissent principalement des appareils de leur marque. La décision de retirer le voucher annonce l'augmentation des files d'attente pour obtenir un appareil selon notre interlocuteur indépendant, et les entreprises qui ne seront pas capables de s'adapter ne survivront pas. Les cliniques vont devoir augmenter leur efficacité, ce qui signifie des rendez-vous plus courts et donc une qualité de service dégradée. Si l'aide financière publique accordée aux cliniques privées n'augmente pas, il estime que la qualité de l'adaptation auditive va diminuer.

IV/ Aides visuelles (télé-agrandisseur, plage-braille, lecteurs de livres audio)

En 2022, la Suède compte environ 115 000 personnes déficientes visuelles d'après l'association SRF. Le télé-agrandisseur est l'aide visuelle la plus couramment prescrite en 2020, avec plus de 2 500 prescriptions (Socialstyrelsen, 2021). En février 2021, au moins 9 000 personnes utilisent un télé-agrandisseur prêté par un centre d'aides visuelles. La plupart des prescriptions concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus dans les régions de Västerbotten, Kronoberg et Halland. Le lecteur de livres audio est l'aide visuelle la moins prescrite en 2020, avec seulement 201 prescriptions dans les comtés qui ont répondu à l'enquête. En février 2021, au moins 760 personnes ont un lecteur de livres audio qui leur a été prescrit. Les produits disponibles sont internationaux, avec cependant des différences de disponibilités entre les comtés, en fonction des accords passés avec les distributeurs suédois, via les appels d'offres.

A) Une distribution principalement assurée par les centres de basse vision

Les distributeurs suédois sont les intermédiaires entre les fabricants internationaux et les centres de basse vision. Ils peuvent également être en contact direct avec les usagers qui décident de se fournir via le secteur privé, car ils ont aussi leurs magasins indépendants. Les distributeurs nationaux sont les fournisseurs des centres de basse vision, lorsqu'ils remportent les appels d'offres lancés par le comté. Ceux-ci concernent chaque type de produits, ce qui implique que chaque centre est en contrat avec environ 7 ou 8 distributeurs. L'offre est plus ou moins généreuse en fonction du budget qui est alloué par la région à la distribution des aides visuelles. Une forte compétition existe ainsi entre les distributeurs pour remporter les marchés publics. Parmi eux, on trouve : Insyn, Icap, Iris, Low Vision International et PolarPrint.

Les centres de basse vision sont ensuite les interlocuteurs des usagers pour les aides à la communication. Ces centres sont gérés et financés au niveau local par les comtés. Ils sont au nombre de 30 en Suède et ont la charge de faire de la recherche, d'évaluer les besoins des patients et de prescrire des aides techniques nécessaires aux déficients visuels.

La distribution est traditionnellement confiée à des centres publics mais il y a quelques années un acteur privé est entré sur le marché, Sodexo, qui est devenu responsable de la fourniture d'aides pour les déficients visuels ainsi que de la formation et de la réadaptation, notamment à Stockholm. Le centre de Stockholm est financé par la région jusqu'à environ 50 millions de couronnes suédoises (4,4 millions d'euros). Le nombre de patients par an est d'environ 5 000 à 6 000 dans la clinique de basse vision Sodexo à Stockholm et un volume d'environ 21 500 visites de patients par an. Cette décision de privatiser a été prise dans un objectif de réduction des coûts liés à la fourniture des aides visuelles. Nos interlocuteurs de la SRF n'ont constaté aucune différence dans le service rendu entre les centres publics et les centres Sodexo. Les différences de fonctionnement entre le centre Sodexo et le centre public de Stockholm ont été développées précédemment dans la partie sur les fauteuils roulants.

Par ailleurs, les aides à la communication étant des produits très chers et très spécifiques, elles sont très peu distribuées par le secteur privé. Le marché privé est essentiellement distributeur d'aides visuelles plus communes, comme les cannes blanches et les montres parlantes. Très peu d'aides à la communication de type plage braille ou logiciels d'agrandissement sont vendus dans le secteur privé. Les usagers peuvent également acheter leurs produits directement sur Internet auprès des fabricants nationaux ou internationaux, mais ce mode d'acquisition semble plus anecdotique.

Le système de libre choix (voucher) a été instauré à partir de 2008 pour les aides à la communication pour déficients visuels et a concerné cinq comtés. Grâce à ce système, les usagers peuvent bénéficier d'un chèque pour acheter leur aide visuelle dans le commerce de leur choix. Le montant du voucher dépend de l'aide désirée. Néanmoins, ce système concerne peu d'aides visuelles et peu de patients dans les régions qui l'appliquent. Dans le comté de Stockholm, environ 28 aides visuelles sont disponibles en libre choix, notamment un télé-agrandisseur et un lecteur d'écran. D'après la responsable du centre de basse vision Sodexo à Stockholm, seulement quelques-uns de leurs patients recourent au libre choix chaque année. Selon elle, son centre propose un large éventail de produits de base de bonne qualité, avec plusieurs options proposées pour chaque groupe de produits. Ces produits répondraient efficacement aux besoins des patients, rendant le libre choix plus accessoire.

B) Système de prise en charge public

Les critères d'éligibilité à une prise en charge publique sont simples et définis de façon large : toute personne déficiente visuelle nécessitant une aide technique est éligible. Cette prise en charge se traduit par un prêt de l'aide évaluée comme la plus adaptée par le centre de basse vision le plus proche du domicile de l'utilisateur. Les aides à la communication sont ainsi distribuées avec un reste à charge faible voire nul par les centres de basse vision aux usagers. Les produits prêtés aux usagers peuvent être renouvelés à période fixe, cette période dépendant de la durée de vie du produit. Les types et modèles de produits pris en charge peuvent cependant varier d'un centre de basse vision à un autre, les produits étant dépendants des appels d'offres lancés par ces centres et des accords signés avec les distributeurs.

Des prix régionaux relativement élevés et une prise en charge quasi intégrale dans le secteur public pour l'utilisateur

Les prix des produits sont négociés lors des appels d'offres lancés par les comtés et restent relativement élevés. Par exemple, une plage braille coûte autour de 1000€ aux centres. On peut supposer que les volumes commandés sont insuffisants pour permettre des prix bas. Quelle que soit l'aide visuelle, on remarque que les prix obtenus par les régions sont plutôt homogènes (voir tableau 16). Certaines régions coopèrent pour lancer les appels d'offre, ce qui leur permet d'augmenter leurs volumes et faire baisser les prix. Dans le privé, les prix sont similaires à ceux obtenus par les comtés, majorés de la TVA à 25% (les comtés en sont exonérés). Les services associés aux produits sont cependant payables en sus par les usagers.

Tableau 16 : Prix d'achat régionaux des aides visuelles (récoltés en 2023)

	Stockholm	Scanie	Södermanland
Plage braille			
Freedom Scientific; Focus 14 5th generation	11 650 SEK (993€)	11 700 SEK (985€) [Focus 14 Blue V5]	12 900 SEK (1 099€) [Focus 14 Blue]
Humanware; Brailliant 14	20 800 SEK (1 772€) [Handytech; Actilino] *		
Télé-agrandisseur avec fonction vocale			
Humanware; Reveal 16i full HD	44 900 SEK (3 825€)		
Koba Vision; Vocatex	17 200 SEK (1 465€) [Low Vision International; Magnilink Zip 17]	14 500 SEK (1 221€) [Mezzo Focus 20 med X/Y bord]	17 900 SEK (1 525€) [Magnilink Zip Premium FHD 17]
Lecteur de livres (Daisy)			
Humanware; Victor Reader Stream	2 970 SEK (253€)		3 900 SEK (332€) [Victor reader stream 2]
Shinano Kenshi; PlexTalk Linio Pocket Humanware Victor Stratus 4 M	3 400 SEK (290€)	3 085 SEK (260€) [Victor Reader Stratus 4]. 3 242 SEK (273€) [i-Speak 2]	
Bones; MileStone 312 ACE	4 095 SEK (349€) [Bones; Milestone 212 Plus]	5 349 SEK (450€) [Milestone 312]. 3 500 SEK (295€) [Milestone 212 Memo]	

Notes : Cases grisées : il n'existe pas de modèle équivalent.

* Ce modèle est d'une gamme supérieure (17 cellules) au modèle de plage braille retenu pour la comparaison.

Sources : Centre de basse vision de Stockholm, responsable des appels d'offre de Scanie, centre de basse vision de Södermanland.

Pour les aides à la communication pour déficients visuels, le reste à charge est faible voire nul. Pour la fourniture de l'aide technique, certains comtés font payer une faible contribution à l'utilisateur. Pour les personnes majeures en 2020, 50% des régions suédoises ayant répondu à l'enquête de l'Office national

de la santé et du bien-être facturent des frais pour les aides visuelles (Socialstyrelsen, 2021). Ces frais varient entre 100 et 780 SEK (9 à 73€). Nous avons récolté les frais des patients pour certains types d'aides (plages braille, télé-agrandisseurs et lecteurs de livres audio) dans plusieurs régions : Stockholm, Scanie, Södermanland et Norrbotten (tableau 17). On observe que le reste à charge des usagers est nul en Stockholm et en Scanie, quelle que soit l'aide. Le comté de Södermanland facture des frais d'abonnement chaque année pour les télé-agrandisseurs et les lecteurs de livres. Certaines régions telles qu'Örebro font payer des frais mensuels. Ces frais s'appliquent tant que l'aide est prêtée mais restent peu élevés. Le comté de Norrbotten fait payer à ses usagers de lecteur de livres un montant forfaitaire au moment de la fourniture de l'aide (500 SEK = 43€).

La consultation avec le médecin dans un centre de basse vision est payante pour l'utilisateur ; son montant varie entre 100 SEK (9€) et 300 SEK (26€) d'après l'association SRF. Cette consultation est réalisée pour les cas sévères, nécessitant un avis médical spécifique. Sont également compris dans le montant de prise en charge par le centre de basse vision :

- La formation aux produits,
- Le remplacement des produits défectueux,
- Généralement les réparations.

Tableau 17 : Frais des patients selon les comtés en 2023

	Stockholm	Scanie	Södermanland	Norrbotten
Frais de visite médicale	250 SEK (22€)	200 SEK (17€)	200 SEK (17€)	300 SEK (26€)
Plage braille	0 SEK	0 SEK	0 SEK	0 SEK
Télé-agrandisseur avec fonction vocale	0 SEK	0 SEK	600 SEK (51€) par an	0 SEK
Lecteur de livres (Daisy)	0 SEK	0 SEK	100 SEK (9€) par an	500 SEK (43€)

Sources: Sites 1177.se, samverkan.regionsormland.se, sveriges kommuner och regioner (skr.se), region Norrbotten (nllplus.se).

C) Un parcours de soins bien balisé dans les centres publics et un accompagnement au choix de qualité assuré par des professionnels spécialisés

Pour avoir droit à une aide à la communication dans le système public de prise en charge, les usagers doivent être diagnostiqués comme déficients visuels par un médecin hospitalier. Le passage au préalable par un médecin généraliste n'est pas nécessaire pour ce type de déficience. A l'hôpital, l'utilisateur rencontre un ophtalmologiste, qui évalue son niveau de déficience et décide de l'envoyer ou non dans un centre de basse vision. Les usagers doivent ensuite se rendre dans le centre de basse vision dont ils sont géographiquement dépendants, pour se procurer une aide à la communication via le système public de prise en charge. Ce centre peut parfois être éloigné du domicile, étant donné qu'il n'y en a qu'un à trois par comté. Le délai le plus long est celui pour prendre un premier rendez-vous ; le délai peut aller jusqu'à deux-trois mois dans certaines régions d'après l'association SRF. Légalement, le centre public de Stockholm dispose de 15 jours ouvrés pour fixer un rendez-vous. Le centre de

Sodexo à Stockholm affirme cependant fixer les rendez sous 14, 30 ou 60 jours selon le degré de priorité. L'aide est ensuite reçue immédiatement si elle disponible dans le stock du centre, sinon elle est livrée sous 30 jours.

Tout est ensuite réalisé au centre de basse vision : de l'évaluation du besoin à l'acquisition et la maîtrise de l'aide visuelle par l'utilisateur. Une équipe pluridisciplinaire, composée de professionnels de santé spécialisés dans un type de produit ou de déficience, est présente. La prescription est réalisée par un professionnel de santé (non-médecin) présent dans le centre de basse vision et spécialisé dans le type de handicap de l'utilisateur, ce qui est spécifique de la Suède. L'aide technique est ensuite fournie par un technicien spécialisé dans le produit et prêté à l'utilisateur. Lorsque l'utilisateur n'a plus besoin de l'aide, il la rend au centre de basse vision qui la reconditionne et la fournit à une nouvelle personne.

Il n'y a pas de procédure spécifique mise en place pour le suivi des usagers : l'utilisateur peut revenir au centre de basse vision s'il en ressent le besoin ou si l'aide technique doit être réparée. En revanche, la formation à l'utilisation de l'aide technique n'est pas toujours suffisante d'après nos interlocuteurs de l'association SRF. Certaines antennes locales de l'association assurent de la formation à l'utilisation des aides visuelles pour que les usagers bénéficient d'un volume suffisant de formation, ce qui n'est pas toujours garanti dans certaines régions. L'association souhaite généraliser cette mission de formation à un plus grand nombre d'antennes locales. Les modalités de formation proposées varient en fonction des ressources disponibles dans l'antenne locale : formation basique ou formation plus avancée. L'antenne locale de Scanie est payée par la région pour assurer une formation à l'utilisation de smartphones pour les seniors. L'association souhaite que ce projet pilote soit étendu à un plus grand nombre de régions en cas de succès.

Sur le marché privé, il n'y a pas besoin de prescription pour se procurer un produit sauf si l'utilisateur souhaite bénéficier d'une prise en charge publique via le voucher. Dans ce cas, le patient suit le circuit habituel dans le centre de basse vision mais ne bénéficie pas du même suivi après l'achat de l'aide visuelle. Il devra en outre prendre en charge lui-même les éventuelles réparations.

Information usager : le rôle important de l'association SRF

Avant d'entrer dans le circuit usager, l'information n'est pas systématisée et le patient peut rencontrer des difficultés à s'orienter vers le bon service. Une fois diagnostiqués, les usagers sont généralement bien conseillés et suivis dans leur procédure pour obtenir une aide technique, essentiellement grâce aux professionnels de santé des centres de basse vision. En parallèle, une importante association, l'association suédoise des déficients visuels ou SRF, est présente au niveau national et accessible à tous. Elle fournit de nombreux renseignements aux usagers, notamment en ce qui concerne les noms des revendeurs privés, les procédures à suivre pour obtenir une aide visuelle et les droits des usagers. L'association fournit aussi des conseils aux personnes pour améliorer leur vie quotidienne et peuvent les aider à choisir une aide technique car les personnes ont généralement une très faible connaissance des types d'aides qui existent sur le marché d'après nos interlocuteurs. En effet, les usagers n'obtiennent pas d'information de la région, notamment sur les offres disponibles. L'association observe qu'environ 8 000 personnes déficientes visuelles sont membres de l'association SRF alors que la Suède compte environ 115 000 personnes déficientes visuelles.

Cependant, les actions de l'association consistent essentiellement à faire du lobby auprès du gouvernement pour améliorer les conditions de prise en charge et réduire les inégalités de prise en charge entre les comtés. Plusieurs personnes sont chargées d'exercer une veille technologique au sein de la SRF. Lorsque l'association repère une nouvelle aide visuelle attractive et innovante qui ne figure pas encore dans l'offre régionale, elle la promeut auprès de la région pour qu'elle soit référencée le plus tôt possible.

D) Les enjeux et défis actuels

Un service minimum pour les patients en raison de ressources jugées insuffisantes

D'après nos interlocuteurs de l'association suédoise des déficients visuels (SRF) et le centre de basse vision Sodexo à Stockholm, la plupart des personnes déficientes visuelles sont satisfaites du système traditionnel d'approvisionnement en aides techniques. Les personnes peuvent assez facilement obtenir ce dont elles ont besoin, même s'il existe des différences selon les régions. Néanmoins, l'association SRF considère que **le financement des aides visuelles devrait être plus généreux**, car elle constate que le montant du financement consacré aux aides n'évolue pas d'une année sur l'autre, le budget est souvent reconduit sans revalorisation alors que les prix des aides augmentent. De plus, **les usagers ne peuvent pas obtenir les aides les plus récentes**. Certaines personnes demandent par exemple la nouvelle technologie Orcam mais la plupart des régions estiment que cette technologie est trop chère et refusent de la distribuer, renvoyant les usagers à l'offre de base de la région.

De même, les associations SRF et MFD (agence nationale pour la participation) jugent que **les ressources consacrées à la réadaptation sont insuffisantes**. Il y a un problème d'accès à la réadaptation fonctionnelle pour les personnes déficientes visuelles. Cela renvoie à la fois à une question de budget mais aussi à une question de ressources en termes d'emplois dédiés. On trouve peu de personnel sur la réadaptation en Suède car il n'y a pas de filière permettant de former des personnes spécialisées en réadaptation pour les déficients visuels. L'association SRF travaille avec le milieu universitaire pour qu'il adapte son offre de formation. Ce dernier est prêt à proposer des formations dédiées si des financements peuvent être débloqués par le gouvernement.

Par ailleurs, l'association SRF constate que **la formation à l'utilisation de l'aide visuelle est très insuffisante** en général, ce qui fait peser le risque d'une non-utilisation de l'aide (coût pour la région et perte de temps pour les usagers). Certaines antennes locales de SRF proposent des formations pour combler ce manque. Enfin, l'association déplore les **variations régionales** en termes d'offres disponibles, de restes à charge et de formation à l'utilisation des aides. Elle défend une harmonisation des règles entre les régions avec un reste à charge nul pour l'utilisateur.

Une réforme du Libre choix qui a eu un impact très limité sur la distribution des aides visuelles en Suède

D'après le président de l'association SRF, les associations pour le handicap visuel n'étaient à l'origine pas favorables à l'introduction du libre choix, elles montraient du scepticisme et de la difficulté à bien comprendre les avantages du système. La logique qui a prévalu à l'introduction du libre choix était en priorité d'accroître l'offre disponible. En effet, une des principales limites du système actuel concerne

la **limitation de l'offre en aides visuelles disponible** au niveau régional, d'après nos interlocuteurs du SRF et de l'Agence pour la participation (MFD). Par exemple, l'offre de cannes blanches se borne à quatre propositions dans le comté de Stockholm, les personnes qui souhaiteraient un autre modèle de canne doivent faire une demande spéciale et très argumentée pour l'obtenir. Cependant, la plupart des usagers ne sont pas en situation de pouvoir argumenter. L'offre du comté de Stockholm ne comprend qu'un seul lecteur d'écran pour ordinateur. Certains usagers se voient contraints d'utiliser les aides disponibles et pas nécessairement celles dont ils auraient le plus besoin. Ces personnes risquent de ne pas utiliser l'aide qui leur est fournie par la région. La situation est également compliquée pour **une personne qui déménage entre deux régions**. La personne qui déménage doit s'assurer que la région quittée a contractualisé avec la nouvelle région pour qu'elle puisse utiliser son aide dans sa nouvelle région. Dans le cas contraire, la personne doit recommencer tout le processus auprès de la nouvelle région pour obtenir l'aide dont il a besoin.

D'après l'association SRF, la réforme n'avait pas vocation à réduire les coûts de distribution des aides techniques. Le gouvernement a demandé aux régions d'essayer le système du libre choix mais son application s'est toujours faite sur la base du volontariat. Ce sont les régions pionnières, qui ont introduit en premier le libre choix, qui poursuivent encore cette politique. De façon globale, le libre choix n'a pas été un mouvement de très grande ampleur, même parmi les membres de l'association SRF, qui ont été peu nombreux à l'essayer. Ceux qui l'ont essayé se sont toutefois déclarés satisfaits. Dans certaines régions, le libre choix a par exemple permis de financer un iPhone : l'utilisateur payait entre 40% et 50% du prix et la région finançait le reste. Le président de l'association SRF considère à titre personnel que le libre choix est un bon système et déplore que peu de comtés l'aient expérimenté. Les autres membres de l'association ont toutefois des positions très différentes sur le libre choix.

Selon nos interlocuteurs de SRF et du MFD, un inconvénient du libre choix repose sur le fait que les usagers ont **un reste à charge plus élevé** car ils doivent supporter le supplément de prix qui n'est pas couvert par le voucher. Certains membres de l'association SRF sont prêts à supporter le supplément de prix, en particulier ceux qui sont en emploi. Cependant, de nombreuses personnes ayant un handicap visuel disposent de faibles revenus ne leur permettant pas de payer le supplément et sont alors contraints de choisir une aide de l'offre proposée par la région.

La responsable du centre de basse vision Sodexo à Stockholm considère que le libre choix est une avancée pour les usagers et regrette qu'il soit peu utilisé. Elle estime que cela peut être lié au fait qu'il existe déjà **un système un peu similaire**. En effet, en tant que prescripteur, son centre peut, en fonction des besoins du patient, proposer des "articles uniques" qui ne font pas partie de l'assortiment acheté, et les faire tester par le centre public de Stockholm. Contrairement aux produits achetés via le libre choix, le produit n'est pas considéré comme relevant de la responsabilité individuelle du patient, l'aide est toujours prêtée par le comté.

3. Le Royaume-Uni

1/ Fonctionnement général du système de prise en charge des aides techniques

Au Royaume-Uni, l'utilisateur nécessitant une aide technique ne peut percevoir une aide financière que dans le secteur public. Trois ministères assurent la prise en charge des aides techniques : le ministère de la Santé, le ministère du Travail et des Pensions, et le ministère de l'Enfance, la Scolarité et la Famille.

Le ministère de la Santé (*Department of Health*) régule l'accès aux soins et aux équipements médicaux par l'intermédiaire du NHS (*National Health Service*) aux niveaux national et local. Il détermine le niveau de prise en charge des produits et prestations remboursables, par le biais notamment d'appels d'offres pour la fourniture d'aides médicales. Le NHS établit les grandes lignes de la politique de soins à tenir dans le pays, notamment dans les hôpitaux publics. Ces établissements de santé sont gérés au niveau local par les autorités locales présentes dans chaque comté et dirigées par des *commissioners*. Toute personne cotisant à la *National Insurance*, bénéficie gratuitement des services du NHS.

Le ministère du Travail et des Pensions (*Department for Work and Pensions*), quant à lui, gère un budget dont une partie est destinée à aider les personnes handicapées et les personnes âgées dans leurs démarches quotidiennes. Tout d'abord, les personnes handicapées peuvent obtenir des aides financières, sous la forme d'allocations hebdomadaires. Ces aides peuvent permettre entre autres d'acquérir des aides techniques.

Parmi ces aides, l'allocation handicap (*Disability Living Allowance*) est une allocation non imposable versée aux personnes de moins de 65 ans, qui ont un handicap affectant leur vie quotidienne. Les personnes en situation de handicap éligibles peuvent l'obtenir sans condition de revenu. Le montant hebdomadaire distribué aux bénéficiaires dépend du niveau de déficience et est évalué à partir de deux composantes : « soins » (besoin d'assistance dans les gestes de la vie quotidienne) et « mobilité » (besoin d'assistance pour se déplacer). Ce montant varie entre £26.90 (31€) et £101.75 (117€) en avril 2023. L'équivalent de cette aide pour les personnes handicapées de plus de 65 ans est l'allocation assistance (*Attendance Allowance*), avec deux taux : £68.10 et £101.75 (79€ et 117€). Pour les personnes qui ne peuvent pas travailler à cause de leur handicap, il existe l'allocation « emploi et soutien » (*Employment and Support Allowance*). Le *Disability Discrimination Act* permet notamment aux personnes handicapées de se procurer une aide technique qui leur est nécessaire dans le cadre de leur travail.

Le ministère pour l'Enfance, la Scolarité et la Famille (*Department for Children, Schools and Families*), via les services sociaux de chaque comté, vient en aide aux personnes en difficulté financière ou présentant des besoins non satisfaits entravant leur situation sociale. Ces services jouent un rôle important notamment pour la prise en charge des aides à la communication pour déficients visuels. Les services fournis dépendent généralement des revenus de la personne évaluée et de ceux de sa famille. Lorsque l'utilisateur a besoin d'une aide matérielle, il peut alors avoir droit à deux types de prestations : la fourniture de ladite aide matérielle répondant à ses besoins ou un montant délivré par les services sociaux pour l'achat de cet équipement.

Dans le cas où les aides apportées par le gouvernement sont nulles ou ne répondent pas correctement aux besoins des usagers, ces derniers peuvent également soumettre une demande à une organisation caritative, mais ce moyen est peu utilisé en raison des listes d'attente extrêmement longues.

II/ Fauteuils roulants

Au Royaume-Uni, plus de 14,6 millions de personnes vivent avec une déficience, un handicap ou une maladie chronique limitante, et près de la moitié d'entre elles ont une mobilité réduite (Tuersley *et al.*, 2022). Plus de 600 000 personnes étaient enregistrées auprès des services de fauteuils roulants du *NHS England* en mars 2022.

A) Description du système

Une fourniture des fauteuils roulants encore majoritaire par le NHS malgré des canaux alternatifs

Un usager dispose de quatre options différentes pour acquérir un fauteuil roulant : la fourniture directe par le NHS demeure l'option la plus largement suivie, l'obtention d'un fauteuil roulant sur le marché privé en bénéficiant d'un financement public par le biais du *Personal Wheelchair Budget* (cf. infra), l'achat privé sans aucun financement public et le financement ou l'approvisionnement par les organisations caritatives (Motability, 2022). Les données actuellement disponibles ne permettent pas d'évaluer avec suffisamment de précision les parts de marché respectives de ces différents canaux d'approvisionnement : la taille du secteur de la vente au détail privée (englobant à la fois les achats privés qui ne bénéficient d'aucun remboursement public et les achats privés en partie financés par le budget du NHS dans le cadre du *Personal Wheelchair Budget*) n'est pas bien connue de même que la part de marché du secteur caritatif (Motability, 2022). Les auteurs du rapport Motability ont examiné l'évolution du chiffre d'affaires du secteur de la vente au détail d'articles médicaux et orthopédiques en magasin spécialisé (+69% entre 2012 et 2021), catégorie qui ne comprend pas exclusivement des fauteuils roulants. Ils concluent de leur analyse que l'augmentation conséquente observée du chiffre d'affaires attesterait d'une augmentation de la demande d'équipements en fauteuils roulants dans le secteur privé au cours des dix dernières années, ce qui nous a été confirmé par l'ensemble des interlocuteurs anglais que nous avons rencontrés bien qu'aucun d'entre eux n'a été capable de préciser la part de la croissance qui serait attribuable aux fauteuils roulants.

Plusieurs interlocuteurs rencontrés lors du voyage d'étude ont souligné que l'offre de fauteuils roulants du NHS excluait les fauteuils roulants électriques verticalisateurs. Les usagers qui ont un besoin d'équipement en fauteuils électriques verticalisateurs sont contraints de se tourner vers le secteur privé ou le secteur caritatif pour obtenir l'équipement adéquat. D'après plusieurs de nos interlocuteurs, ce sont les lacunes identifiées dans l'offre du NHS qui ont permis le développement du secteur lucratif pour certains segments de marché, tels que les fauteuils électriques verticalisateurs ou les fauteuils actifs. Ce développement du marché privé a été encouragé par la réforme du *Personal Wheelchair Budget* qui permet de solvabiliser en partie ce canal d'approvisionnement.

B) La réforme du *Personal Wheelchair Budget* (PWB)

La genèse de la réforme du *Personal Wheelchair Budget*

Le *Personal Wheelchair Budget* constitue une évolution de l'ancien système de voucher qui visait à pallier l'une des limites du système de mise à disposition des fauteuils roulants par le NHS, à savoir la sélection restreinte de fauteuils mis à disposition par le NHS. Introduit en 1996, le voucher permettait aux usagers de financer un fauteuil plus cher, acheté sur le marché privé, comportant plus de fonctionnalités et censé mieux correspondre aux besoins de la personne, en contrepartie toutefois du paiement d'un reste à charge acquitté par l'utilisateur.

Cette première tentative d'incitation des usagers à se tourner vers le marché privé n'a toutefois pas rencontré un très grand succès. D'une part, le champ d'application du voucher était jugé trop limité. Par ailleurs, le voucher avait donné lieu à des applications très diverses à l'époque et des expériences très différentes en fonction des localités anglaises volontaires qui l'avaient mis en place, ce qui n'a pas favorisé la lisibilité du système proposé. Ces expériences locales de mise en place du voucher n'ont d'ailleurs jamais été évaluées par les chercheurs anglais.

Le *Personal Wheelchair Budget* a été introduit dans la loi en 2019 à l'échelle de l'Angleterre, permettant à toute personne éligible à un fauteuil roulant de bénéficier d'un droit légal au *Personal Wheelchair Budget*.

La couverture du *Personal Wheelchair Budget* est désormais largement assurée sur l'ensemble du territoire anglais, même si en 2022, 21% des *Clinical Commissioning Groups* (CCGs) -les unités administratives mises en place en Angleterre entre 2012 et 2022 pour délivrer des soins- n'étaient pas encore couvertes (Motability, 2022).

Les types de contrats proposés

Le *Personal Wheelchair Budget* a remplacé l'ancien système de vouchers dans lequel les usagers pouvaient bénéficier d'un chèque pour faire l'acquisition de leur fauteuil roulant sur le marché privé. La nouvelle architecture mise en place par le *Personal Wheelchair Budget* a pour objectif d'accroître le choix de fauteuils roulants pour tous les usagers éligibles à l'obtention d'un fauteuil roulant.

Les différentes options sont les suivantes :

- **Option 1. Mise à disposition « classique » du fauteuil roulant par le NHS** : le NHS fournit à l'utilisateur un fauteuil roulant sans reste à charge mais qui demeure de la propriété du NHS. Les réparations sont également intégralement prises en charge par le NHS.
- **Option 2. Mise à disposition du fauteuil roulants par le NHS avec contribution financière** : La contribution financière de l'utilisateur lui permet de choisir un fauteuil un peu plus haut de gamme ou d'ajouter des équipements additionnels pour mieux s'ajuster à ses besoins. Le reste à charge de l'assuré correspond à la différence de prix entre le fauteuil qu'il choisit finalement et le fauteuil qui lui était initialement prescrit, s'il avait opté pour le système de mise à disposition « classique ». Le NHS demeure propriétaire du fauteuil et endosse à ce titre les frais de réparation du fauteuil.
- **Option 3. Acquisition du fauteuil roulant par l'utilisateur (*Personal Wheelchair Budget*)**. L'utilisateur fait l'acquisition de son fauteuil roulant sur le marché privé et devient responsable financièrement des réparations de son fauteuil. La participation financière du NHS correspond

au budget qui aurait été dépensé par le NHS pour fournir un fauteuil correspondant aux besoins de l'utilisateur ainsi qu'un supplément permettant de couvrir une partie prévisible des réparations. L'utilisateur endosse le reste à charge qui se définit comme la différence entre le prix final et le montant financé par le NHS.

Les montants financiers accordés au titre du *Personal Wheelchair Budget*

Le *Personal Wheelchair Budget* ne prend pas la forme d'un paiement forfaitaire versé par le NHS pour un type de fauteuils donné. Par conséquent, il existe autant de montants de PWB que d'utilisateurs qui souscrivent à cette option. Aucun des interlocuteurs que nous avons interrogés pendant le voyage d'étude n'a été en mesure de nous donner des chiffres sur les remboursements individuels moyens réalisés au titre du PWB par le NHS par type de fauteuils.

Le bilan du *Personal Wheelchair Budget*

Le système du *Personal Wheelchair Budget* est encore très récent et tous les interlocuteurs que nous avons interrogés ont souligné la difficulté à dresser un bilan d'un dispositif qui a fait son apparition en 2019, dans une période précédant la pandémie de Covid-19 qui n'a pas facilité le déploiement de la réforme. Selon un interlocuteur d'AJM Healthcare -la première chaîne privée de fournisseurs de fauteuils roulants en Angleterre-, la plupart des personnes continuent d'obtenir leur fauteuil roulant par le biais du système classique de mise à disposition du NHS, car l'option ne demande aucune intervention de la part de l'utilisateur.

Par ailleurs, l'utilisateur ne sait pas nécessairement ce dont il a besoin, à plus forte raison lorsqu'il s'agit d'un premier équipement, ce qui nous a été confirmé par un interlocuteur de l'association *Back Up Trust*, une organisation caritative qui vient en soutien des personnes blessées médullaires. Ce constat est également appuyé par une interlocutrice ergothérapeute rattachée au *Royal National Orthopaedic Hospital* qui souligne les difficultés importantes rencontrées par un patient qui se retrouve dans la situation de blessé médullaire, notamment à la suite d'un accident. Le patient, alors affecté par une multitude de changements fonctionnels, n'a pas la capacité de bien cerner le type de fauteuils dont il pourrait avoir besoin pour son premier équipement.

Enfin, tous les utilisateurs ne peuvent pas se permettre d'opter pour la solution de l'achat privé du fauteuil qui peut se traduire par un important reste à charge. Les utilisateurs peuvent rencontrer des difficultés à anticiper avec suffisamment de précision le reste à charge auquel ils seront confrontés avec la solution du *Personal Wheelchair Budget*, ce qui peut les inciter à préférer recourir à la solution de la mise à disposition classique par le NHS.

Plusieurs interlocuteurs ont souligné que certains groupes d'utilisateurs pouvaient être plus enclins que d'autres à utiliser le *Personal Wheelchair Budget* afin d'obtenir un équipement sur le marché privé qui corresponde davantage à leurs besoins. Ce peut être le cas des blessés médullaires qui souhaitent renouveler un fauteuil roulant une fois qu'ils ont acquis une meilleure connaissance de leurs besoins. En effet, les personnes blessées médullaires qui souhaitent continuer à mener une vie active trouveront des fauteuils sans doute plus adaptés à leurs besoins sur le marché privé. Les personnes qui ont besoin d'un fauteuil actif se tournent aussi plus souvent vers le *Personal Wheelchair Budget*

car l'offre proposée par le NHS n'est pas jugée convaincante, d'après notre interlocutrice ergothérapeute en poste au *Royal National Orthopaedic Hospital*.

D'autres critiques ou craintes relatives au *Personal Wheelchair Budget* émanent d'observateurs localisés dans d'autres régions du Royaume-Uni, qui n'ont pas encore introduit de système comparable au *Personal Wheelchair Budget*. Un interlocuteur du *NHS Scotland* nous a ainsi assuré que l'Ecosse n'envisageait pas de mettre en place un système de *Personal Wheelchair Budget*, de crainte d'introduire un système à deux vitesses dans lequel la qualité s'améliore sensiblement pour les personnes qui disposent des moyens de se rendre sur le marché privé tandis que l'offre et la qualité se détériorent sur le marché public.

Malgré les limites soulevées, certaines associations soutiennent l'idée que le *Personal Wheelchair Budget* a augmenté la satisfaction des usagers de fauteuils roulants. Le président de *Disability Rights UK* souligne que l'association a toujours défendu l'idée que les personnes en situation de handicap devraient avoir le choix de leur équipement et la réforme du *Personal Wheelchair Budget* permet de réaliser cet objectif.

Enfin, une dernière difficulté à évaluer l'impact du *Personal Wheelchair Budget* tient à l'existence d'un dispositif parallèle, réservé aux personnes en situation de handicap insérées sur le marché du travail mais qui peut, dans une certaine mesure, lui faire concurrence. Le programme « *Access to work* », évoqué par de très nombreux interlocuteurs anglais -souvent avec un enthousiasme supérieur à celui suscité par la réforme du *Personal Wheelchair Budget*-, permet de financer un fauteuil roulant pour les personnes qui sont en emploi, mais aussi tous les équipements nécessaires à la personne pour travailler, sans reste à charge pour le bénéficiaire. Le programme permet de financer du matériel jusqu'à 62 000£ par an pour une personne. Les personnes éligibles au programme peuvent bénéficier d'un fauteuil roulant plus haut de gamme, mieux adapté à leurs besoins et co-financé par leur employeur et le programme. La participation financière de l'employeur dépend de la taille de l'entreprise : les entreprises de moins de 40 personnes n'ont rien à déboursier, l'intégralité du financement est assurée par le programme « *Access to work* » tandis que plus la taille de la compagnie est importante et plus l'entreprise est mise à contribution, ce qui réduit alors la participation financière du programme « *Access to work* ». Le programme finance le fauteuil à hauteur du temps travaillé par le salarié (un salarié qui travaille 5 jours par semaine obtient un financement de son fauteuil à hauteur de 5/7^{ème}) tandis que l'organisation caritative Motability met en œuvre un régime de subvention qui finance la part complémentaire qui n'est pas prise en charge par le programme « *Access to work* ». Un fauteuil roulant financé dans le cadre du programme « *Access to work* » demeure utilisable par le bénéficiaire dans un cadre privé. Si l'utilisateur change d'employeur, il peut bénéficier d'un nouveau financement dans le cadre du programme (source : Disability Rights UK).

C) Une gestion des services de fauteuils roulants du NHS de plus en plus souvent confiée au secteur privé

En Angleterre, les *Integrated Care Boards* (ICBs), qui ont remplacé les *Clinical Commissioning Groups* (CCGs) en juillet 2022, ont en charge la mise en place des services de santé dans leur région à partir des fonds qu'ils reçoivent du *NHS England*. Ils publient des appels d'offre pour recruter des fournisseurs de services, parmi lesquels figurent les services locaux de fauteuils roulants. Les services locaux de

fauteuils roulants procèdent à l'évaluation des besoins des usagers, fournissent l'équipement et assurent l'entretien du matériel.

Le libellé des appels d'offre spécifie la zone qui doit être couverte par les services de fauteuils roulants, le nombre d'usagers potentiels, l'activité prévue et le modèle de financement. Les ICBs comparent les réponses aux appels d'offre qu'ils reçoivent et sélectionnent le fournisseur de services. Les contrats de fournisseurs de services de fauteuils roulants courent pour une période de trois ans en moyenne, avec une extension possible d'une ou deux années supplémentaires.

Les changements de fournisseurs de services de fauteuils roulants au cours du temps peuvent s'accompagner d'une remise en cause des règles précédentes (par exemple, les critères d'éligibilité) de même que les offres de fauteuils roulants proposées, qui peuvent évoluer au cours du temps, ce qui n'est pas sans occasionner des mécontentements d'usagers, par exemple peut-être habitués à une offre étoffée de fauteuils roulants qui se réduit avec le temps si le nouveau service local de fauteuils roulants a pour mission de réduire les coûts.

Les services locaux de fauteuils roulants sont très variables par leur taille, le nombre d'usagers qui y sont attachés ainsi que les besoins de ces usagers (Motability, 2022). Alors que le nombre moyen d'usagers attachés aux centres NHS de fauteuils roulants s'établit à 5921 par CCG⁵⁰, certaines zones géographiques comptabilisent un nombre très élevé d'usagers (entre 25 000 et 30 000) tandis que d'autres ont moins de 1000 usagers (Motability, 2022). Le case-mix des usagers est également très variable selon les zones ; alors que la proportion de patients dits complexes (présentant plusieurs types de déficiences et plusieurs facteurs de comorbidités) s'établit en moyenne à 17% par CCG, cette proportion est inférieure à 10% dans certaines zones et atteint 30% dans d'autres zones (Motability, 2022).

Environ 60% des services de fauteuils roulants sont encore assurés par le NHS. Pour autant, même en considérant des centres qui restent dirigés par le NHS, l'offre de fauteuils roulants ainsi que les critères d'éligibilité peuvent varier de façon très importante d'une zone géographique à l'autre. Une personne peut être éligible à l'obtention d'un fauteuil roulant dans une région et au contraire se voir refuser l'accès à ce même fauteuil dans une autre région.

Selon un interlocuteur de la société AJM Healthcare, 40% des centres de fauteuils roulants sont désormais dirigés par des acteurs privés (AJM Healthcare, Virgin Care, Op Care, Millbrook) et cette tendance serait plutôt orientée à la hausse. Selon notre interlocuteur de *Back Up Trust*, l'intensification de la concurrence venue du secteur privé assure de pouvoir sélectionner des opérateurs à même de garantir un service de fourniture de fauteuils roulants à un prix honnête et équitable. Cette concurrence incite les opérateurs déjà bien implantés sur le marché à se remettre en cause et à proposer des meilleurs services à des prix plus contenus. Les entreprises du secteur privé ont une expertise assez importante qui leur permet de remporter plus souvent les appels d'offre. De l'avis de plusieurs observateurs, les régions qui ont confié la gestion de leurs centres de fauteuils roulants au secteur privé reviennent rarement à une gestion déléguée au NHS.

Il existe d'importantes différences entre les services de fauteuils roulants, notamment en termes de qualité de l'accompagnement, mais qui ne s'expliquent pas nécessairement par le statut privé/NHS du

⁵⁰ Le rapport Motability (2022) a été réalisé à partir de données émanant des CCG alors que les ICB n'avaient pas encore été mis en place.

centre. On trouve des services de haute qualité aussi bien parmi les centres gérés par le NHS que gérés par des entités privées, et des services de qualité inférieure tant dans les établissements publics que privés. Il n'y a pas vraiment de différences significatives sur le nombre d'Equivalents Temps Plein (ETP) qui travaillent dans les centres privés et les centres publics. Selon notre interlocuteur d'AJM Healthcare, peu de salariés des centres gérés par le NHS choisissent d'aller travailler dans les centres gérés par les organismes privés car ils risquent de perdre tous les avantages conférés par l'ancienneté qu'ils ont acquise en travaillant pour le NHS (congés, avantages salariaux). Les centres privés tentent de compenser les avantages apportés par le NHS en proposant des niveaux de salaires un peu plus attractifs que ceux qui sont proposés par le secteur public.

Comme le précise notre interlocuteur d'AJM Healthcare, les acteurs privés de grande taille (comme AJM Healthcare qui est le plus grand fournisseur privé de fauteuils roulants au Royaume-Uni) peuvent centraliser leurs achats de fauteuils roulants ce qui leur permet de commander des volumes très importants et leur assure un important pouvoir de négociation auprès des industriels producteurs de fauteuils roulants.

Une interlocutrice d'une association de blessés médullaires considère que les entreprises privées référencent une plus grande gamme de produits, qui fait davantage place aux dernières nouveautés mais disposent en contrepartie de moins de personnels compétents sur la prise de décision clinique (absence d'ergothérapeutes ou de kinésithérapeutes).

D) Fonctionnement des appels d'offre

Le NHS passe des appels d'offre au niveau national pour acquérir un parc de fauteuils roulants au prix le plus compétitif possible et les industriels se positionnent pour y répondre. Les industriels doivent satisfaire à de nombreuses exigences en matière de stabilité financière, d'expérience et de connaissances du secteur. Quatre à cinq industriels importants couvrent l'ensemble du pays et participent à ces appels d'offre. Il est en général assez difficile pour un nouvel industriel d'entrer dans le processus des appels d'offre en raison de la présence de barrières à l'entrée.

Parallèlement à cet appel d'offre central d'envergure nationale qui quelque fois ne couvre pas l'ensemble des besoins en fauteuils roulants pour des types plus spécifiques (par exemple, des fauteuils roulants pédiatriques), de nombreux services de fauteuils roulants locaux peuvent passer des appels d'offre locaux pour acquérir d'autres modèles qui leur font défaut. Certains centres de fauteuils roulants choisissent même de ne pas référencer les modèles inclus dans les contrats nationaux car ils préfèrent nouer des contrats avec d'autres fournisseurs. Ces éléments conjugués expliquent une forte variabilité de l'offre de fauteuils roulants au niveau local.

Les contrats nationaux portent sur une période de 5 ans mais il existe une option pour étendre le contrat au-delà de 5 ans car le procédé des appels d'offre en lui-même est très coûteux.

Un groupe d'experts évalue chacune des offres.

Le NHS référence des fauteuils basiques, des fauteuils actifs et des fauteuils électriques mais pas de fauteuils électriques verticalisateurs. Les usagers qui souhaitent s'équiper avec ces derniers types de fauteuils sont tenus de se tourner vers le marché privé, en sollicitant le cas échéant les organisations caritatives pour obtenir un financement permettant de couvrir une partie du reste à charge.

E) Prix et restes à charge des fauteuils roulants au Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, deux marchés disjoints de la distribution de fauteuils roulants coexistent, chacun ayant des règles de tarification qui sont spécifiques : d'un côté, un marché public sur lequel un acheteur unique -le NHS- met en concurrence les industriels dans le cadre d'une procédure d'appels d'offre qui aboutit à un prix public applicable sur l'ensemble du territoire pour ce qui concerne l'appel d'offre central du NHS. De l'autre côté, un marché privé sur lequel opèrent une multitude d'acteurs privés qui fixent librement leurs prix.

Les prix obtenus par le NHS dans le cadre des appels d'offre sont de 1,7 à 1,8 fois plus faibles que ceux qui prévalent sur le marché privé (tableau 18). Tous les fauteuils roulants manuels de base et les fauteuils actifs distribués par le NHS sont associés à des restes à charge nuls pour les usagers. Le reste à charge des fauteuils roulants achetés sur le marché privé équivaut à la différence entre le prix du fauteuil et le montant du *Personal Wheelchair Budget* (PWB). Or, le montant du PWB dépend des besoins de compensation de la personne, évalués par les services locaux de distribution des fauteuils roulants. Aucun de nos interlocuteurs n'a été en mesure de nous fournir des chiffres correspondant aux montants moyens de PWB par type de fauteuils roulants, ce qui reflète la limite des systèmes d'information sur les restes à charge en Angleterre.

Les prix des fauteuils roulants peuvent varier fortement d'un vendeur privé à l'autre. Certains seront plus compétitifs sur le prix du fauteuil mais factureront plus cher son entretien et les réparations.

Tableau 18 : Comparaison des prix et restes à charge associés aux fauteuils roulants NHS/marché privé

Exemples de modèles	Prix Angleterre (NHS)	Prix Angleterre (marché privé)	RAC Angleterre (NHS)	RAC Angleterre (marché privé)
Fauteuil roulant manuel de base				
INVACARE, « Action 3 NG » (code LPP : 4107723)	388€ (330£ Sunrise Rubix, équivalent d'Action 3 NG)	716€ (610 £ sans TVA) / 860€ (732£ avec TVA)	0 €	Prix - montant PWB
VERMEIREN, « V500 » (code LPP : 4118193)	La moyenne de la catégorie est de 352€ (300£)	Peu référencé au Royaume-Uni	0 €	Prix - montant PWB
SUNRISE MEDICAL, « Style X Ultra » (code LPP : 4107723)	Pas disponible par le NHS	Pas d'information	0 €	Prix - montant PWB
Fauteuil roulant actif				
INVACARE, « Action 5 rigid » (code LPP : 4179540)	846€ (720£) [Avec les options : entre 910€ et 1480€ avec une moyenne à 1250€]	1 441€ (1 227£ sans TVA) / 1 729€ (1 472£ avec TVA)	0 €	Prix - montant PWB
QUICKIE « Life R » (code LPP : 4179540)	Pas d'information	1 703€ (1 450£ sans TVA) / 2 044€ (1 740£ avec TVA)	0 €	Prix - montant PWB

VERMEIREN « Sagitta » (code LPP : 4179540)	Pas d'information	1 567€ (1 334£ sans TVA)	0 €	Prix - montant PWB
Fauteuil roulant électrique verticalisateur				
OTTO BOCK, « C 1000 SF » (code LPP: 4168966)	Pas disponible par le NHS	23 811€ (20 273£ avec TVA)	Pas disponible par le NHS	Prix - montant PWB
PERMOBIL, « F5 Corpus VS » (code LPP : 4168966)	Pas disponible par le NHS	30 890€ (26 300 £ sans TVA) / 37 068€ (31 560 £ avec TVA)	Pas disponible par le NHS	Prix - montant PWB
SUNRISE MEDICAL, « Q 700 UP M » (code LPP: 4168966)	Pas disponible par le NHS	27 245€ (23 197£ sans TVA)	Pas disponible par le NHS	Prix - montant PWB

Source Prix NHS: Nathan Robson (AJM Healthcare), mai 2023.

Source Prix secteur privé : bettermobility.co.uk. Prix mai 2023.

Certaines organisations caritatives, comme Aspire qui est une organisation prenant en charge les personnes blessées médullaires, peuvent financer une partie du fauteuil (par exemple 2 000£ sur un fauteuil qui en coûte 11 000£). Le bénéficiaire doit préalablement prouver qu'il s'est déjà vu refusé toute aide financière par les services de fauteuils roulants.

F) Le parcours de soins

L'évaluation des besoins de l'utilisateur

L'utilisateur est adressé par son médecin généraliste ou par un hôpital au service local de fauteuils roulants. Les services de fauteuils roulants (*local wheelchair services*) doivent procéder à l'évaluation des besoins de la personne en considérant à la fois sa situation clinique et son mode de vie, tout en tenant compte de l'environnement dans lequel elle évolue. Les usagers peuvent choisir d'obtenir leur équipement directement auprès du service de fauteuils roulants ou opter pour l'option du *Personal Wheelchair Budget* (depuis décembre 2019).

Un durcissement des conditions d'accès aux fauteuils roulants

La tendance qui s'observe depuis plusieurs années est celle d'un durcissement des règles d'attribution des fauteuils. Alors que les utilisateurs occasionnels de fauteuils roulants pouvaient en solliciter un il y a vingt ans, il faut désormais apporter la preuve d'un besoin permanent du fauteuil roulant, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du logement, pour être éligible. Les critères d'attribution ont donc fortement changé, selon plusieurs des interlocuteurs que nous avons interrogés.

L'accès à l'information

Les usagers peuvent d'abord obtenir un certain nombre d'informations dans les hôpitaux mais aussi auprès des associations caritatives qui peuvent notamment transmettre des informations sur les

moyens de financer un fauteuil roulant. L'association caritative *Disability Rights UK* veille à ce que les personnes en situation de handicap aient accès à des informations de qualité et fiables sur leurs droits. L'association fournit des informations sur son site web et des documents d'information, des fiches et des rapports que peuvent facilement consulter les personnes en situation de handicap.

Des ingénieurs commerciaux en charge de la fourniture des fauteuils roulants

Les profils de type ergothérapeutes sont rares dans les centres privés, ce sont surtout des ingénieurs commerciaux qui sont recrutés pour assurer la fourniture des fauteuils roulants. Certains interlocuteurs nous ont fait part de l'existence de comportements abusifs de certains vendeurs qui peuvent être incités à orienter les usagers vers des fauteuils roulants plus coûteux que nécessaire et ne correspondant pas à leurs besoins.

Notre interlocutrice ergothérapeute au *Royal National Orthopaedic Hospital* est très critique sur la qualité insuffisante de l'accompagnement proposé par ces ingénieurs commerciaux qui ne sont, selon elle, pas suffisamment formés et qui n'ont pas les connaissances suffisantes pour aider les patients à choisir leur fauteuil roulant. Les vendeurs privés ne sont ni ergothérapeutes ni kinésithérapeutes. Même dans les centres publics dans lesquels officient des ergothérapeutes, la culture du travail de la posture serait insuffisamment diffusée, ce qui nuirait à la qualité de l'accompagnement. Selon cette même interlocutrice, les vendeurs privés devraient être ergothérapeutes et mandatés ou certifiés pour garantir un accompagnement suffisamment qualitatif.

La situation est un peu différente dans les hôpitaux : des kinésithérapeutes enseignent désormais aux usagers comment utiliser les fauteuils roulants. L'association *Back Up Trust* se rend fréquemment dans les centres de blessés médullaires pour y livrer des enseignements sur la façon d'utiliser les fauteuils.

Un engagement contractuel du NHS à équiper les usagers sous un délai de 18 semaines

Les services de fauteuils roulants cherchent dans la gamme d'équipements disponibles ce qui pourrait le mieux convenir à la personne.

Les services de fauteuils roulants travaillent généralement sur la base d'un parcours de 18 semaines, qui constitue un horizon temporel cible à atteindre. Toutes les personnes orientées vers ces services devraient disposer d'un équipement correspondant à leurs besoins dans ce laps de temps, selon notre interlocuteur d'AJM Healthcare.

Le centre est tenu de recevoir l'utilisateur dans un délai de deux semaines si c'est une première demande, ou un délai de six semaines si la demande émane d'un usager plus régulier.

Pour des besoins de très faible niveau de complexité, certains contrats vont contraindre le service de fauteuils roulants à équiper l'utilisateur sous un délai de deux jours, tandis que d'autres contrats vont accorder au service de fauteuils roulants un délai d'une semaine ou deux.

Les équipements qui doivent être commandés sont livrés dans un délai d'environ six semaines tandis que les équipements spécialisés tels que les sièges spéciaux, le sont sous un délai de 12 semaines.

Le *NHS England* publie les informations sur le nombre de personnes enregistrées auprès de chaque service de fauteuils roulants (auparavant dans chaque CCG et désormais dans chaque ICB) et les indicateurs de performance qu'ils atteignent en termes de nombre de bénéficiaires recevant leur fauteuil roulant dans un délai de 18 semaines. Cette publication des résultats permet à chaque service de fauteuils roulants de se comparer aux autres services de fauteuils roulants de sa zone géographique ou au niveau national. Certains observateurs déplorent toutefois que le seul indicateur de qualité de service repose sur ce délai de service sous 18 semaines, qui est une dimension insuffisamment informative de la qualité de l'accompagnement dont peut bénéficier l'utilisateur (Motability, 2022).

Par ailleurs, même sur cet indicateur fruste de la qualité de l'accompagnement, des écarts très importants apparaissent entre les zones géographiques : des services parviennent à réaliser cet objectif sur l'ensemble des usagers à besoins complexes (personnes pouvant cumuler plusieurs déficiences ou comorbidités) (public ciblé en priorité) tandis que d'autres services atteignent l'objectif pour moins de 25% des usagers à forts besoins (Motability, 2022).

Une mesure encore très incomplète de la satisfaction des usagers

Les enquêtes qui sont actuellement mises en œuvre dans les services de fauteuils roulants incluent des questions du type « dans quelle mesure avez-vous été impliqué dans la prise de décision concernant vos soins ? », « Avez-vous l'impression que les gens vous ont parlé avec respect et que vous avez compris votre état et votre situation ? », « Recommanderiez-vous ce service ? » qui, selon la plupart de nos interlocuteurs interrogés, ne reflètent que de façon très incomplète la satisfaction des usagers.

L'université de Bangor a mis en place un outil permettant de mesurer la satisfaction qui repose sur une liste de 17 domaines (accès au travail, possibilité de sortir avec les amis, ...). L'enquêté doit choisir cinq domaines pour lesquels sa satisfaction est mesurée avant d'obtenir son équipement et après avoir reçu son fauteuil roulant. Dans l'attente du déploiement de cette nouvelle méthodologie de mesure de la satisfaction des usagers censée mieux la capturer, les associations continuent d'endosser un rôle de porte-voix de la parole des usagers.

Selon notre interlocuteur de l'association Back Up Trust, les mauvaises expériences décrites par les usagers peuvent parfois concerner les fauteuils proposés en eux-mêmes mais sont le plus souvent en lien avec les temps d'attente, soit pour obtenir une évaluation des besoins soit pour obtenir un équipement, ainsi que les temps de réparation des fauteuils roulants. Une partie importante de la satisfaction se joue sur la rapidité à laquelle le fauteuil peut être réparé ainsi que le coût de la réparation, diagnostic également partagé par le président de l'association *Disability Rights UK*. La faible réactivité du service public, l'amplitude insuffisante des horaires d'ouverture des centres publics ainsi que l'étendue trop limitée de l'offre proposée par le secteur public constituent également des critiques récurrentes.

Selon le président de l'association *Disability Rights UK*, l'offre de fauteuils roulants du NHS s'est toutefois améliorée avec le temps. Les usagers peuvent désormais acheter des fauteuils allégés ou des fauteuils pliants. L'offre s'est largement étoffée par rapport à ce qui était disponible il y a plusieurs années. Le NHS ne sera toutefois jamais en mesure de fournir le fauteuil le plus léger du marché, pour des raisons budgétaires.

G) Les enjeux et défis actuels

Des critères d'éligibilité qui excluent certaines catégories d'utilisateurs

Des régions ne prennent en charge que les usagers permanents de fauteuils roulants et excluent des critères d'éligibilité les usagers occasionnels. Les utilisateurs très occasionnels, c'est-à-dire les personnes âgées qui peuvent se déplacer à peu près chez elles mais qui peuvent avoir besoin d'un fauteuil roulant pour se déplacer à l'extérieur sont en général mal prises en charge ; très peu de services prévoient ce type d'utilisation extérieure pour les utilisateurs occasionnels.

Un interlocuteur de la société AJM Healthcare appuie ce constat en soulignant qu'il y a une assez bonne couverture pour les personnes qui ont besoin d'un fauteuil roulant de façon permanente mais une moins bonne couverture pour les personnes qui sont des utilisateurs qui auraient des besoins intermittents. Même pour les personnes qui bénéficient d'un fauteuil roulant, la fourniture se fait plutôt sur la base d'un modèle médical par lequel on s'assure que l'utilisateur bénéficie d'un fauteuil qui correspond à ses besoins médicaux mais sans prendre en compte un modèle social qui se soucierait de la façon dont l'utilisateur souhaite mener son existence. Une personne peut avoir été équipée d'un fauteuil manuel qui lui permet d'évoluer dans sa maison mais qui ne lui permet pas de sortir. L'interlocuteur d'AJM Healthcare déplore un fort taux d'abandon pour les personnes dont l'équipement ne correspond pas vraiment à leurs besoins.

Une très forte hétérogénéité géographique des critères d'éligibilité, d'offres, de prise en charge

En dépit de l'existence d'un système national de santé (le NHS), les décisions relatives à la fourniture d'un service de fauteuils roulants sont prises à un niveau local. Il existe une très forte hétérogénéité géographique des critères d'éligibilité, des offres disponibles et des prises en charge. Tous nos interlocuteurs anglais ont mentionné l'existence de ce problème de « *post-code lottery* », qui renvoie à un problème d'inéquité lié au lieu de vie des personnes (Motability, 2022).

Cette hétérogénéité est en partie liée à la variabilité des budgets accordés aux services de fauteuils roulants selon les zones et au nombre de personnes potentiellement éligibles à ces services. Selon un interlocuteur d'AJM Healthcare, certains services très bien dotés peuvent bénéficier d'un montant de 3000£ par usager potentiel du service quand d'autres ne bénéficieront que de 100£. Les services les moins bien dotés sont donc contraints de resserrer les critères d'éligibilité, de restreindre le parc de fauteuils roulants disponibles et de réduire le nombre de personnes prises en charge. Notre interlocutrice ergothérapeute au *Royal National Orthopaedic Hospital* souligne que la région de Middlesbrough, à l'extrémité supérieure du pays, couvre une zone géographique assez vaste du pays dans laquelle vit une population peu nombreuse mais qui dispose de fonds importants. Le délai d'admission dans une unité de lésion médullaire n'y est que de deux jours car la demande est faible alors que dans la région de Londres la demande est tellement importante que l'attente peut atteindre 3 mois. La région de Middlesbrough est donc caractérisée par un service plus rapide et les patients peuvent bénéficier d'une meilleure prise en charge.

L'offre de services est en revanche beaucoup plus étoffée à Londres, les personnes qui vivent à la campagne ont moins accès aux services de réparation et de maintenance des fauteuils roulants, note le Président de l'Association *Disability Rights UK*.

Les associations telles que *Disability Rights UK* plaident pour une réduction des iniquités territoriales en termes de qualité d'évaluation des besoins, d'offre et de coût des aides techniques.

Cette hétérogénéité des prises en charge peut même être constatée au sein de la même zone géographique au cours du temps, lorsqu'un service de fauteuils roulants plus rigoureux dans l'interprétation des critères succède à un fournisseur plus généreux. La population peut exprimer un fort mécontentement à l'égard du nouveau service qui ne fait pourtant que mettre en place une nouvelle politique souhaitée par l'ICB.

Des données de qualité insuffisante qui ne permettent pas de piloter la politique

Selon un cadre du NHS, le NHS ne dispose pas de données suffisamment fiables ni consolidées sur les dépenses consacrées aux fauteuils roulants ni sur les restes à charge des usagers qui recourent au *Personal Wheelchair Budget*. Aucune information de nature démographique ou socio-économique ne remonte non plus sur les usagers du *Personal Wheelchair Budget*, ce qui ne permet pas de faire progresser la connaissance sur les profils de personnes qui y recourent. L'absence d'informations sur les restes à charge ne permet pas de savoir comment orienter la politique publique.

Les données existantes ne permettent que d'évaluer un indicateur de performance globale qui renseigne si les services de fauteuils roulants ont été livrés dans un délai de 18 semaines pour les usagers. Tous nos interlocuteurs s'accordent sur le constat que cet indicateur reflète très imparfaitement la qualité de l'accompagnement de l'utilisateur.

III/ Aides auditives

Au Royaume-Uni, environ 26% des hommes et 20% des femmes âgés de 45 ans et plus ont une perte d'audition, ce qui représente environ 5,2 millions de personnes (Scholes, 2018). Parmi ces personnes qui souffrent de pertes auditives, environ 30% des hommes et 27% des femmes sont équipés d'appareils auditifs (Scholes, 2018). En 2035, 1 Anglais sur 5 sera concerné par un problème de perte d'audition (Broome *et al.*, 2022).

Même lorsque les personnes sont équipées, seuls 50% des usagers utilisent leurs aides auditives en permanence, 30% les utilisent quelques fois et 20% ne les utilisent jamais (Dillon *et al.*, 2020).

Deux circuits de distribution coexistent au Royaume-Uni : dans le secteur public, les industriels fournissent les aides auditives au NHS dans le cadre d'appels d'offre, et le NHS les distribue directement aux usagers. Les usagers se rendent dans leur centre local du NHS, qui est en mesure de fournir une aide auditive à toute personne âgée ou handicapée sans reste à charge. Il existe généralement un établissement du NHS dans chaque localité. Les grandes villes sont souvent dotées de plusieurs centres NHS.

Dans le secteur privé, les fabricants alimentent des revendeurs spécialisés. L'utilisateur peut se rendre dans un magasin appartenant à une grande chaîne de distribution (Amplifon, Hidden Hearing, SpecSavers, Ormerods, Scrivens) ou dans un magasin indépendant, voire dans des cliniques privées spécialisées. Les grandes chaînes sont liées à quelques fabricants de leur choix par des contrats et ne proposent donc pas toutes les marques de produits à leurs clients.

A) Politique d'achat des aides auditives par le NHS

Genèse du système d'achat anglais

L'enjeu pour le NHS était de mettre en œuvre un modèle de fourniture des aides auditives efficient mais qui garantisse dans le même temps un niveau de satisfaction suffisant pour que les usagers utilisent vraiment leurs aides auditives.

Lors de notre voyage d'étude en Angleterre, nous avons pu rencontrer Adrian Davis qui a mis en place en 2000 le système d'appels d'offre des aides auditives pour le NHS. A cette époque, les entreprises privées étaient très opposées à l'idée d'introduire un système d'appels d'offre. Dans les longues et difficiles discussions avec l'industrie qui ont permis d'aboutir à la mise en place du système d'appels d'offre, l'organisation *Royal National Institute for Deaf People* (RNID) avait joué un rôle important pour faire aboutir la négociation.

Au commencement des systèmes d'appels d'offre pour les aides auditives, seuls deux industriels étaient mobilisés. Au terme des quatre premières années, le NHS a pris la décision délibérée d'ouvrir l'appel à un plus grand nombre d'offres afin d'accroître la concurrence en qualité sur les aides auditives proposées.

Des volumes très importants permettant de négocier des prix très faibles

Le NHS achète de très grandes quantités d'aides auditives pour tout le pays en même temps (1,5 million d'aides auditives par an auprès de 7 différents offreurs (données 2023)), ce qui lui permet de négocier des prix extrêmement faibles. Selon Adrian Davis, le NHS parvient à acheter des aides auditives à un prix unitaire minimum de 45£ qui peut augmenter jusqu'à 100£ pour un appareil de haute puissance. En intégrant le prix de l'aide auditive et le coût du parcours de soins de l'utilisateur par le NHS pendant une période de 4 ans, le coût final complet est de l'ordre de 380£. L'association *Royal National Institute for Deaf People* (RNID) considère que c'est un très bon rapport qualité prix pour le NHS si on considère que l'appareil auditif et tous les soins de suivi sont inclus dans ce prix.

Le Royaume-Uni est le seul pays qui achète les aides auditives au niveau du pays entier. Le deuxième plus gros acheteur d'aides auditives au monde est la *Veterans Association* aux Etats-Unis qui fait l'acquisition de 400 000 aides auditives par an pour un prix d'environ 250€ par unité.

Selon Adrian Davis, le deuxième levier clé de la politique pour obtenir un prix très faible est de réduire le nombre de fournisseurs. En passant de 7 fournisseurs (le nombre d'industriels actuellement mobilisés) à un nombre plus faible, l'acheteur public NHS se trouverait en meilleure position pour négocier des prix plus faibles.

Les contrats noués entre le NHS et les industriels offrent une certaine souplesse car ils ne font référence qu'à des types de prothèses auditives qui doivent être livrés au NHS, sans préciser des modèles spécifiques, ce qui permet au NHS de bénéficier des technologies plus récentes sans avoir à établir un nouveau contrat avec les fournisseurs.

Processus des appels d'offre

L'instance « *Audiology supply chain* » a été mise en place afin de superviser les appels d'offre réalisés par le NHS pour l'achat des aides auditives. Un groupe nommé « *Audiology supply group* » rassemble des audiologistes et des organisations impliquées auprès des personnes déficientes auditives pour évaluer les nouveaux produits du marché et leur valeur ajoutée par rapport aux produits déjà référencés par le NHS et suggérer au NHS de mettre à jour sa liste de produits.

Environ 12 personnes sont mobilisées sur les appels d'offre pour le NHS, parmi lesquelles 3 proviennent du *NHS Supply*.

Les tests sont effectués dans les laboratoires de l'université de Manchester sur une période d'une semaine. Chaque jour de la semaine, un industriel vient présenter un appareil auditif. Un processus d'évaluation structurée est mis en place.

Qualité des aides auditives du NHS et positionnement vis-à-vis de l'offre privée

Selon les responsables de l'approvisionnement du NHS, l'offre du NHS correspondrait à du milieu de gamme. Les aides auditives fournies actuellement par le NHS ne sont pas encore rechargeables mais le seront au cours du printemps 2024 ; celles qui sont disponibles dans le secteur privé le sont déjà.

Un deuxième critère permettant d'apprécier la qualité de l'offre proposée par le NHS consiste à analyser le type d'appareils proposés. Le NHS fournit actuellement principalement des appareils « *Behind the ear* ». La prochaine étape serait de proposer des modèles « *Receiver in the canal* » mais ce changement d'offre représenterait une forte pression financière pour le NHS car les prix de ces modèles sont beaucoup plus élevés.

Le secteur privé propose déjà des appareils avec récepteur dans le canal, qui sont beaucoup plus petits et discrets pour les personnes.

Nos interlocuteurs du secteur privé se montrent sans surprise très critiques sur la qualité de l'offre proposée par le NHS, qu'ils qualifient de dépassée technologiquement, accumulant un retard qu'ils évaluent à 10 ans. Cette position est également partagée par *Disability Rights UK* dont le président considère que les aides auditives fournies par le NHS ne sont jamais de la meilleure qualité à cause de la logique économique du NHS qui cherche avant tout à réduire les prix. Selon l'association, il existe des meilleures options sur le marché privé à condition de pouvoir payer 4000£ ou 5000£. Incontournable dans le paysage des associations centrées sur les personnes ayant une déficience auditive, l'association *Royal National Institute for Deaf People* (RNID) atteste d'un choix beaucoup plus étendu en matière de styles d'appareils auditifs sur le marché privé que dans l'offre du NHS qui ne propose que des appareils « contours d'oreille » (*Behind the ear*). Les personnes qui achètent sur le marché privé bénéficient d'un appareil qui dispose d'un plus grand nombre de canaux que ceux qui figurent dans l'offre du NHS. Pour autant, l'association considère que la qualité des aides auditives de l'offre du NHS est meilleure que la réputation dont elle bénéficie auprès du grand public.

Pour étayer cette position, l'association RNID relève que le NHS achète ses appareils aux fabricants d'appareils auditifs tels qu'Oticon, Phonak et GN Resound qui industrialisent une « version NHS » de leurs produits existants, certes indisponible sur le marché privé, mais techniquement peu éloignée des versions « de marque » disponibles sur le marché privé.

La prochaine disponibilité des aides auditives rechargeables dans les circuits de distribution du NHS serait également, selon l'association RNID, un autre signe tangible de la montée en gamme de l'offre du NHS.

B) Prix et restes à charge des aides auditives

Les prix obtenus par le NHS dans le cadre des appels d'offre publics sont 3,4 fois plus faibles que ceux pratiqués par le secteur privé pour un modèle comparable de classe 1 et en comparant les coûts complets, c'est-à-dire incluant le coût du parcours de soins de l'utilisateur par le NHS pendant une période de 4 ans (380£ versus 1 274£). La comparaison entre les prix des deux secteurs n'est toutefois possible que pour les modèles contour, alors que les modèles « *receiver in the ear* » et *intra auriculaires* ne sont pas disponibles dans l'offre du NHS. Lorsque les modèles sont disponibles dans l'offre du NHS, l'utilisateur les reçoit sans déboursier de restes à charge, alors que le reste à charge des usagers qui se rendent sur le marché privé correspond au prix d'achat.

Tableau 19 : Comparaison des prix et restes à charge associés aux aides auditives NHS/marché privé

		Prix Angleterre NHS	Prix Angleterre marché privé	RAC Angleterre NHS	RAC Angleterre marché privé
	Exemples de modèles				
Classe 1					
RIC (" <i>receiver in the ear</i> ")	OTICON Siya RIC (code LPP :2351057)	Non disponible	895£	Non disponible	895£
CIC/IIC/ITE <i>Intra auriculaire</i>	SIGNIA Silk 3NX (code LPP : 2351057)	Non disponible	1 295£	Non disponible	1 295£
BTE <i>Contour</i>	PHONAK B30 P (code LPP : 2351057)	380£ (coût complet, dont 45£ prix de l'aide auditive)	1 274£	0£	1 274£
Classe 2					
RIC (" <i>receiver in the ear</i> ")	OTICON More 2 (code LPP : 2392530)	Non disponible	1 952£	Non disponible	1 952£
CIC/IIC/ITE <i>Intra auriculaire</i>	STARKEY Muse iQ i2000 (code LPP:2392530)	Non disponible	1 491£	Non disponible	1 491£
BTE <i>Contour</i>	SIGNIA Motion 5nx (code LPP :2392530)	Entre 380£ et 435£ (coût complet)	1 575£	0£	1 575£
Classe 3					
RIC (" <i>receiver in the ear</i> ")	PHONAK Audéo Paradise 90R (code LPP : 2392530)	Non disponible	1 760£	Non disponible	1 760£
CIC/IIC/ITE <i>Intra auriculaire</i>	WIDEX Moment 440 CIC (code LPP : 2392530)	Non disponible	1 795£	Non disponible	1 795£
BTE <i>Contour</i>	STARKEY Livio AI 2400 BTE (code LPP : 2392530)	435£ (coût complet, dont 100£ prix de l'aide auditive)	1 795£	0£	1 795£

Source prix NHS : Adrian Davis (entretien mai 2023)

Source prix marché privé : uk-hearing.co.uk mai 2023

Outre les données collectées dans le tableau 19 correspondant aux modèles types inclus dans le périmètre de la comparaison, les visites réalisées dans plusieurs magasins lors du voyage d'étude en Angleterre nous ont permis de constater des prix dans le secteur privé qui démarrent à 500£ pour un appareil basique et qui évoluent dans une fourchette entre 2000£ et 5000£, intégralement à la charge de l'utilisateur. Cependant, d'importantes variations de prix peuvent être constatées d'une enseigne privée à l'autre. En effet, le secteur privé est très hétérogène car à la fois constitué de chaînes privées comme Boots ou Specsavers qui implantent un grand nombre de boutiques dans les villes, qui référencent une gamme de produits compris entre 2000£ et 5000£ et qui constituent le cœur du marché privé, tandis que le versant « très haut de gamme » du secteur est assuré par les cliniques privées dans lesquelles les clients peuvent être amenés à déboursier jusqu'à 10 000£ pour être équipés.

Le secteur privé livre une forte concurrence au NHS. Nos interlocuteurs du NHS considèrent que le secteur privé a pour objectif de grignoter des parts de marché au secteur public car il considère qu'il pourrait distribuer des aides auditives plus efficacement que le NHS. Il existe de fortes disparités sur les modes de fonctionnement des deux secteurs : le secteur privé limite le nombre de visites autorisées par usager (par exemple, deux rendez-vous réparations en 4 ans et pas un de plus) tandis que le NHS accueille les usagers autant que nécessaire.

L'offre du NHS est très variable selon les zones géographiques, avec des zones dans lesquelles des financements plus généreux permettent de référencer une offre plus généreuse et au contraire des zones caractérisées par une offre bien plus restreinte.

Les personnes qui choisissent l'offre publique du NHS se différencient de celles qui choisissent l'offre privée par leurs caractéristiques socio-économiques. La population qui opte pour l'offre privée est plus aisée financièrement car le montant minimum pour deux aides auditives peut atteindre 4000£ dans le secteur privé alors que les personnes ne payent rien pour leurs appareils dans le secteur public. On trouve également une offre privée beaucoup plus étoffée dans les quartiers aisés.

C) Le parcours de soins des usagers d'appareils auditifs

Un circuit du patient avec plusieurs points d'entrée possibles

Plusieurs points d'entrée dans le circuit sont possibles : par l'hôpital, par des centres publics NHS ou des centres privés.

Un patient arrive dans le service d'audiologie d'un hôpital ou dans un centre NHS sur la recommandation du médecin généraliste. En cumulant le temps pour prendre un rendez-vous chez le médecin généraliste et le temps de prise de rendez-vous au service d'audiologie de l'hôpital ou du centre NHS, notre interlocutrice -directrice du département audiologie de *Basildon University Hospital*, estime qu'une période de six mois peut s'écouler.

Une nouvelle directive du NHS, entrée en vigueur récemment, permet aussi aux patients qui déclarent un problème auditif d'accéder directement au service d'audiologie sans passage préalable par le

médecin généraliste. Selon notre interlocutrice directrice du département d'audiologie de *Basildon University Hospital*, cette innovation témoigne d'une volonté du NHS de s'aligner sur ce qui est proposé par le secteur privé : un patient qui se rend par exemple chez Amplifon pour acheter une prothèse auditive n'a pas besoin de consulter son médecin traitant au préalable et peut donc obtenir son rendez-vous le jour même.

Selon plusieurs interlocuteurs que nous avons interrogés -dont l'association *Royal National Institute for Deaf People* (RNID)-, la possibilité d'éviter les files d'attente semble expliquer le succès du secteur privé par rapport à un secteur public dont les délais d'attente peuvent être conséquents. Pour le NHS, les seules données disponibles portent sur les temps d'attente pour obtenir un rendez-vous d'évaluation. Les données du NHS disponibles en mars 2023 montrent qu'une personne obtient une évaluation au terme d'un délai de 3,7 semaines en moyenne, alors que le délai était de deux semaines avant la pandémie de Covid-19. Une obligation légale contraint les professionnels à évaluer les patients dans un délai maximal de six semaines, faute de quoi les autorités sanitaires peuvent se voir infliger une pénalité financière. Les variabilités régionales de temps d'attente tendent à se réduire bien que l'Irlande du Nord continue de se distinguer par des temps d'attente beaucoup plus longs que ceux qui prévalent dans le reste du Royaume-Uni.

Dans certaines régions, le NHS délègue le service d'audiologie à des prestataires privés qui s'engagent à fournir le service au prix exigé par le NHS dans le cadre du système « *Any Qualified Provider (AQP)* ». Le prestataire qualifié peut être une antenne privée d'un grand distributeur (Specsavers par exemple) ou un commerçant indépendant du coin de la rue. Notre interlocutrice du service d'audiologie de l'hôpital universitaire de Basildon note toutefois que les enseignes privées souhaitent généralement ne traiter que les cas les plus simples, qui sont plus rentables, et refusent au contraire de prendre en charge les cas plus complexes qui sont plus chronophages (pose d'implants par exemple). D'autres modèles de distribution sont également diffusés, comme celui d'une entreprise sociale dans le Devon qui a fait le choix de référencer conjointement des aides auditives du NHS et des aides auditives du secteur privé.

Les exigences en matière de durée de formation sont toutefois très variables selon les secteurs : un vendeur privé dispose d'une durée de formation de trois mois quand un audiologiste doit suivre une formation de 4 ans. Les audiologistes qui travaillent en milieu hospitalier disposent d'expériences sur les cas les plus complexes. Notre interlocutrice du service d'audiologie de l'hôpital universitaire de Basildon souligne que ces différences de durées de formation ne sont pas sans conséquence sur la qualité des soins dispensés dans les différents établissements.

Les délais de mise à disposition des aides auditives étaient entre 5 à 8 semaines en 2019. La période de la pandémie du Covid-19 et du Brexit a conduit à une raréfaction de l'offre d'audiologistes, faisant grimper les délais d'équipement à 1 an dans les centres du NHS.

Un accès à l'information jugé perfectible par les associations

L'association *Royal National Institute for Deaf People* (RNID) considère que les usagers du système ne disposent pas de suffisamment d'informations sur la façon d'obtenir des aides auditives au Royaume-Uni. L'association fournit des informations en ligne ou de visu aux personnes qui en font la demande.

Des critères d'éligibilité théoriquement identiques mais des pratiques parfois différenciées

Les critères d'obtention des aides techniques sont en théorie les mêmes à l'échelle nationale mais dans la pratique des différences peuvent subsister. Jusqu'en septembre 2022, une région anglaise limitait l'accès des personnes suivant leur seuil d'audition. Après un test auditif, certaines personnes se voyaient refuser un équipement pour cause « *d'audition pas assez mauvaise* ». Ces mêmes personnes auraient obtenu des appareils auditifs en se rendant dans une autre région. Les associations militent activement pour mettre un terme à ces pratiques régionales différenciées.

L'approvisionnement des centres publics NHS en aides auditives : l'exemple de l'hôpital de Basildon

Les hôpitaux se tournent vers la chaîne d'approvisionnement DHL qui est sous contrat avec le *NHS England*. L'hôpital universitaire de Basildon achète environ 500 aides auditives par mois. Cinq fournisseurs figurent sur le contrat, et l'hôpital peut choisir toutes les combinaisons possibles parmi ces cinq fournisseurs. Si l'hôpital ne choisit qu'un seul fournisseur pour toutes ses aides auditives, il bénéficie d'un rabais plus conséquent. Toutes les demandes se font par Internet et sont livrées en quelques jours. L'hôpital a ensuite la charge de gérer le stock de prothèses auditives.

Avec les appareils auditifs, les industriels fournissent un logiciel de réglage ainsi qu'une formation gratuite pour maîtriser la prescription et le réglage des appareils. Certains ajustements des appareils peuvent désormais se faire à distance.

Le cycle de renouvellement des appareils est d'environ 3-4 ans, c'est-à-dire que l'hôpital peut accorder une aide avec une nouvelle technologie au terme de 3-4 années à la personne.

D) L'accompagnement dans le choix de l'aide auditive et le suivi après-acquisition : un niveau de formation différencié selon les secteurs

L'audiologiste occupe une place centrale dans la prise en charge des personnes ayant des déficiences auditives au Royaume-Uni ; ce n'est toutefois pas une profession reconnue en France. L'audiologiste s'apparente à un acteur de santé paramédical qui exerce en clinique, à l'hôpital et dans des centres privés en Angleterre, en lien avec le médecin ORL et l'audioprothésiste. Il évalue à la fois la déficience auditive du patient, il recommande les appareils auditifs correspondant aux besoins et assure le suivi dans la mise en place du traitement. Alors qu'il y a quelques années un seul type de formation était disponible pour exercer le métier d'audiologiste, désormais, différentes formations sont possibles. Pour exercer en tant qu'audiologiste pour le NHS, il faut savoir faire du diagnostic et de l'appareillage, ce qui nécessite d'être titulaire d'un diplôme universitaire comme une licence ou un diplôme équivalent. Dans le secteur privé, pour être audioprothésiste agréée -ce qui est le titre utilisé sur le marché privé- le niveau de diplôme exigé est moins élevé parce qu'il n'est pas nécessaire de faire le même type de test diagnostique. Le Royaume-Uni est actuellement confronté à un problème de main d'œuvre lié au manque d'audiologistes pour couvrir les besoins. Le NHS peine à recruter des professionnels, ce qui allonge encore les files d'attente dans le secteur public. Parallèlement, le marché privé se développe très rapidement. Ce secteur offre aux nouveaux diplômés des conditions d'emploi et de travail beaucoup plus attractives que le secteur public.

Le suivi après acquisition de l'aide auditive est différencié selon les secteurs. Le suivi offert par le secteur public permet aux usagers d'avoir des rendez-vous plus longs que dans le privé. En contrepartie, le marché privé offre plus de flexibilité pour fixer des rendez-vous de suivi par rapport au NHS.

E) Les enjeux et défis actuels

Interrogations sur l'opportunité de la mise en place d'un système de voucher pour les aides auditives

Une représentante du *Royal National Institute for Deaf People* (RNID), qui a aussi été audiologiste au NHS, affirme que certains usagers sont prêts à payer plus pour pouvoir disposer d'une aide auditive plus petite et plus discrète, ce qui justifierait la mise en place d'un système de voucher pour les appareils auditifs.

Le *Royal National Institute for Deaf People* (RNID) a toutefois toujours maintenu une position sceptique à l'égard des systèmes de vouchers. En effet, certaines expériences internationales ne sont pas conclusives. En Australie, un nivellement par le bas de la qualité des aides auditives a pu être observé, conduisant une fraction accrue de la population concernée à se tourner vers le marché privé tandis que les usagers à faibles ressources financières demeurent contraints de s'équiper avec des aides auditives publiques dont la qualité est dégradée. Les personnes souffrant d'une perte auditive sévère à profonde ont souvent besoin d'appareils auditifs de haute technologie.

Par ailleurs, les temps d'attente réduits pour accéder à une aide auditive dans le secteur privé -qui constituent pour l'instant un de ses avantages par rapport au NHS- pourraient être sensiblement allongés dans l'hypothèse de la mise en place d'un système de voucher qui déporterait vers le privé une partie de la demande.

Enfin, la mise en place d'un système de voucher pourrait certainement occasionner des effets d'aubaine car le NHS serait amené à financer le montant des vouchers à des personnes qui achètent actuellement dans le secteur privé sans recourir à un financement public.

Une réduction des iniquités territoriales d'offre attendue par les usagers et les associations

L'ensemble des centres locaux du NHS obtiennent leurs aides auditives à partir de la chaîne d'approvisionnement nationale. La liste nationale contient un grand nombre d'aides auditives qui ne sont pas toutes référencées dans les centres locaux. Il persiste donc de fortes disparités régionales dans l'offre d'aides auditives.

IV/ Aides visuelles

Environ 2,5 millions de personnes au Royaume-Uni vivent avec une déficience visuelle (Enoch, 2022).

A) Circuits de distribution des aides visuelles

Pas de prise en charge des aides visuelles par le NHS

Plusieurs interlocuteurs du monde associatif, tels que le représentant de Focus Birmingham ou un représentant du *Royal National Institute for Blind People* (RNIB), dénoncent le fait que les déficiences visuelles ne sont pas traitées avec la même considération que les autres déficiences au Royaume-Uni (déficiences motrices ou auditives). L'insuffisance des financements publics mobilisés pour répondre aux besoins des personnes atteintes de déficiences visuelles est fortement critiquée, et souligne la singularité du Royaume-Uni dans ce domaine, par rapport aux autres pays qui ont tous choisi de mieux financer les aides techniques pour les personnes atteintes de déficiences visuelles.

Certains services sociaux locaux peuvent financer quelques aides visuelles

Le *Care Act* de 2014 propose un panier de biens et services aux personnes ayant un handicap et qui sont éligibles pour leur permettre de rester indépendantes. Le périmètre de cette aide ne se restreint pas aux seules aides visuelles mais couvre aussi les problèmes de mobilité par exemple. Une équipe d'évaluation composée d'agents de réadaptation, d'ergothérapeutes, ... se rend au domicile du demandeur pour évaluer ses besoins et les biens et services qui pourraient lui être fournis pour répondre aux besoins identifiés. Le montant de l'aide demeure toutefois plafonné à 1000£ par bénéficiaire. Ce montant de 1000£ par bénéficiaire n'a pas été revalorisé depuis 9 ans, ce qui fait dire à certains observateurs rencontrés lors du voyage d'étude qu'il y aurait lieu de le revaloriser, en particulier en cette période caractérisée par une forte inflation au Royaume-Uni. Les aides visuelles qui sont éligibles au dispositif du *Care Act* ne sont pas nécessairement celles qui sont considérées dans le périmètre de notre étude, à savoir les plages Braille, les téléagrandisseurs et les lecteurs de livres Daisy. Certaines localités peuvent en proposer mais ce n'est pas le cas de toutes ; il n'est pas possible de disposer d'un panorama exhaustif des localités qui proposent de telles aides. En revanche, il est beaucoup plus probable que des lampes, des indicateurs sonores de niveau de liquide à placer dans une tasse ou un verre, et d'autres articles de ce genre puissent être financés par certains services sociaux locaux. Il y a par ailleurs une très forte variabilité entre ce qui est pris en charge par les 398 différents services sociaux locaux du Royaume-Uni, ce qui nous a été confirmé par un responsable de l'organisation caritative RNIB qui évoque la « *loterie du code postal* », déjà mentionnée pour décrire l'iniquité des offres d'aides techniques et de services en fonction du lieu de résidence. Certains services locaux peuvent aller jusqu'à proposer de financer une partie des adaptations du logement d'une personne âgée qui a des problèmes de vue, dans l'objectif de réduire les risques de chute et de maintenir le plus longtemps possible l'autonomie de cette personne à son domicile, ce que ne feront pas d'autres services locaux.

Les modes de financement alternatifs

Accès indirect par le programme « Access to Work » pour les personnes en âge de travailler

Le programme « *Access to work* » permet entre autres de financer des plages Braille et des lecteurs OCR (dispositifs de reconnaissance optique des caractères qui permettent de transformer le format de tous les fichiers non modifiables) pour les personnes qui ont un emploi. Les demandeurs d'emploi ne peuvent prétendre au programme. En contrepartie, le programme est caractérisé par une certaine souplesse dans la mesure où les personnes sont autorisées à utiliser les aides techniques ainsi

financées dans leur vie quotidienne à leur domicile alors que l'interprétation stricte du programme restreint l'utilisation de l'aide au seul cadre professionnel.

Accès par les allocations liées au handicap

Le montant de l'allocation « *Disability Allowance* » peut être utilisé par les personnes en situation de handicap pour financer leurs aides techniques. Toutefois, selon nos interlocuteurs, il n'existe pas de contrôle d'effectivité de l'Allocation pour les personnes en situation de handicap, ce qui peut conduire les bénéficiaires à utiliser le montant de leur allocation pour financer des produits de consommation courante.

L'allocation pour les étudiants handicapés est jugée plutôt généreuse par nos interlocuteurs, et ouvre droit à une mise à disposition de plages Braille et de personnel d'assistance.

Financement des aides visuelles par les organisations caritatives

En l'absence de prise en charge des aides visuelles par le NHS, un écosystème assez étoffé d'organisations caritatives spécialisées pour les personnes ayant une déficience visuelle s'est développé depuis plusieurs années au Royaume-Uni : on en dénombre environ 300, selon un interlocuteur du *Royal National Institute for Blind People* (RNIB). Certaines associations récupèrent des aides visuelles qui ne sont plus utilisées, les reconditionnent et les proposent gratuitement ou à des prix très faibles à de nouveaux usagers.

Le *Royal National Institute for Blind People* (RNIB) ainsi que la plupart des associations caritatives ont aussi mis en place des programmes de subventions sous conditions de ressources qui permettent d'offrir des aides visuelles aux personnes qui en ont besoin. Le RNIB fournit ainsi gratuitement des lecteurs Daisy aux personnes qui le demandent. Les personnes intéressées doivent rédiger une demande spécifiant leurs besoins et motivant les raisons pour lesquelles l'aide visuelle permettrait d'y répondre. Certaines associations apportent également de l'aide aux usagers pour rédiger ces demandes. Un interlocuteur du RNIB souligne qu'il existe toutefois un plafond maximum de financement de 500£ qui est valable pour une période de deux ans, ce qui signifie que l'acquisition d'une aide visuelle plus coûteuse laissera un reste à charge à l'utilisateur, malgré l'existence de ce système de subvention.

Le RNIB fait activement du lobbying auprès du gouvernement, notamment pour réclamer une hausse du financement des aides visuelles.

L'association caritative RNIB a également développé une branche commerciale. Il dispose de boutiques dans certaines parties du pays (une seule localisée à Londres, visitée lors de notre voyage d'étude en Angleterre). La boutique de Londres vend des lecteurs Daisy et des plages Braille mais pas de téléagrandisseurs. Les prix des produits vendus dans la boutique RNIB s'alignent sur les prix du marché, mais les durées de garanties proposées sont généralement un peu plus étendues (en général, trois ans de garantie versus deux ans dans les autres boutiques privées). En outre, la valeur ajoutée par les boutiques RNIB tient aux conseils sur l'utilisation des aides visuelles qui sont prodigués aux usagers.

B) Les prix et restes à charge associés aux aides visuelles en Angleterre

Comme le NHS ne finance aucune aide visuelle de type plage Braille, téléagrandisseur et lecteur de livres (Daisy), seuls les prix et restes à charge des aides achetées sur le marché privé sont reportés dans le tableau 20.

Tableau 20 : Prix et restes à charge associés aux aides visuelles sur le marché privé en Angleterre

	Modèles	Prix sur le marché privé anglais = Reste à charge
Plage Braille	Freedom Scientific; Focus 14 5th generation	1 275£
	Humanware ; Brailiant 14	Non disponible
Télé-agrandisseur avec fonction vocale	Humanware; Reveal 16i full HD	1 957£
	Koba Vision; Vocatex	4 262£
Lecteur de livres (Daisy)	Humanware; Victor Reader Stream	363£
	Shinano Kenshi; PlexTalk Linio Pocket Humanware Victor Stratus 4 M	368£
	Bones; MileStone 312 ACE	333£

Source : visionaid.co.uk

C) Le parcours de soins pour l'obtention d'une aide visuelle en Angleterre

L'entrée par les centres de basse vision

En Angleterre, la plupart des services de basse vision relèvent du service ophtalmologique hospitalier, dans lequel un optométriste fournit des aides visuelles dans le cadre d'un rendez-vous à l'hôpital et un ou plusieurs ophtalmologistes assurent des consultations. Comme les compétences des optométristes sont également très recherchées dans d'autres services hospitaliers -notre interlocuteur de l'association *Focus Birmingham* relève notamment que les optométristes sont tenus de prendre en charge des patients atteints de glaucome stable ou de maculopathie stable, ainsi que des patients atteints de glaucome actif-, les temps d'attente pour obtenir un rendez-vous dans un centre de basse vision hospitalier ont augmenté de façon importante.

Le maillage des centres de basse vision est hétérogène sur le territoire, avec une densité plus élevée dans les villes et au contraire plus réduite dans les zones rurales.

D'autres centres de basse vision sont rattachés à des associations caritatives, ce qui correspond au cas de l'association *Focus Birmingham* qui en héberge un. Ces configurations ne se substituent pas aux centres de basse vision hospitaliers car ils n'intègrent pas forcément d'ophtalmologiste, mais jouent plutôt un rôle complémentaire. L'association *Focus Birmingham* assure ainsi la prise en charge des personnes qui n'ont pas besoin de passer à l'hôpital ni de voir d'ophtalmologiste, ce qui est par exemple le cas des personnes qui ont un diagnostic de maladie maculaire sèche. Les centres de basse vision affiliés aux associations permettent donc de réduire la file d'attente des centres de basse vision hospitalier. Le temps d'attente au centre de basse vision de *Focus Birmingham* s'établit à 4 semaines, ce qui est jugé par le représentant de l'association *Focus Birmingham* comme un délai plutôt court par rapport aux délais qui peuvent avoir lieu dans les centres de basse vision hospitaliers.

Un tissu d'associations caritatives en appui des professionnels de santé pour la prise en charge des usagers

Comme les usagers peuvent à la fois adhérer à des organisations caritatives d'envergure nationale comme le RNIB et à des organisations caritatives locales, ils peuvent parfois rencontrer des difficultés à s'orienter dans un écosystème jugé labyrinthique sans savoir exactement quelle association est la mieux placée pour répondre à leurs besoins. Un chercheur de Birmingham membre de l'association *Focus Birmingham* souligne que le RNIB dispose de bons services d'orientation qui guident les personnes auprès des services locaux ou d'autres services nationaux qui sont les plus qualifiés pour répondre à leurs besoins. Notre interlocutrice de l'association *Wirral Society* située à Liverpool n'hésite pas non plus à adresser un adhérent à une autre organisation si la personne a des besoins spécifiques qui ne sont pas couverts par la *Wirral Society*.

Le volume d'activité de ces associations locales spécialisées dans les personnes affectées par des déficiences visuelles peut être conséquent. L'association caritative *Wirral Society* établie à Liverpool comptabilise environ 5000 personnes inscrites et reçoit jusqu'à 100 personnes par semaine, dont une partie est adressée par une professionnelle référente qui travaille au sein du département basse vision de l'hôpital universitaire de Liverpool.

Outre le rôle d'accompagnement au choix des aides visuelles et à leur utilisation qu'elles endossent (cf. infra), les associations peuvent également proposer des conseils juridiques à leurs adhérents (notamment sur leurs droits aux allocations).

Le rôle des associations dans l'accompagnement au choix des aides visuelles

Des associations, telles que *Focus Birmingham* ou encore *Wirral Society*, fournissent aussi des conseils au choix des aides techniques pour les usagers, en faisant éventuellement des démonstrations avec du matériel disponible, puis adressent ensuite les usagers à des entreprises privées. Dans l'association *Wirral Society*, un conseiller est chargé d'orienter les usagers vers la ou les aides visuelles qui sont les plus appropriées à leurs besoins. Les associations revendiquent d'apporter un soutien continu en prenant en considération le style de vie de la personne ainsi que l'ensemble de ses besoins, ce qui constitue une approche beaucoup plus globale que celle qui est proposée dans les magasins privés d'aides visuelles.

Les associations peuvent commander des aides visuelles pour leurs adhérents à leur demande. Des plans de financement échelonnés dans le temps peuvent aussi être mis en place avec les fournisseurs pour lisser dans le temps les restes à charge pour les usagers. Ces arrangements ne semblent pas aller jusqu'à une prise en charge intégrale des restes à charge des usagers par les associations, mais certaines d'entre elles considèrent que c'est une piste qui mériterait d'être creusée.

Les associations vérifient si les personnes utilisent leurs aides visuelles et cherchent à comprendre les raisons pour lesquelles le matériel n'est pas utilisé le cas échéant.

Le rôle des associations dans l'accompagnement à l'utilisation

L'association *Focus Birmingham* assure une aide à l'utilisation des aides techniques qui peuvent être prescrites par les centres de basse vision hospitaliers. Ces derniers fournissent l'aide visuelle sans

toutefois réellement former à son utilisation. Un enjeu important des associations caritatives telles que *Focus Birmingham* consiste donc à être bien identifiée par l'association RNID ou les centres de basse vision hospitalier afin que les usagers qui ont des besoins d'accompagnement à l'utilisation puissent être adressés à l'association qui est en mesure de prodiguer ces services.

Le financement des associations

Les associations bénéficient de financements émanant de multiples sources, dont le service local du NHS qui peut notamment financer un centre de basse vision comme pour l'association *Focus Birmingham*. L'association *Wirral Society* dispose de deux contrats publics, un avec le NHS qui finance une professionnelle référente qui travaille au sein du département vision de l'hôpital universitaire de Liverpool et un contrat local qui finance à la fois l'accompagnement des usagers par l'association et le poste de conseiller juridique.

Les associations sont amenées à organiser des événements pour récolter des fonds et peuvent aussi compter sur le soutien de certaines autres associations locales (Lion's club).

De nombreux interlocuteurs ont mentionné les difficultés croissantes des organisations caritatives pour obtenir des dons de particuliers dans une période de crise économique. Toutefois, un interlocuteur du RNIB nous indique qu'une part croissante des financements de l'association provient désormais de dons sur succession.

D) Les enjeux et défis actuels

Un manque de financement public des aides visuelles en Angleterre

L'ensemble des interlocuteurs rencontrés au cours du voyage d'étude réalisé en Angleterre ont déploré un criant manque de financement public des aides visuelles en Angleterre. De tous les pays étudiés dans le cadre de cette recherche, l'Angleterre est le seul pays qui ne finance les aides visuelles que dans le cadre du travail et de l'éducation. Les services sociaux locaux ne sont pas en mesure de compenser ce désengagement : ils ne sont pratiquement jamais en mesure de distribuer des aides visuelles telles que des plages Braille, des téléagrandisseurs et des lecteurs de livres Daisy. Par ailleurs, les aides visuelles qu'ils sont susceptibles de distribuer sont très hétérogènes d'une localité à l'autre. Un foisonnant écosystème d'associations caritatives tente de prendre le relais, sans toutefois offrir une vision consolidée des restes à charge réels endossés par les usagers une fois l'aide financière apportée par ces associations.

Des iniquités importantes selon les nations du Royaume-Uni

Le Pays de Galles dispose d'un système beaucoup plus développé pour les aides visuelles, car des centres de basse vision ont été implantés en ville depuis 17 ans, soit une antériorité beaucoup plus importante que dans les autres régions britanniques. Le soutien financier du service de santé national gallois est aussi plus conséquent que celui qui prévaut en Angleterre. Le système gallois est jugé plus uniforme, mieux organisé et mieux réglementé, d'après notre interlocuteur de l'association *Focus Birmingham* et une chercheuse de l'université d'Aston. Par exemple, les spécialistes se doivent de voir

un nombre minimal de patients par an pour conserver leur accréditation, ce qui permet de renforcer la qualité de la prise en charge. Comme le système gallois est uniforme, les usagers savent plus facilement s’y repérer et trouver du soutien.

L’Ecosse vient de mettre en place il y a quelques mois un système de mise à disposition des aides visuelles calqué sur le système gallois. Par contraste, le système anglais apparaît comme très fragmenté et peu lisible pour les usagers, avec une hétérogénéité des organisations très marquée d’une extrémité à l’autre du territoire anglais.

C. Limites de la revue de littérature pour les comparaisons internationales

La revue de la littérature présente d’importantes limites pour mener à bien des comparaisons internationales sur ce sujet car elle n’est pas un outil pertinent de collecte des informations sur les prix et les restes à charge. Par ailleurs, si elle permet d’identifier les changements de politique de financement en cours dans certains pays, elle n’est pas suffisante pour rendre compte des raisons du changement ni des premiers effets des modifications mises en œuvre.

1. La littérature ne permet pas une comparaison systématique et standardisée des pays sur la solvabilisation publique, le reste à charge pour l’usager et le contrôle des prix

Il existe peu d’informations sur la façon dont les différents financeurs prennent en charge les aides techniques dans les différents pays. Bien qu’il existe des synthèses internationales notamment (Bryant and Bryant 2003, Beguin, Deggouj et al. 2008, McLean et al. 2008, Schreyögg, Bäumlér et al. 2009, Stack, Zarate et al. 2009, European Union 2011, Cullen, McAnaney et al. 2012, Encarnaçã, Azevedo et al. 2013, European Parliament 2018, Marchildon and Peckham 2018), l’information présentée n’est pas toujours exacte. Par exemple, certaines ne mentionnent pas, pour le cas français, la PCH et les fonds de compensation départementaux dans les financeurs des aides techniques. La plupart du temps les données sont issues de questionnaires envoyés à un interlocuteur unique dans le pays étudié, sans véritable mise en perspective de la qualité des réponses.

Si ces sources ne permettent déjà pas d’avoir une visibilité complète sur les leviers de financements publics des aides techniques disponibles dans chaque pays, elles apparaissent encore moins mobilisables pour comparer les prix des aides techniques. Les rares données de prix ne portent jamais sur les mêmes aides techniques de telle façon que les données des études ne sont jamais comparables. Les données sur les prix des aides techniques sont toujours très complexes à collecter. Dans les systèmes de libre choix dans lesquels il n’y a pas de régulation publique des prix (France, Belgique), la distribution est assurée par une multitude d’opérateurs privés qui peuvent fixer autant de prix différents pour la même aide technique, ce qui ne facilite pas l’obtention d’un prix indicatif unique pour le pays. Dans les pays de choix contraint dans lesquels les commandes d’aides techniques se font par le biais d’appels d’offre organisés au niveau d’une région, les informations sur les prix peuvent également être difficiles à obtenir car quelques fois confidentielles.

Par ailleurs, on constate une forte variabilité des informations obtenues selon les pays. Pour certains pays, l’accès à une littérature abondante et directement exploitable est possible tandis que l’information est plus rarement disponible dans des pays tels que la Belgique par exemple. Cette variabilité s’explique à la fois par l’intérêt variable porté aux questions de compensation du handicap

dans les pays, tant par les chercheurs que par les acteurs institutionnels, mais également par les différences de moyens financiers qui sont investis sur ces questions. Même lorsque la littérature est a priori riche pour un pays donné, elle ne permet pas toujours d'éclairer toutes les dimensions de l'évaluation de la politique publique. C'est par exemple le cas si le pays a opté pour un système fortement régionalisé, dans lequel chaque échelon local va pouvoir appliquer ses règles propres tant en termes de listes d'aides techniques disponibles, de règles de prise en charge par les financements publics que de contrôle des prix des aides. La littérature permet rarement d'avoir une vision panoramique d'une telle diversité. Des informations sur des dimensions importantes comme les montants de restes à charge moyens ou les modalités de contrôle des prix des aides techniques ne sont que rarement accessibles dans la littérature grise et scientifique. Lorsque de telles données existent, elles sont rarement comparables et ne permettent pas de consolider un panorama des politiques publiques.

2. La littérature ne permet pas non plus de rendre compte des changements de politique en cours dans les pays

La revue de la littérature que nous avons effectuée nous a permis d'identifier plusieurs réformes en cours dans plusieurs pays : en Belgique (Obyn et al. 2020, Verbrugghe et al. 2015), en Suède (Lilja et al., 2003 ; NUH, 2007 ; Dahlberg et al., 2014 ; Kylberg et al., 2015) et au Royaume-Uni (Alcimed, 2009 ; OFT 2011 ; RICA, 2014 ; Panteli et al. 2018).

La littérature a notamment permis de révéler deux grandes tendances qui traversent actuellement les politiques des aides techniques dans les pays européens.

La privatisation qui se traduit par la mise en place de systèmes de « vouchers » par laquelle le régulateur public remet un chèque à l'utilisateur qui lui permet de se tourner vers une offre privée plus étoffée que l'offre publique proposée habituellement. La mise en place du « voucher » peut s'interpréter comme une forme d'incitation de l'utilisateur à s'orienter vers le marché privé auquel le régulateur public délègue l'accompagnement, la fourniture de l'aide technique et le service après-vente.

Le système anglais a souvent été décrit comme caractérisé par un système de mise à disposition gratuite pour l'utilisateur d'un périmètre restreint d'aides techniques de qualité de type « moyenne gamme ». Ce système peut générer un faible niveau de satisfaction pour les usagers et donc une sous-utilisation des aides. Le système du voucher permet aux usagers de pouvoir choisir leur aide (par exemple un fauteuil roulant) en dehors de l'offre mise à disposition par le NHS, même si le montant du voucher proposé par le NHS ne couvre qu'une partie seulement du prix d'achat de l'aide technique privée.

La Suède a été le terrain d'expérimentation d'une réforme très comparable -réforme dite du *Fritt Val* (libre choix) introduite de façon expérimentale dès 2008 et qui repose elle aussi sur la mise en place d'un système de voucher qui permet à l'utilisateur de devenir propriétaire de son aide technique sur le marché privé.

La régionalisation ou la mise en place de systèmes financés localement à la place d'un système national de financement et de fourniture des aides techniques. La Belgique a engagé une réforme de son système de financement des aides à la mobilité au cours du premier semestre 2019. Jusqu'à cette

période, l'Assurance maladie obligatoire fédérale belge -INAMI- proposait un premier étage de financement des aides techniques, qui pouvait être complété par un financement additionnel de la région. Depuis la réforme de 2019, le financement des fauteuils roulants a basculé intégralement à l'échelon régional, sans intervention dorénavant de l'INAMI.

Toutefois, au-delà de la révélation de ces deux grandes tendances, la littérature décrit rarement les réformes avec suffisamment de détails.

Ni le périmètre exact des réformes, ni les montants des chèques qui sont proposées en Suède et au Royaume-Uni pour acheter une aide technique sur le marché privé, ni les restes à charge que doivent endosser les usagers souhaitant bénéficier de la réforme ne sont vraiment précisés, ni d'ailleurs les profils des personnes qui ont décidé d'opter pour ces dispositifs. La littérature -scientifique mais également la littérature grise- ne permet pas non plus de connaître les raisons du changement de politiques dans les différents pays. La littérature grise, quand elle n'est disponible que dans la langue d'origine du pays (c'est le cas de la littérature grise suédoise), peut être source de confusion ou générer des incertitudes au niveau de l'interprétation.

Beaucoup des réformes précédemment décrites ont été introduites très progressivement au niveau des pays : le système de voucher a été introduit en 2003 au Royaume-Uni dans un très petit nombre de services du NHS et a connu une montée en puissance très lente puisque vingt ans plus tard encore 21% des centres d'aides techniques du NHS continuent de ne pas le proposer (Motability and the Wheelchair Alliance, 2022). En Suède, une expérimentation du système de voucher – ou système dit de libre choix- a été mise en place dans 3 comtés (Kronoberg, Stockholm et Södermanland) de mai 2008 à décembre 2009. Deux autres comtés suédois ont introduit à leur tour le système de libre choix quelques années plus tard : Scanie en 2011 et Uppsala en 2012. Compte tenu de la nature très progressive de ces réformes, aucun article scientifique les mentionnant ne se risque donc à en établir une évaluation ou un bilan. Même les rapports issus de la littérature grise deviennent rapidement obsolètes car ils ne sont pas actualisés avec une fréquence suffisante permettant de suivre l'évolution des réformes en cours dans les pays.

Des comparaisons internationales approfondies des systèmes de financement des aides techniques ne peuvent donc s'appuyer uniquement sur une revue de littérature qui présente des limites importantes. C'est ce constat des limites de la revue de la littérature pour mener des comparaisons internationales qui a alimenté une réflexion à l'origine du projet de recherche COMPATEC.

IV. Les objectifs du projet COMPATEC

En France, le choix de proposer une forte solvabilisation publique des aides techniques associée à une absence de régulation des prix -à l'exception récente du périmètre du 100% santé aides auditives- est susceptible d'encourager des tendances inflationnistes au niveau des prix. Les comparaisons des prix et restes à charge liés aux aides techniques étant rares et jamais exhaustives, le projet COMPATEC répond à ce premier besoin d'améliorer la connaissance et la comparaison des prix et des restes à charge des aides techniques en France et dans des pays qui ont aussi opté pour un haut niveau de solvabilisation publique de la dépense. En outre, les réflexions en cours qui visent à proposer des pistes d'amélioration du modèle français de financement et de mise à disposition des aides techniques

peuvent gagner à s'inspirer des expériences étrangères et plus particulièrement de celles qui ont connu des changements de modèles de financement récents.

A. Positionner la France en termes de prix, solvabilisation publique et restes à charge par rapport aux autres pays

En France, de nombreux observateurs considèrent que l'absence d'encadrement explicite du marché des aides techniques conduit à une situation de prix élevés comparativement aux autres pays dans lesquels une régulation explicite des prix des aides techniques est réalisée (Igas, 2013). Ces suppositions théoriques ont été corroborées à ce jour par une seule étude menée par l'Igas en 2013 qui a montré la supériorité des prix des audioprothèses françaises par rapport aux prix de ces mêmes aides dans les autres pays.

Pour autant, les informations sur les prix des aides techniques sont rares en France et il est difficile de savoir si ce constat de la supériorité des prix français pour les audioprothèses se vérifie également pour les autres aides techniques. Un observatoire du marché et des prix des aides techniques avait été créé en 2007 mais les travaux ponctuels qui y ont été produits ainsi que l'espérance de vie réduite de l'observatoire n'ont pas permis de réaliser un tableau de comparaison consolidé des prix des aides techniques françaises. Au cours des dernières années, des associations ou des professionnels ont fait part de tendances inflationnistes au niveau des prix des aides techniques (Denormandie et Chevalier, 2020) mais il serait utile de disposer de données chiffrées actualisées permettant de situer le niveau des prix français comparativement à celui de pays comparables qui assurent un niveau élevé de solvabilisation publique.

Si la connaissance des prix est déjà parcellaire, on ne connaît pas non plus avec précision les restes à charge liés à l'acquisition des aides techniques pour les personnes en situation de handicap. Cette situation s'explique par le fait que plusieurs financeurs — l'assurance maladie obligatoire en première ligne, la PCH, la couverture complémentaire, les fonds de compensation départementaux— peuvent intervenir pour financer une aide technique, sans aucune coordination entre ces différents niveaux de financement et sans possibilité de centraliser les données relatives aux remboursements des différents financeurs. L'empilement des financements publics assure en théorie une forte solvabilisation publique gage de restes à charge réduits. Toutefois, toutes les aides techniques ne sont pas couvertes par les prises en charge légales et des restes à charge importants peuvent persister (Denormandie et Chevalier, 2020). La mobilisation d'aides extralégales permet de réduire le reste à charge pour les personnes en situation de handicap, mais cela nécessite une connaissance très fine de la complexité du système et de supporter des « *démarches longues et compliquées par la personne et sa famille, souvent qualifiées de « parcours du combattant »* » (Denormandie et Chevalier, 2020).

B. Comprendre la logique du changement dans les pays qui ont modifié leur politique de financement des aides techniques

Chacun des trois pays qui a été choisi dans le cadre du projet COMPATEC est susceptible d'éclairer la réflexion sur l'évolution de la politique de financement des aides techniques en France.

1. Le passage à un financeur public unique en Belgique pour les fauteuils roulants : quelles améliorations par rapport à l'empilement de financements publics français ?

Depuis plusieurs années, les débats qui sont menés en France portent sur une évolution de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) qui viserait à assurer une entrée plus large dans le dispositif, en supprimant les barrières d'âge qui conditionnent l'entrée dans le dispositif et un écrêtement plus radical des restes à charge pour les usagers (Igas, 2011). Plus récemment, une réforme de type 100% santé pour les fauteuils roulants impliquant donc des restes à charge nuls pour les usagers a été annoncée par les pouvoirs publics, sans que l'on dispose pour l'instant d'informations plus détaillées sur le périmètre de cette réforme ni sur les modalités concrètes de sa mise en œuvre. Pour alimenter cette réflexion et proposer des pistes de politique publique, une étude approfondie de la Belgique présente un intérêt de premier plan.

Avant 2019, les systèmes français et belge de financement et de distribution des aides techniques étaient très semblables. La France et la Belgique se positionnaient comme deux pays pratiquant une politique de libre choix sans régulation des prix avec un haut niveau de solvabilisation publique assuré par un empilement de financements publics. Comme présenté supra sur le Graphique 1, le financement français des aides techniques repose sur des financements légaux, privés et extra légaux. En Belgique, le financement des fauteuils roulants reposait avant 2019 sur le financement de l'assurance maladie au niveau national (INAMI) au-dessus duquel se superposait un financement régional. En fonction de la zone géographique, trois organismes régionaux distincts intervenaient pour compléter le financement de l'INAMI : le Phare dans la région de Bruxelles-capitale, l'AVIQ pour la région Wallonne et la VAPH pour les Flandres. En 2019, le système d'empilement des financeurs pour les fauteuils roulants a été abandonné au profit d'un transfert intégral de la politique de financement à la région.

Ce changement de politique publique qui choisit de confier le financement des fauteuils roulants à un seul acteur public plutôt qu'à deux présente un intérêt majeur vu de France, où les critiques sur l'absence de pilotage de la politique de financement des aides techniques se multiplient depuis de nombreuses années (Igas, 2013 ; Denormandie et Chevalier, 2020).

Le choix de confier à un seul opérateur le financement des fauteuils roulants en Belgique est susceptible d'apporter des solutions aux nombreuses critiques qui sont formulées à l'encontre des systèmes faisant intervenir plusieurs financeurs publics. On peut supposer que l'impact de ce changement de politique peut se mesurer d'abord au niveau du régulateur public régional, qui devient seul pilote de la politique de financement et gestion des fauteuils roulants, système qui a déjà fait la preuve de son efficacité dans d'autres pays européens. L'expérience Belge est susceptible d'éclairer les résultats qu'il serait possible d'atteindre en France si on suivait la préconisation du rapport Denormandie et Chevalier (2020) qui recommande de faire de l'Assurance maladie le financeur unique des aides techniques éprouvées et validées pour éviter le cumul des financements. Un argument supplémentaire en faveur du passage à un financeur unique est sans doute apporté par les récentes annonces des pouvoirs publics sur le 100% santé pour les fauteuils roulants, dont on peut supposer que la mise en œuvre serait grandement facilitée par un pilotage unique et non partagé par plusieurs acteurs. On peut également supposer que le passage au guichet unique est susceptible d'avoir un impact sur les usagers en termes de lisibilité du système de financement, de simplification des démarches administratives pour accéder au financement et de réduction des délais pour obtenir des aides techniques.

Le calendrier du projet COMPATEC -de 2020 à 2023- nous a permis d'interroger des experts institutionnels et chercheurs belges qui ont été des acteurs -pour certains- et témoins directs -pour d'autres- de la réforme de 2019 de telle façon qu'ils ont été en mesure de nous expliquer le système qui prévalait avant la réforme, l'exposé des motifs de la réforme et ses premiers effets.

2. Un panier anglais d'audioprothèses gratuites peu plébiscité par les usagers : quels enseignements et mises en garde pour le 100% santé auditif français ?

Pour tenter de réduire de façon importante le renoncement à l'équipement en audioprothèses en France (Blanchard, Stohl-Maffesoli *et al.*, 2013), la réforme du 100% santé qui s'est déployée de façon progressive entre 2019 et 2021 propose une offre possible sans reste à charge sur les aides auditives pour les assurés détenteurs d'un contrat de couverture complémentaire. Les restes à charge élevés associés aux aides auditives ont été en effet identifiés comme un facteur de renoncement aux soins, et ce plus particulièrement pour les personnes âgées (Cnam, 2022).

Le dispositif du 100% santé propose une offre d'appareils auditifs sans reste à charge pour le patient. La prise en charge intégrale résulte de la participation combinée de l'Assurance maladie obligatoire et de celle des couvertures complémentaires, ce qui présuppose que seuls les usagers disposant d'un contrat complémentaire santé responsable peuvent être éligibles au dispositif (Cnam, 2022). Outre le remboursement intégral, le dispositif prévoit également un plafonnement des prix des aides auditives qui figurent dans la classe du 100% santé au niveau de 950€. Au côté du panier 100% santé (classe I) à prix réglementés, une offre d'aides auditives à prix libres est maintenue (classe II), sans minimum de prise en charge.

En France, la réforme du 100% santé sur les prothèses auditives a permis une amélioration très significative du recours aux aides auditives, avec un accroissement du nombre de patients équipés de 73% entre 2019 et 2021 (773 000 patients ont bénéficié d'une aide auditive en 2021 versus seulement 447 000 en 2019), principalement expliqué par l'augmentation du nombre de bénéficiaires d'aides auditives 100% santé (Cnam, 2022) sans doute principalement recrutés parmi les personnes âgées.

Cette réforme du 100% santé présente des similitudes assez fortes avec les systèmes de mise à disposition des aides techniques qui existent depuis plusieurs années au Royaume-Uni. On peut donc se demander si les risques d'effets indésirables qui ont été constatés au Royaume-Uni ne sont pas susceptibles de se retrouver en France. Au Royaume-Uni comme en Suède, le panier « gratuit » d'audioprothèses n'a pas emporté une adhésion complète des usagers conduisant certains d'entre eux à s'en détourner. Les aides gratuites mises à disposition des usagers sous forme de prêt par le NHS ont souvent présenté une qualité faible ou moyenne, ce qui a conduit à leur sous-utilisation. Au Royaume-Uni, le problème de l'inadéquation entre la demande d'aides techniques et l'offre de qualité parfois jugée médiocre a été identifié il y a plusieurs années et a conduit à la mise en place d'expérimentations locales successives qui ont eu pour but de faciliter l'accès de l'utilisateur à une offre de dispositifs un peu plus élargie et de meilleure qualité dans le privé. L'étude du Royaume-Uni permet d'identifier les caractéristiques de l'offre gratuite proposée par le NHS et de les comparer à celles des offres 100% santé françaises pour anticiper les risques éventuels d'une sous-utilisation des aides auditives qui sont proposées.

L'expérience suédoise peut également être inspirante car un modèle de libre choix (*Fritt val*) a été expérimenté depuis 2018 dans plusieurs régions suédoises. Le Libre choix permet aux usagers de bénéficier d'un chèque (voucher) qui permet à l'utilisateur de se tourner vers le marché privé pour acquérir des aides techniques. Alors que la diffusion du modèle du Libre choix est restée confidentielle pour les fauteuils roulants, elle a en revanche atteint des niveaux très élevés pour les aides auditives (90% dans la région de Stockholm). Ces résultats mettent en évidence les limites de l'offre publique d'aides auditives sans reste à charge proposée par les régions et alertent sur le risque de non-usage des aides. Par ailleurs, la mise en place du 100% santé en France a sans doute favorisé le public des seniors qui accèdent désormais à une offre de prothèses auditives sans reste à charge. Il convient toutefois de s'interroger sur l'impact de la réforme pour un public plus jeune qui ne choisit pas l'offre 100% santé, ayant besoin d'une offre plus haut de gamme, et qui peut être amenée à déboursier des restes à charge désormais plus importants, l'effort de participation financière des mutuelles étant maintenant principalement absorbé par le financement du 100% santé.

L'étude de l'expérience anglaise et suédoise permet aussi de comparer les niveaux de prix qui prévalent pour le panier « gratuit » d'aides auditives dans ces pays respectifs avec les prix réglementés des aides auditives du 100% santé français.

3. Quels enseignements de l'expérience suédoise pour inspirer une amélioration de la qualité et de l'efficience de la mise à disposition des aides techniques pour la France ?

Le système suédois de financement et de mise à disposition des aides techniques est très différent du système français. En Suède, les services de santé et les services sociaux sont décentralisés au niveau des régions et des municipalités. Les régions sont très indépendantes les unes des autres dans leur prise de décision et adoptent des règles différentes, ce qui se traduit par une variabilité des offres d'aides techniques, des prix et même des restes à charge (qui restent pour l'heure très réduits). Les budgets publics de financement des aides techniques sont partagés entre les régions et les municipalités. Pour autant, plusieurs caractéristiques du système suédois présentent un intérêt pour offrir des pistes de réformes de politiques publiques pour la France.

Le système suédois pratique depuis de nombreuses années une **régulation des prix des aides techniques** assise sur des appels d'offre passés au niveau régional qui permettent d'obtenir des prix très réduits. Les contrats passés entre les régions et les industriels portent sur des périodes variant de deux à quatre ans. Les évolutions récentes constatées montrent une tendance au regroupement de plusieurs régions suédoises pour passer des appels d'offre à plus grande échelle et bénéficier de prix encore plus réduits pour leur approvisionnement en aides techniques, ce qui permet en outre aux régions concernées d'harmoniser leurs offres d'aides techniques. L'étude de l'expérience suédoise permet de mieux comprendre les mécanismes des appels d'offre comme mode de régulation des prix, et de quantifier par la même occasion la réduction des prix qui est permise par ce système par rapport à un système sans régulation des prix (comme la France).

Dans une de ses préconisations, la mission Denormandie et Chevalier (2020) appelle à **mettre fin à l'hégémonie du modèle dominant de l'achat neuf des aides techniques pour s'orienter vers une logique d'usage avec le financement d'un triptyque de solutions** : location courte durée, location longue durée ou achat d'aides techniques neuves ou remises en bon état d'usage. Pour y parvenir, la France doit recycler davantage ses aides techniques et gagnerait à s'inspirer de pays qui bénéficient

déjà d'une solide expérience dans ce domaine (Québec, Scandinavie). La Suède peut se prévaloir d'une longue expérience de recyclage des aides techniques. L'analyse de l'expérience suédoise doit permettre de comprendre les conditions qui permettent de favoriser l'introduction d'un tel système à la fois du côté de la demande et du côté de l'offre.

Une autre préconisation de la mission Denormandie et Chevalier (2020) pointe le **besoin de renforcer l'évaluation des besoins des usagers et leur accompagnement**. Cette préconisation fait écho au constat de défaillance de l'information des usagers sur les aides techniques et à celui d'un accompagnement pas systématiquement assuré par des professionnels formés et neutres d'intérêts commerciaux pour l'évaluation des besoins. En Suède, l'accompagnement des usagers est confié à des professionnels de santé qui bénéficient d'un très bon niveau de formation (Alcimed, 2009 Suède). Leur spécialisation dans un type de handicap leur permet d'assurer un niveau d'accompagnement des usagers de haut niveau. Ces paramédicaux -audiologistes pour les prothèses auditives et ergothérapeutes ou kinésithérapeutes pour les fauteuils roulants- disposent d'une excellente connaissance des produits disponibles et sont censés assurer un accompagnement de très bonne qualité. L'expérience suédoise présente donc un intérêt de premier plan pour comprendre les conditions qui permettent de garantir une meilleure évaluation des besoins des usagers et leur assurer un meilleur accompagnement dans le choix des aides techniques.

*

* *

La littérature étant insuffisante pour mener à bien la comparaison détaillée des politiques de financement des aides techniques que nous souhaitons réaliser, nous avons mis en œuvre une enquête qualitative séquencée en deux phases que nous décrivons dans la partie méthodologique suivante.

V. Présentation de la méthodologie de l'étude et des données collectées

Les comparaisons internationales présentent un intérêt majeur pour le décideur public car elles permettent de révéler les pratiques originales mises en œuvre dans certains pays qui peuvent inspirer des réformes. Pour autant, les comparaisons de systèmes constituent toujours un exercice délicat à mettre en œuvre. Elles nécessitent au préalable d'organiser une réflexion visant à identifier les dimensions de la politique publique qui doivent faire l'objet de la comparaison et de retenir pour chacune de ces dimensions des indicateurs permettant de réaliser la comparaison. Les informations qu'il convient de collecter sont aussi de natures très différentes : chiffrées et descriptives quand elles concernent des données de prix, de restes à charge et de budgets consacrés au financement des aides techniques par exemple, mais analytiques ou explicatives quand elles ont pour objet de décrire le niveau de satisfaction des usagers ou encore le degré d'équité des différents systèmes mais aussi les raisons qui ont poussé les pouvoirs publics à changer de politique de financement des aides techniques dans certains pays. Dès la conception du projet COMPATEC, il est apparu que ces informations de natures différentes appelaient des méthodes différenciées de collecte.

Dans le projet COMPATEC, la meilleure stratégie de collecte de l'information a consisté à recueillir dans une première étape des informations chiffrées et descriptives des systèmes par le biais d'un questionnaire à questions fermées envoyé à distance à des interlocuteurs sélectionnés et à articuler dans un deuxième temps des voyages d'études donnant lieu à des entretiens et des observations qui ont permis de recueillir des informations de nature explicative et interprétative.

A. Une méthodologie qui repose sur l'articulation d'un terrain à distance et de voyages d'études

1. Le public visé

Les spécialistes visés sont à la fois des chercheurs dont les thématiques de recherche portent sur les aides techniques de façon générale ou sur un type spécifique d'aides techniques (fauteuils roulants, aides auditives, aides visuelles) et des institutionnels spécialistes des aides techniques : membres de ministères en lien avec la politique de fourniture des aides techniques, membres d'instituts ou d'organismes chargés du financement public des aides techniques, membres d'organismes de couverture complémentaire, membres d'organismes consultatifs sur la politique nationale du handicap, directeurs de centres de soins... Ces personnes ont d'abord été identifiées par la revue de la littérature ainsi que par le réseau d'experts français constitué pour le projet COMPATEC (voir infra section B). Les chercheurs signataires d'articles scientifiques portant sur les aides techniques dans leur pays ont été contactés, de même que les personnes travaillant dans le domaine institutionnel qui ont participé à des rapports portant sur la politique de fourniture des aides techniques. En outre, nous avons également systématiquement sollicité dans tous les pays des représentants des associations d'utilisateurs très souvent spécialisées sur un type de handicap (limitations motrices, visuelles ou auditives), dans l'objectif de récupérer de leur part un discours plus critique sur la politique de financement du handicap dans leur pays. Ces associations étaient souvent référencées dans la littérature ou sur les sites administratifs expliquant les démarches pour acquérir une aide technique.

Les informations que nous cherchons à recueillir auprès de ces spécialistes sont de diverses natures, ce qui appelle des modes de recueil de l'information différenciés.

2. Le terrain à distance permet de récupérer des informations descriptives

Nous cherchons d'abord à collecter des informations de nature très descriptive destinées à conforter la compréhension que nous avons acquise de chaque pays à partir de la revue de la littérature (cf. section III. Apports et limites de la revue de la littérature). Les thématiques qui nous intéressent portent sur les modalités de mise à disposition des aides techniques pour les usagers dans le pays considéré, sur le parcours de l'utilisateur, sur son accompagnement au choix et après acquisition de l'aide, sur les prix des aides techniques et les financements publics qu'il peut obtenir pour réduire son reste-à-charge. Il n'aurait pas été judicieux d'essayer de récupérer ces informations au cours d'un entretien en face-à-face car la quantité d'informations descriptives à collecter est très importante, ce qui aurait eu un impact sur la durée des entretiens et aurait empêché d'aborder d'autres thématiques au cours des entretiens. Compte tenu de la nature des informations à récupérer dans cette première phase de

l'enquête, un questionnaire nous a semblé constituer le meilleur support de recueil de l'information car il permet aux enquêtés de répondre aux questions descriptives sur le système sans nécessité d'interactions avec l'enquêteur. Il permet en outre de familiariser les personnes enquêtées avec les problématiques développées dans le projet COMPATEC, notamment celles des prix, du financement public et des restes à charge des usagers. Le questionnaire permet enfin de repérer les experts qui sont les meilleurs connaisseurs de leur système national, qui peuvent constituer des interlocuteurs à rencontrer lors des voyages d'étude.

3. Les voyages d'étude visent à améliorer la compréhension des changements de politiques en cours

Au-delà de ces informations descriptives, une partie importante du projet COMPATEC consiste à récupérer, dans le cadre des voyages d'étude, des informations de nature plus explicative et interprétative permettant de comprendre les changements de politiques publiques de financement qui ont cours dans les pays. Il s'agit d'abord de comprendre les principes de la politique antérieure à la réforme, les constats des dysfonctionnements des anciens systèmes qui ont amené les pouvoirs publics à changer de politique et avoir une vision la plus complète des paramètres des réformes (périmètre de la réforme, modalités concrètes de la réforme, conditions d'accès éventuelles des usagers à la réforme...). Il s'agit en outre de récolter des premiers éléments de bilan des réformes en cours en comparant par exemple sur la base de critères objectifs (prix et restes à charge par exemple) l'impact des réformes à la fois du point de vue du régulateur et du point de vue des usagers.

La section suivante décrit l'élaboration du questionnaire qui a été mobilisé dans le cadre du terrain à distance.

B. Terrain à distance : mise en place du questionnaire

Dans cette phase du projet, l'objectif est d'interroger tous les pays étudiés sur une base commune afin de collecter des informations sur un format standardisé de nature à favoriser les comparaisons. Pour ce faire, le même questionnaire a été envoyé à chaque pays (Belgique, Suède, Royaume-Uni), ce qui permet de récolter les informations de façon systématique. Pour pouvoir recouper et fiabiliser les informations recueillies dans chaque pays, le questionnaire a été envoyé à plusieurs spécialistes (experts, institutionnels, associations d'usagers) d'une même aide technique.

1. Les objectifs du questionnaire

Le questionnaire (annexe 3) vise à récolter des informations qui ne sont pas disponibles dans la revue de la littérature ou qui ont besoin d'être actualisées ou confirmées.

L'objectif de cette phase de l'enquête est principalement descriptif : il s'agit prioritairement de confirmer la bonne compréhension du système obtenue par la revue de la littérature et d'obtenir le cas échéant de nouvelles informations qui n'étaient pas accessibles par la seule étude de la littérature.

Comme la finalité principale de ce terrain à distance est celui d'une confirmation de la compréhension du système, nous veillons à ce que pour chaque aide technique appartenant au périmètre de l'enquête (fauteuils roulants, aides auditives, aides visuelles) nous disposions d'au moins trois réponses afin de recouper les informations qui sont transmises et vérifier leur convergence, ou noter les divergences éventuelles pour essayer d'avoir des explications lors des voyages d'étude.

Quatre questionnaires ont été rédigés : un questionnaire « fauteuils roulants », un questionnaire « aides auditives », un questionnaire « aides visuelles » et un questionnaire complet (comprenant toutes les aides)).

La structure de chaque questionnaire est identique. Elle est présentée dans l'encadré suivant.

A. Informations sur la personne qui complète le questionnaire

- Pays pour lequel les informations sont collectées
- Identité, profession et entreprise de rattachement de la personne enquêtée

B. Acquisition de l'aide technique

- Passage devant une commission pour bénéficier d'un financement public
- Modalité d'acquisition la plus fréquente dans le pays/région (modèle dominant) : (1) achat neuf auprès d'un fournisseur public, (2) achat neuf auprès d'un fournisseur privé (avec financement public), (3) achat reconditionné auprès d'un fournisseur public, (4) achat reconditionné auprès d'un fournisseur privé (avec financement public), (5) location à long terme auprès d'un fournisseur public, (6) location à long terme auprès d'un fournisseur privé (avec financement public), (7) mise à disposition (ou prêt) par un fournisseur public, (8) mise à disposition (ou prêt) par des associations ou organisations caritatives, (9) achat privé sans aide publique.

C. Financement de l'aide technique

- Financement public national, infranational ou local
- Prix de l'aide technique neuve (reconditionnée) sur le marché privé/ Prix de l'aide technique neuve (reconditionnée) payé par le régulateur public en cas de mise à disposition/ Prix de l'aide technique payé par l'acheteur public en cas de location à l'utilisateur/Prix de l'aide technique payé par l'organisation caritative
- Nombre d'aides techniques disponibles dans le pays par catégorie
- Reste à charge de l'utilisateur après prise en compte des financements publics pour chacune des modalités de mise à disposition de l'aide
- Part du prix de l'aide technique financée par le public au niveau national/régional/municipal (pour chaque modalité d'acquisition)

D. Accompagnement au choix de l'aide technique et suivi post-acquisition

- Accompagnement au choix de l'aide technique
- Prise en charge financière par le public de cet accompagnement
- Suivi post-acquisition de l'aide technique
- Prise en charge financière par le public de cet accompagnement

E. Producteur national d'aide technique

Pour faciliter la collecte des informations sur les prix et les restes à charge des aides techniques, nous avons défini des cas-types pour chaque type d'aide.

2. Choix des cas-types pour chaque type d'aide

Notre objectif était de sélectionner des aides techniques disponibles en France comme dans les trois autres pays inclus dans le périmètre de la comparaison (Belgique, Suède et Royaume-Uni). Nous avons eu recours à plusieurs experts français (tableau 21) qui disposent d'une bonne connaissance des pratiques à l'international. Les experts nous ont proposé des AT répondant à nos critères de catégories et de disponibilité à l'international. Ils ont en outre testé les questionnaires finaux correspondant à leurs champs de compétence.

Tableau 21 : Liste des experts français rencontrés pour sélectionner les cas-types

Nom des experts	Conseils pour	Affiliation
Chevalier Cécile	Toutes les aides	Cheffe de projet compensation technique à la CNSA
Pinto Da Silva Fernando	Aides visuelles	Chargé de mission stratégie numérique à la Fédération des Aveugles et Amblyopes de France
Godinho Luis	Aides auditives	Président du Syndicat des audioprothésistes (SDA ex-UNSAF) (2022)
Jantzem Brice	Aides auditives	Président du Syndicat des audioprothésistes (2023-)
Hartmann Laurence	Aides auditives	Maître de conférences en sciences économiques au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM)
Barbet Isabelle	Aides auditives	Enseignant-chercheur au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM)
Pawlowski Alain	Fauteuils roulants	Chef de l'Unité Expertise Appareillage au Centre d'Études et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés (CERAH), Institut National des Invalides
Delavaquerie Martine	Fauteuils roulants	Adjointe au chef du Centre d'Études et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés (CERAH), Institut National des Invalides
Dias Evelyne	Fauteuils roulants	Chargée d'études documentaires, Responsable du Centre de ressources documentaires au Centre d'Études et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés (CERAH), Institut National des Invalides

Pour éclairer nos interrogations sur les financements, nous avons choisi des modèles d'aides techniques correspondant à la fois à des usages différents et renvoyant également à des niveaux de restes à charge différenciés en France : sans reste à charge, reste à charge modéré et reste à charge important.

Pour les fauteuils roulants (Tableau 22), le choix a été fait de distinguer **trois catégories de fauteuils** emblématiques de trois usages différenciés. La première catégorie, celles des fauteuils roulants manuels de base, regroupe les fauteuils qui sont les plus largement diffusés. Les fauteuils roulants actifs visent à offrir une grande autonomie aux usagers qui sortent souvent de leur domicile, ce qui peut cibler a priori un public actif. Enfin, les fauteuils roulants électriques verticalisateurs permettent d'améliorer l'accessibilité des personnes qui ont une très faible autonomie. Dans chacune de ces

catégories, nous proposons trois références de fauteuils roulants et demandons aux personnes interrogées de renseigner leurs prix (prix déboursé par les acheteurs privés en France et en Belgique et prix négocié par l'acheteur public dans le cadre des appels d'offre en Suède et au Royaume-Uni).

Les aides auditives (Tableau 23) ont également été sélectionnées de façon à balayer une grande partie du marché, en distinguant trois classes.

Les aides auditives de la classe 1 correspondent aux aides de l'offre du 100% santé dont les prix sont désormais réglementés en France et qui sont associés à des restes à charge nuls après intervention des couvertures complémentaires. Les aides auditives de la classe 1 reposent sur une technologie éprouvée qui assure un traitement sonore de base et bénéficient d'un nombre limité d'options. Ainsi, les appareils de cette classe doivent comporter à minima 12 canaux de réglage et peuvent comporter au moins trois options parmi les suivantes : système anti-acouphène, réducteur de bruit du vent, directivité microphonique adaptative, bande élargie supérieure à 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération. En règle générale, ils ne disposent pas des dernières technologies : connectivité, synchronisation binaurale, intelligence artificielle... Ces appareils fonctionnent par ailleurs uniquement sur piles, aucun appareil auditif rechargeable n'étant disponible dans cette gamme. De l'avis des experts français, les appareils de la classe 1 correspondent à ceux de la moyenne gamme d'il y a cinq ans.

Les appareils de la classe 2 bénéficient des dernières technologies disponibles qui permettent d'assurer un traitement sonore plus sophistiqué et peuvent être associés à un choix plus large d'options. Ces appareils bénéficient de fonctionnalités de traitement du signal avancées améliorant la compréhension dans un environnement bruyant, de technologies innovantes (capteurs de mouvements, intelligence artificielle...), d'une meilleure qualité de son avec une bande passante élargie par rapport aux modèles de la classe 1, une connectivité aux smartphones et le réglage à distance. En outre, les modèles peuvent être associés à une batterie rechargeable.

La différenciation entre les appareils de la classe 2 et ceux de la classe 3 s'opère sur le nombre d'options activées (maximum dans la classe 3 et au contraire un peu moins étendu dans la classe 2).

Nous demandons aux personnes interrogées de renseigner les prix et restes à charge pour trois aides auditives dans chaque classe.

Les aides visuelles étudiées ne sont pas prises en charge par l'Assurance maladie en France. Nous avons sélectionné des **aides visuelles** qui sont les plus couramment employées par les personnes déficientes visuelles et qui représentent donc un fort enjeu d'accès :

- Les plages Braille : ce sont des dispositifs électromécaniques utilisés par les personnes déficientes visuelles pour afficher en temps réel des caractères braille, le plus souvent issus d'un ordinateur.
- Les téléagrandisseurs fonction vocalisée. Ils proposent une fonction de reconnaissance des caractères couplée à une synthèse vocale qui permettent de faire lire à haute voix des documents imprimés.
- Les lecteurs de livres de poche (format Daisy) (Tableau 24). Le Daisy est un format de livre audio conçu pour faciliter la lecture des personnes déficientes visuelles. Il permet de se déplacer à l'intérieur du livre, de retrouver le point où la lecture s'était arrêtée précédemment, de placer des marque-pages, de contrôler la vitesse de lecture...

Les informations sur les prix sont demandées pour trois types de plages Braille, pour trois types de lecteurs de livres Daisy et pour deux modèles de téléagrandisseurs (deux références permettent de couvrir le marché des téléagrandisseurs).

Tableau 22 : Choix des modèles pour les fauteuils roulants

Fauteuil roulant manuel de base	Fauteuil roulant actif	Fauteuil roulant électrique verticalisateur
INVACARE, « Action 3 NG »	INVACARE, « Action 5 Rigid »	OTTO BOCK, « C 1000 SF »
VERMEIREN, « V500 »	QUICKIE, « Life R »	PERMOBIL, « F5 Corpus VS »
SUNRISE MEDICAL, « Style X Ultra»	VERMEIREN, « Sagitta »	SUNRISE MEDICAL, « Q 700 UP M »

Tableau 23 : Choix des modèles pour les aides auditives

	Aide auditive Classe 1	Aide auditive Classe 2	Aide auditive Classe 3
Receiver in the ear (RIC)	OTICON Siya RIC	OTICON More 2	PHONAK Audéo Paradise 90R
Intra-auriculaires	SIGNIA Silk 3NX	STARKEY Muse iQi2000	WIDEX Moment 440 CIC
Contours d'oreilles	PHONAK B30P	SIGNIA Motion 5nx	STARKEY Livio AI 2400 BTE

L'appareil auditif intra-auriculaire : Les aides auditives intra-auriculaires ou In The Ear (ITE)

Les aides auditives mini-contours (ou RIC pour Receiver In the Canal)

Les aides auditives contours d'oreille ou BTE (Behind The Ear)

Tableau 24 : Choix des modèles pour les aides visuelles

Plage Braille 14 cellules	Téléagrandisseur fonction vocalisée	Lecteurs de livres (format Daisy) de poche
Freedom Scientific Focus 14 5 ^{ème} génération	Humanware Reveal 16i full HD	Humanware Victor Reader Stream
Humanware Brailliant 14	Koba vision Vocatex	Shinano Kenshi Plex Talk Linio Pocket
Hims Smart Beetle		Bones MileStone 312 ACE

Le choix de cas-types permet de collecter un nombre limité de prix pour des aides techniques bien identifiées. L'objectif du questionnaire est aussi de collecter des informations sur les financements publics qui peuvent être obtenus par l'utilisateur souhaitant obtenir un équipement. Or, plusieurs canaux de financement sont souvent possibles dans les pays étudiés, par le biais de l'employeur de l'utilisateur, par le biais de l'institution scolaire ou de l'université, ou encore par les financeurs publics quand l'usage de l'aide se fait dans un cadre privé. Comme notre objectif est d'étudier le financement public hors de la sphère professionnelle et éducative, dans une tranche d'âge de 20-60 ans qui rend la personne éligible à l'obtention de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), la construction d'un cas

fictif nous a permis d'orienter le questionnaire de façon à inciter les personnes enquêtées à répondre à ces questions sans ambiguïté sur le canal de financement.

3. Construction d'une vignette : le cas fictif de M. Smith

Pour faciliter le remplissage de tous les types de questionnaires (questionnaires « fauteuils roulants », questionnaire « aides auditives », questionnaire « aides visuelles », » et questionnaire complet (comprenant toutes les aides)), nous avons proposé le cas fictif de monsieur Smith qui est un homme handicapé de 35 ans, qui dispose d'un revenu régulier issu de son travail et qui ne bénéficie pas des minima sociaux. La création de ce cas nous permet de nous aligner sur le cas d'une personne qui en France pourrait bénéficier de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) pour financer au moins en partie son aide technique, en plus de l'intervention de l'assurance maladie obligatoire qui constitue le premier étage de financement public. L'âge de monsieur Smith inférieur à 60 ans permet justement de s'assurer qu'il peut bien prétendre à la PCH, ce qui ne serait pas le cas nécessairement si son handicap était apparu après l'âge de 60 ans.

La barrière d'âge qui sépare les politiques publiques de financement du handicap et de la dépendance et l'accès aux prestations existe dans deux pays sur les quatre étudiés dans notre comparaison (en France à 60 ans et en Belgique à 65 ans) ; c'est la raison pour laquelle l'âge de monsieur Smith fixé à 35 ans permet de s'assurer que les personnes enquêtées dans les pays dans lesquels cette barrière d'âge existe renseigneront des informations qui concernent bien la situation des personnes en situation de handicap et non de personnes qui sont concernées par des financements relevant du champ de la dépendance.

Par ailleurs, il a été précisé dans tous les questionnaires que le financement des aides techniques par des organismes publics liés à l'activité professionnelle ne devait pas être pris en compte dans le décompte des financements publics des aides techniques. En effet, dans tous les pays étudiés, les circuits de mise à disposition des aides techniques par la tutelle publique (qu'elle soit nationale ou régionale) sont toujours distincts de ceux qui permettent d'obtenir une aide par le biais de la sphère professionnelle.

Une fois consolidé et testé, le questionnaire intégrant des cas-types d'aides techniques et structuré autour du cas fictif de M. Smith a été envoyé aux destinataires que nous avons identifiés dans chaque pays. Nous revenons sur les résultats de la collecte d'informations permise par l'envoi des questionnaires dans la section suivante.

4. Une enquête diffusée par l'outil numérique LimeSurvey

Une fois stabilisé en français puis traduit en anglais par l'équipe de chercheurs du projet COMPATEC, nous avons diffusé le questionnaire à partir du logiciel d'enquête LimeSurvey. Ce logiciel gratuit permet d'optimiser le processus d'envoi aux personnes enquêtées, de relancer automatiquement et à intervalles réguliers les personnes qui n'ont pas répondu, et garantit une parfaite traçabilité de l'activité réalisée par les répondants en ligne (début de remplissage de questionnaire, questionnaire incomplet ou au contraire questionnaire intégralement rempli). Lors du remplissage, le logiciel propose un système de filtres qui guident le répondant vers des items qui correspondent à la situation

du système caractérisant son pays et évitent au contraire des questions qui sont hors sujet (par exemple des questions qui porteraient sur un mode de mise à disposition des aides techniques qui n'existerait pas dans le pays de la personne interrogée). Chaque questionnaire initial spécifique à une aide technique comporte 82 questions tandis que le questionnaire complet couvre 236 questions. Une fois les filtres activés, la personne enquêtée est confrontée à une trentaine de questions au maximum dans le questionnaire individuel, ce qui correspond à un temps de réponse que nous avons estimé à une vingtaine de minutes. C'est le temps qu'ont pris en moyenne les experts français qui ont testé nos questionnaires.

En outre, le logiciel en ligne permet également un stockage optimisé des réponses et un traitement des données facilité.

C. Bilan de la collecte d'informations par les questionnaires

Dans cette section, nous allons présenter la méthode et les objectifs du terrain à distance, les stratégies déployées lors de la phase de prospection et les difficultés rencontrées.

1. Méthode d'enquête pour la phase des questionnaires

Comme mentionné plus haut, l'objectif du questionnaire était de récolter des informations descriptives précises auprès des experts, ainsi que faciliter la recherche d'enquêtés pour la phase suivante des entretiens. Ce terrain d'enquête est de nature qualitative et non quantitative : il ne s'agissait pas d'obtenir le maximum de réponses mais d'obtenir les meilleures réponses, c'est pourquoi nous cherchions au moins 2-3 répondants spécialistes du domaine par type d'aide technique (donc une dizaine de réponses au total par pays). Le fait d'interroger plusieurs personnes par questionnaire plutôt qu'une seule, et de varier les personnes interrogées (associatifs, chercheurs et institutionnels) permet de vérifier la bonne compréhension des questions et la concordance des réponses, et d'obtenir des réponses à toutes les questions posées. En effet, les questions portant sur un champ très large et les répondants n'étant parfois concernés que par un pan du circuit de distribution d'une aide technique, certains ne pouvaient pas répondre à l'ensemble de nos questions. De plus, varier les interlocuteurs a été également utile pour la phase des entretiens.

Une fois la liste de contacts élaborée, la prise de contact s'est effectuée par courrier électronique. Ce moyen nous a paru plus efficace qu'un courrier papier et moins invasif que le téléphone. Il est également plus aisé de trouver l'adresse électronique professionnelle d'une personne que ses autres coordonnées. Dans ce courriel, nous présentions notre projet de recherche et la finalité du questionnaire. Nous demandions à ceux ne pouvant le compléter de nous suggérer d'autres personnes à contacter afin d'augmenter notre liste de contacts. Afin d'éviter que notre courrier ne soit pris pour un courrier indésirable (spam), nous n'avons pas envoyé un message générique mais avons au contraire individualisé nos messages. Nous avons relancé plusieurs fois les contacts qui ne répondaient pas, parfois finalement par téléphone pour ceux qui nous paraissaient les plus pertinents.

Afin de trouver les spécialistes de la politique de distribution des aides techniques, nous avons dû procéder en deux temps. Nous avons élaboré une première liste de contacts, souvent un peu plus large qu'une liste ne comprenant que des spécialistes des prix et restes à charge des aides techniques, dans

l'optique que les personnes plus éloignées du thème nous redirigent vers des contacts de leur réseau s'ils ne se considèrent pas assez compétents pour répondre aux questionnaires. Nous avons notamment contacté des chercheurs dont les thèmes de recherche sont proches de notre problématique mais ne coïncident pas totalement, par exemple des auteurs d'articles sur la fourniture d'aides techniques mais qui ne portent pas directement sur les prix et restes à charge, ou qui concernent davantage la dépendance que le handicap. Nous avons également contacté des adresses mails génériques pour les associations ou les centres de soins, qui nous ont redirigé vers des collègues experts du domaine. La deuxième phase de prospection consiste donc à contacter les personnes recommandées, qui se rapprochent du public visé. Quand un acteur est recommandé par plusieurs personnes, il peut s'agir d'un contact particulièrement intéressant que l'on doit contacter en priorité pour notre enquête. Certaines recommandations nous ont à nouveau redirigé vers d'autres personnes, jusqu'à atteindre les bons interlocuteurs, ce qui peut prendre du temps. Ainsi, pour parvenir aux contacts clés (les experts aptes à répondre à l'enquête), nous avons dû d'abord recourir aux contacts réseaux (les personnes qui constituent des ponts vers les contacts clés).

La passation du questionnaire s'est réalisée à distance, ce qui paraissait le plus pratique, du fait que les enquêtés se trouvent dans différents pays, et le plus adéquat, car *a priori* la présence des enquêteurs n'aurait pas augmenté la fiabilité des réponses. En effet, les informations demandées étant purement factuelles et descriptives, il en résulte donc un risque ténu de biais dû à la présence ou à l'absence de l'enquêteur, et la distance permet aux enquêtés de prendre le temps pour répondre au questionnaire, qui demande parfois de rechercher certaines informations (notamment concernant les prix des aides techniques). Notre présence aurait pu néanmoins apporter l'avantage d'éclaircir nos attentes et obtenir, dans certains cas, des réponses plus précises. Les entretiens en face à face ont alors permis de compléter ces réponses lorsque cela s'est avéré nécessaire.

2. Bilan sur l'efficacité de la phase de prospection : les objectifs et les difficultés rencontrées

Pour chaque pays, nous sommes parvenus à trouver les bons interlocuteurs et à obtenir suffisamment de réponses qualitatives à nos questionnaires. Néanmoins, les efforts qui ont été fournis pour atteindre le public visé varient selon les pays. En effet, le nombre de personnes contactées et le temps consacré à la prospection ont par exemple été bien plus importants en Suède qu'en Belgique. Ces différences peuvent notamment s'expliquer par la configuration des listes de contacts initiales comportant plus ou moins de contacts clés ou proches des contacts clés que des contacts réseaux. Une seconde explication possible à ces différences d'efficacité est la coopération de nos interlocuteurs : les contacts clés ou réseaux sont plus ou moins disposés à répondre à notre demande. Cela peut dépendre de leur intérêt pour notre étude ou de la façon dont nous avons pris contact avec eux. Nous allons revenir en détails sur les moyens engagés dans la prospection et les résultats obtenus pour chaque pays, ainsi que les raisons des différences que l'on peut constater entre eux.

Premier terrain d'enquête : la Belgique

Nous avons commencé l'envoi des questionnaires en Belgique en novembre 2021 et le voyage d'étude a eu lieu à la mi-février 2022, 3 mois et demi ont donc été consacrés à la recherche des contacts clés,

à la passation des questionnaires et à l'organisation des entretiens (en parallèle de la réalisation de la revue de littérature). Un courriel avec un lien vers un des questionnaires a été envoyé à 73 personnes : 34 n'ont pas répondu (malgré plusieurs relances), 25 nous ont conseillé des contacts et 14 ont accepté de répondre au questionnaire (Tableau 25). Ces participants sont des chercheurs, des associatifs, des institutionnels et des professionnels de santé. Chaque participant a complété un questionnaire portant spécifiquement sur une aide technique, sauf une personne qui a pu répondre à la fois au questionnaire sur les fauteuils roulants et à celui sur les aides visuelles. Nous avons proposé un entretien en face-à-face à ces 14 personnes et 11 y ont répondu favorablement (4 se sont regroupées en 2 groupes de 2 pour nous rencontrer), ce qui donne 9 entretiens. Les refus d'entretien ont été justifiés par un manque de disponibilité ou un manque de compétence⁵¹. Après le voyage d'étude, 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés à distance sur les conseils des enquêtés rencontrés. **11 entretiens ont donc été réalisés au total.**

L'objectif d'obtenir au moins 2 réponses par questionnaire et au moins 10 entretiens⁵² a été rempli dans un temps relativement court comparé aux autres pays. Que ce soit pour les questionnaires ou les entretiens, nous avons obtenu des réponses pour les trois régions qui nous intéressaient. En effet, nous cherchions à comparer les politiques de financement des aides techniques entre les trois régions administratives belges : la Wallonie, la Flandre et la région de Bruxelles-capitale. Les réponses obtenues pendant la phase des questionnaires ont été suffisamment complètes pour permettre de préparer la seconde phase des entretiens. Concernant le contenu de ces réponses, elles concordaient avec les informations déjà récoltées dans le cadre de la revue de la littérature, et nous n'avons pas eu besoin de détailler davantage nos attentes ou expliciter certaines questions. Nous avons parfois dû spécifier aux répondants de compléter le questionnaire uniquement pour la région dans laquelle ils travaillent, car ils ne connaissaient pas les règles qui s'appliquent aux autres régions. La disparité des prix pour certaines aides techniques en Belgique a rendu plus difficile la restitution des informations sur cette dimension par les enquêtés. En outre, plusieurs parcours de soins sont possibles pour obtenir une aide technique, ce qui a expliqué quelques réponses divergentes sur les démarches administratives mais cela a pu être clarifié au cours des entretiens.

L'atteinte rapide de nos objectifs s'explique par une première bonne identification des contacts utiles mais surtout par une très bonne coopération des interlocuteurs belges. Le taux de réponse à nos courriels était plus élevé et les réponses plus qualitatives que pour les autres pays. Cela pourrait s'expliquer par la proximité avec la France et notamment le partage d'une langue car nous avons contacté davantage de personnes francophones qu'uniquement néerlandophones. La France échange également beaucoup plus dans le domaine de la santé avec la Belgique francophone que les autres pays étudiés, et son système de santé est plus proche. Nos interlocuteurs belges se sont effectivement montrés davantage intéressés par les résultats de notre enquête que les autres pays. Néanmoins, nous avons rencontré quelques difficultés pour trouver des informations récentes sur le système belge de fourniture des aides techniques, la littérature faisant défaut sur le sujet, et par conséquent pour identifier certains acteurs importants du système. Cet obstacle a toutefois été contrebalancé par le fait que leur système demeure assez proche du nôtre, ce qui signifie que les structures et acteurs impliqués sont similaires aux nôtres.

⁵¹ Certaines personnes n'ont répondu que partiellement au questionnaire. Leurs réponses n'ont alors pas été prises en compte.

⁵² Nous verrons comment cet objectif de 10 entretiens a été fixé dans la section sur les voyages d'étude.

Deuxième terrain d'enquête : la Suède

En Suède, la phase de prospection avec envoi des questionnaires a débuté en avril 2022 et le voyage d'étude s'est déroulé début octobre 2022. 6 mois ont donc été nécessaires pour trouver les contacts clés, faire passer le questionnaire et organiser la phase des entretiens. 145 personnes ont été contactées pour participer à notre enquête : 87 n'ont pas répondu ou ont refusé de participer, 58 nous ont conseillé des contacts et 8 ont complété un des questionnaires (Tableau 25). Ces participants sont des chercheurs, des associatifs, des entreprises et des institutionnels. Ces 8 répondants se sont vu proposer un entretien et 4 l'ont accepté. Les refus ont été motivés par les mêmes raisons qu'en Belgique (un manque de disponibilité ou de compétence). Certains enquêtés ont directement accepté notre demande d'entretien sans remplir le questionnaire au préalable - soit parce qu'ils ont été plus enclins à accepter un entretien plutôt qu'un questionnaire, soit parce qu'ils nous ont été recommandés par nos interlocuteurs sur place, ce qui nous a permis de réaliser **13 entretiens au total**.

La phase de prospection a été beaucoup plus longue et compliquée que pour la Belgique : nous avons contacté près du double de personnes pour obtenir moins de participants. La difficulté à identifier les contacts clés et la faible coopération des Suédois peuvent expliquer ce délai supplémentaire. Les nombreux refus et absences de réponse nous laissent supposer que notre enquête intéresse moins les Suédois, car nos deux systèmes de santé et notamment de délivrance des aides techniques diffèrent considérablement et, d'après nos interlocuteurs, il y a traditionnellement peu d'échanges entre les deux pays. Par ailleurs, l'envoi de courriers électroniques en anglais, pour une demande particulière et inattendue, et la présence d'un lien pouvant faire penser à un spam, ont pu orienter nos messages dans les courriers indésirables du destinataire ou être directement supprimés. Pour éviter cette éventualité, nous avons d'autant plus personnalisé nos courriels (en fonction de la profession de la personne) ou nous avons contacté directement les personnes par téléphone quand cela était possible. La recherche de contacts sur internet nous a également paru difficile, notamment pour trouver des numéros de téléphone et des adresses électroniques à jour sur internet, en particulier pour les chercheurs et les institutionnels. Nous avons notamment obtenu vingt réponses automatiques nous notifiant d'une erreur d'envoi, en particulier à cause d'un destinataire invalide. Une dizaine de numéros étaient également injoignables ou indisponibles. Les chercheurs travaillant sur le projet Compatec ne maîtrisant pas le suédois, la navigation sur des sites suédois n'était pas toujours aisée, notamment pour trouver des centres responsables de la fourniture d'aides techniques qui ont plusieurs dénominations possibles. Avec l'expérience, nous nous sommes aussi rendu compte que ces centres répondaient davantage lorsqu'on les sollicitait sur les recommandations d'une personne de leur connaissance, travaillant notamment dans un autre centre d'aides techniques.

L'objectif d'obtenir au moins 2 réponses par questionnaire et au moins 10 entretiens a été rempli mais dans un temps deux fois plus long que pour la Belgique. Nous avons attendu d'obtenir suffisamment de réponses pour commencer à prospecter pour la phase des entretiens. Concernant le contenu des réponses, elles correspondaient globalement à notre compréhension du système suédois et les répondants n'ont pas rencontré de difficultés majeures à y répondre. Nous avons parfois dû leur spécifier de compléter le questionnaire uniquement pour la région dans laquelle ils travaillent car la plupart ne connaissaient pas les règles qui s'appliquent pour toutes les régions⁵³. Les aides techniques

⁵³ Les offres d'aides techniques, les restes à charge des usagers et les prix publics varient selon les régions.

étant achetées au niveau régional via des appels d'offres, la majorité des enquêtés n'avaient pas connaissance des prix d'achat par l'acheteur public. Ces prix ont pu être demandés à certains enquêtés au cours des entretiens ou trouvés sur internet pour certaines régions. Certains répondants aux questionnaires ont néanmoins pu nous informer sur le reste-à-charge des patients. Nous avons pour objectif de trouver des répondants pour au moins trois comtés ayant des caractéristiques sociodémographiques différentes, et nous y sommes parvenus moyennant un délai de recherche supplémentaire par rapport au temps passé pour la Belgique. Il nous est effectivement apparu nécessaire d'interroger plusieurs régions afin de comprendre les différences d'offres, de prix et restes-à-charge selon les régions, ainsi que les différentes mises en œuvre de la réforme du libre choix et ses premiers résultats au niveau local. C'est pourquoi nous avons interrogé (par questionnaire et entretien) des personnes travaillant dans cinq régions différentes (Stockholm, Norrbotten, Sörmland, Örebro et Scanie), dont les PIB par habitant sont hétérogènes, les localisations géographiques variées et les politiques publiques diverses (notamment concernant la réforme du libre choix).

Troisième terrain d'enquête : l'Angleterre

Nous avons pour objectif initial de trouver des répondants pour plusieurs nations constituant le Royaume-Uni mais cela s'est révélé plus ardu qu'envisagé. Par suite d'un retard dans le calendrier de l'étude, notamment dû à la pandémie de Covid-19 et aux difficultés de prospection en Suède, nous avons décidé de nous concentrer avant tout sur l'Angleterre, en étudiant plusieurs localités (Londres, Birmingham et Liverpool). En effet, sachant que chaque nation a son propre système de santé, étudier plusieurs nations aurait demandé beaucoup plus de temps et de recherches. L'Angleterre a été choisie car elle a pour particularité d'avoir mis en place le système voucher pour les fauteuils roulants (*Personal Wheelchair Budget*), et les contacts clés étaient plus faciles à trouver. En raison des différences locales dans la mise en œuvre de la réforme et dans la prise en charge des usagers d'aides techniques, il nous a semblé intéressant d'étudier plusieurs villes. Ces villes ont été choisies en raison de leur taille et des répondants aux questionnaires.

En Angleterre, la prospection en vue de l'envoi des questionnaires a commencé en janvier 2023 et le voyage d'étude a eu lieu en avril 2023. La prospection, la passation des questionnaires et l'organisation du voyage ont donc été réalisées en 3 mois. Nous avons contacté 127 personnes : 76 n'ont pas répondu ou ont refusé de participer, 44 nous ont conseillé des contacts et 7 ont rempli un des questionnaires (Tableau 25). Ces participants sont des chercheurs, des associatifs et des institutionnels. Parmi les 7 répondants, 5 ont accepté l'entretien que nous leur avons proposé. Certains enquêtés ont directement accepté notre demande d'entretien sans remplir le questionnaire au préalable - soit parce qu'ils ont été plus enclins à accepter un entretien plutôt qu'un questionnaire, soit parce qu'ils nous ont été recommandés par nos interlocuteurs sur place, ce qui nous a permis de réaliser **14 entretiens au total**.

L'objectif initial d'obtenir au moins 10 entretiens a été rempli mais pas celui d'obtenir au moins 2 réponses par questionnaire. Les questionnaires sur les aides auditives et les aides visuelles n'ont obtenu qu'une réponse chacun. Cela n'a toutefois pas empêché d'obtenir des entretiens par la suite qui ont confirmé et complété les informations des questionnaires remplis. Cela s'explique notamment par le fait que 2 personnes ont rencontré des problèmes techniques (réponses non sauvegardées) et n'ont pas pu répondre au questionnaire en ligne. De plus, il n'existe pas d'aides financières publiques pour les aides visuelles qui nous intéressent en-dehors du cadre de l'éducation ou du travail en

Angleterre, ce qui limite le remplissage du questionnaire à quelques questions. Nous pouvons dès lors conjecturer que les individus sollicités n'ont pas perçu l'intérêt de compléter ce questionnaire. Nous avons obtenu plus de réponses pour les fauteuils roulants (huit réponses), cette aide technique représentant un enjeu important du fait de l'instauration récente d'un système de voucher (*Personal Wheelchair Budget*) pour l'achat sur le marché privé.

Les répondants ont pu rencontrer certaines difficultés pour remplir les questionnaires, liées aux spécificités du système anglais. Certaines personnes nous ont spécifié que leurs réponses ne concernaient que leur localité et qu'il peut y avoir d'importantes variations dans la prise en charge des patients d'une localité à l'autre. Les aides techniques étant achetées au niveau national, la majorité des enquêtés n'avaient pas connaissance des prix d'achat par l'acheteur public. Ces prix ont pu toutefois être demandés à certains enquêtés au cours des entretiens ou trouvés sur internet. Les répondants aux questionnaires ont pu nous informer sur le reste-à-charge des patients.

La phase de prospection a duré moins longtemps que pour la Suède et à peu près aussi longtemps que pour la Belgique. Nous avons toutefois dû contacter plus de personnes qu'en Belgique. La recherche de contacts a été plus efficace car nous avons appris des expériences précédentes et amélioré notre approche ainsi que l'identification des contacts clés. Nous avons également pu bénéficier de contacts recommandés par d'autres chercheurs de l'IRDES. Le système anglais se rapprochant du système suédois, nous avons une meilleure idée des personnes importantes à contacter. Les interlocuteurs anglais ont été plus coopératifs que les Suédois, nos courriels ont effectivement reçu davantage de réponses, qu'elles soient positives ou non, ce qui a évité des relances inutiles. Cela peut entre autres s'expliquer par le fait que nos courriels sont écrits dans la langue des destinataires. Nous avons également eu plus de facilité à trouver les coordonnées à jour de notre liste de contacts et à naviguer sur les sites anglais. Nous avons néanmoins obtenu quinze réponses automatiques nous notifiant d'une erreur d'envoi à cause d'un destinataire invalide. Les Anglais ont par ailleurs posé davantage de questions sur notre étude et sur la protection des données avant d'accepter de participer à notre enquête. Comme évoqué plus haut, la recherche de contacts a également été plus intensive et plus restreinte dans le nombre de régions étudiées que pour les précédents terrains afin de pallier le manque de temps.

Tableau 25 : Nombre de personnes contactées et nombre de participants aux questionnaires et entretiens par pays

	Belgique		Suède		Royaume-Uni	
	Contactés	Réponses	Contactés	Réponses	Contactés	Réponses
Fauteuils roulants	15	6	19	4	36	5
Aides auditives	25	3	51	2	50	1
Aides visuelles	16	6	23	1	19	1
Questionnaire complet	17	0	52	1	22	0
Total des questionnaires envoyés	73	14	145	8	127	7
Entretiens⁵⁴	14	9	8	4	7	5

⁵⁴ Nombre de personnes contactées et nombre de répondants parmi les personnes qui ont déjà répondu à un des questionnaires.

Total des entretiens (y compris en ligne)		11		13		14
--	--	----	--	----	--	----

Ainsi pour chaque pays, le questionnaire a rempli ses objectifs dans un temps plus ou moins long. Nous allons maintenant revenir sur les points forts et les limites du questionnaire.

3. Bilan général sur le terrain à distance

Comme envisagé au moment de leur élaboration, les questionnaires ont permis de confirmer et compléter la revue de littérature, de récolter des données factuelles actualisées et de préparer l'organisation des voyages d'étude en filtrant les personnes expertes sur notre sujet. Pour chaque pays, les questionnaires ont confirmé et apporté des détails supplémentaires sur certains aspects tels que les parcours de soins des usagers, le modèle d'acquisition dominant pour chaque type d'aides techniques ainsi que sur les modalités de prise en charge et du suivi de l'utilisateur. Les réponses aux questionnaires ont même apporté des informations permettant de compléter les revues de littérature, en particulier concernant les modèles d'acquisition secondaires des aides techniques, les prix des aides techniques, les montants de remboursement (pour la Belgique), les restes à charge des usagers, le nombre de modèles disponibles pour chaque type d'aides et les différences locales ou régionales. Cependant, nous ne sommes pas parvenus à récolter tous les prix (publics ou privés) pour tous les modèles d'aides techniques qui nous intéressaient. Nous avons aussi repéré des marges de progression dans l'élaboration des questionnaires, grâce aux réponses inattendues et aux retours des répondants.

On peut notamment relever certaines limites dans la construction des questionnaires qui peuvent avoir conduit à réduire le nombre de participants. Une des limites que nous avons relevées *a posteriori* est la longueur des questionnaires. L'aspect chronophage du remplissage des questionnaires a pu décourager certains participants et nous avons d'ailleurs constaté que certains questionnaires n'ont pas été entièrement complétés, sans néanmoins savoir s'il s'agit d'un manque de temps, de motivation ou de compétence de la personne enquêtée. Certaines personnes ont dépassé la limite de temps pour remplir le questionnaire en ligne, conduisant alors à la suppression de leurs réponses, ou ont rempli le questionnaire en plusieurs fois sans sauvegarder correctement leurs réponses. Nous avons parfois pu proposer directement un entretien aux personnes concernées pour leur éviter de remplir plusieurs fois le questionnaire. Cependant, la longueur du questionnaire a l'avantage d'avoir sélectionné les interlocuteurs les plus motivés et les plus fins connaisseurs du domaine, ce qui était notre objectif. De même, il a permis de montrer notre propre expertise sur ce champ et donc notre légitimité. La plupart des répondants ont d'ailleurs accepté notre demande d'entretien et se sont révélés de très bons interlocuteurs pour notre étude.

Les questionnaires ont donc été un filtre efficace pour sélectionner les experts dans le domaine des aides techniques. Néanmoins, les questions ciblent avant tout les connaissances des acteurs de terrain. Nous recherchions également des personnes ayant une vision plus macroéconomique du système ou des spécialistes des politiques publiques en matière d'accès aux aides techniques, mais ces derniers ne pouvaient pas toujours répondre aux questionnaires. Les questionnaires n'ont donc pas permis de trouver suffisamment d'interlocuteurs variés pour la phase des entretiens, et nous avons dû

directement proposer un entretien aux personnes intéressantes à rencontrer mais qui n'avaient pas les connaissances nécessaires pour répondre aux questionnaires.

Par ailleurs, d'autres limites du questionnaire ont pu créer des incompréhensions. Le questionnaire ayant été réalisé de manière à pouvoir correspondre à plusieurs pays, certaines formulations générales ont pu prêter à confusion. Par exemple, à la question « Est-ce que Monsieur Smith doit déposer un dossier auprès d'une commission ou un comité ou un centre public spécialisé dans les aides techniques pour obtenir un financement public ? », les réponses se contredisaient pour un même pays en fonction des interprétations. On peut comprendre que M. Smith doit faire les démarches lui-même ou non, ou bien ne pas savoir quoi répondre s'il y a plusieurs commissions par exemple. De même, à la question : « Existe-t-il un ou des producteurs nationaux d'aides auditives », certains ont interprété le terme « nationaux » comme « publics ». Ces problèmes mineurs ont pu être facilement éclairés en entretien.

Quelques questions d'importance mineure ont abouti à des réponses contradictoires, notamment les questions sur les prescripteurs d'aides techniques (médecin, professionnel paramédical, centre spécialisé). Cela s'explique toutefois par l'existence de plusieurs parcours de soins pour l'accès à une aide technique au sein d'un même pays. Par ailleurs, la question concernant le nombre de modèles disponibles pour un type d'aides techniques était posée quel que soit le modèle d'acquisition mais elle semblait plus adaptée pour la location que pour l'achat, puisque l'offre n'est limitée que dans le premier cas. Pour éviter certains malentendus, nous aurions pu demander la localité pour laquelle l'enquêté répondait lorsqu'il existait des différences locales dans le financement et l'offre d'aides techniques. Ces questions auraient pu donc être modifiées, rajoutées ou supprimées.

Toutes les informations contradictoires, inattendues ou manquantes récoltées durant la phase des questionnaires ont pu être explicitées au cours de la phase des entretiens, compensant ainsi les limites des questionnaires. Nous avons ainsi procédé à une analyse individuelle puis collective des questionnaires pour nourrir les grilles d'entretien. Nous allons maintenant aborder la méthodologie et les objectifs des voyages d'étude.

D. Les voyages d'étude

Une fois les questionnaires complétés pour un pays, nous nous sommes rendus dans le pays pour mener des entretiens et des observations afin de mieux comprendre le fonctionnement de la fourniture des aides techniques et les réformes récentes. A la phase descriptive du terrain à distance réalisée en premier lieu répond donc cette phase à visée plus explicative. Trois voyages d'études ont ainsi été réalisés : en Belgique, en Suède et en Angleterre. Nous allons revenir sur la méthodologie de ces voyages d'études, leurs visées et les difficultés rencontrées.

1. Méthodologie de l'enquête de terrain : les voyages d'étude

La revue de littérature et les réponses aux questionnaires nous ont paru insuffisantes pour mener à bien notre étude, c'est pourquoi nous avons décidé de réaliser des entretiens et des observations durant des voyages d'étude. Nous allons voir en quoi cette méthode d'enquête nous a paru pertinente et complémentaire des précédentes, comment nous avons préparé ce terrain d'enquête et comment il s'est déroulé.

Définition et avantages du voyage d'étude

Un voyage d'étude peut être défini comme une expérience immersive sur le terrain visant à recueillir des données, à effectuer des observations directes et à interagir avec l'environnement ou les sujets d'étude. Il s'agit d'une approche pratique qui complète les méthodes de recherche traditionnelles en fournissant des informations contextuelles et en permettant aux chercheurs de développer une compréhension plus approfondie de leur sujet.

Selon Cohen, Manion et Morrison (2007), le terme "recherche sur le terrain" englobe diverses méthodes de collecte de données, y compris les entretiens, les observations directes, les enquêtes et les expériences pratiques. Les voyages d'étude offrent l'occasion de mettre en œuvre ces méthodes de manière intensive, souvent dans des environnements réels, afin d'obtenir des données riches et nuancées.

La littérature sur les apports des méthodes qualitatives et des voyages d'étude (Kivits Joëlle, et al., 2016 ; Marmor Theodore et al., 2009 ; Renjith Vishnu et al., 2021) nous a amené à repérer plusieurs avantages significatifs du voyage d'étude pour comparer des systèmes de santé dans différents pays :

- **La compréhension contextuelle** : les voyages d'étude offrent la possibilité d'observer et de comprendre le fonctionnement des systèmes de santé dans leur contexte local. Cela nous a permis d'appréhender les nuances culturelles, les pratiques spécifiques et les défis uniques auxquels chaque système de santé est confronté.
- **La collecte de données précises** : en se rendant sur place, nous avons pu collecter des données de manière directe et spécifique, et notamment interagir avec les professionnels de la santé, les responsables politiques et les bénéficiaires des services de santé pour obtenir des informations détaillées.
- **L'identification de bonnes pratiques** : en comparant différents systèmes de santé, nous avons pu identifier des bonnes pratiques et des réussites spécifiques à chaque pays. Ces exemples peuvent servir de modèles pour améliorer le système de santé français, en l'occurrence concernant le financement des aides techniques.
- **L'analyse comparative** : les voyages d'étude permettent une analyse comparative approfondie des politiques de santé (notamment la mise en place d'un voucher) et des politiques de financement (appels d'offres, forfaits de remboursement). Cela offre une perspective plus large pour évaluer les forces et les faiblesses de chaque système.
- **Les échanges d'expérience** : les interactions directes avec les professionnels de la santé, les chercheurs et les décideurs locaux favorisent les échanges d'expériences. Cela peut conduire à de futures collaborations internationales, au partage de connaissances et à la mise en œuvre de réformes basées sur des apprentissages mutuels.
- **La validation des théories** : ces voyages sont l'occasion de valider ou de remettre en question les théories établies en observant la réalité sur le terrain. Cela contribue à améliorer la validité externe des recherches et des conclusions.
- **L'élargissement de la perspective** : les voyages d'étude aident à élargir la perspective des chercheurs en les exposant à des approches différentes pour résoudre des problèmes de santé spécifiques. Cela peut inspirer de nouvelles idées et des innovations dans la recherche et la pratique.

Les objectifs des voyages d'étude

L'objectif premier de ces voyages d'étude était de réaliser des entretiens avec des personnes impliquées dans le système de fourniture des aides techniques afin de mieux le comprendre dans son état actuel. Il s'agissait en outre de questionner nos interlocuteurs sur les raisons qui ont amené chaque pays à apporter des modifications au système existant au cours des dernières années, sur l'ampleur des changements de politiques ainsi que sur ses conséquences à la fois pour les financeurs publics et pour les usagers, informations qui ne sont pas accessibles dans la littérature scientifique et la littérature grise. Enfin, un objectif subsidiaire consistait également à observer des lieux de distribution des aides techniques, comme des magasins ou des unités de soins, afin d'obtenir une compréhension concrète du fonctionnement du système actuel. Ces terrains d'enquête avaient pour vocation de consolider et d'approfondir nos savoirs récoltés au cours de la recherche bibliographique et par les réponses aux questionnaires. Il s'agissait notamment de combler les lacunes de la littérature sur les systèmes de financement et de fourniture des aides techniques ainsi que sur les conséquences des réformes récentes.

La méthodologie de l'enquête de terrain

Au sujet de la méthodologie mise en œuvre, nous avons choisi de réaliser des **entretiens semi-directifs**, c'est-à-dire organisés autour d'une série de questions ouvertes prédéterminées, les autres questions pouvant survenir du dialogue entre l'enquêteur et les personnes interrogées (Combessie, 2007). Ce choix a été guidé par la volonté d'approfondir les données récoltées lors de la phase des questionnaires et ne pas influencer les réponses des enquêtés avec des questions fermées. Par la **méthode compréhensive** (Kaufmann, 2016), l'enquêté est amené à expliquer le système selon ses propres références, en priorisant lui-même les informations qu'il juge importantes et en pouvant partager librement son point de vue sur les points forts et les points faibles du système. Les relances permettent de recadrer l'entretien sur les thèmes qui nous intéressent et d'aborder des points que nous jugeons obscurs. Dans le cas où nos enquêtés ne parvenaient pas à répondre aux questions généralistes, nous avons pu leur donner quelques exemples pour les aider.

Néanmoins, il ne s'agit pas seulement d'entretiens compréhensifs en tant que tels car nous cherchons également à **recueillir des données factuelles** précises sur les systèmes. En cela, notre méthode se rapproche d'un entretien directif ou d'un questionnaire (De Singly, 2020). En posant des questions plus ciblées, nous cherchons à actualiser des points de la revue de littérature, à lever des doutes sur le fonctionnement du système et à saisir l'écart entre la législation et sa mise en pratique. Les **thèmes** abordés au cours des entretiens étaient les suivants (annexe 4) :

- Le parcours de soins,
- L'accès à l'information,
- L'accompagnement de l'utilisateur,
- Les différents modèles de fourniture des aides techniques (prêt, location, achat),
- Le temps d'attente,
- Les aides financières,
- Les prix des aides techniques,

- Les restes-à-charge des usagers,
- La comparaison entre le marché privé et le marché public,
- Les systèmes d'approvisionnement,
- Le recyclage,
- La satisfaction des usagers,
- Le non-recours et le non-usage des aides techniques,
- Les inégalités d'accès aux aides techniques,
- Les origines et les évolutions du système,
- Les avantages, les inconvénients et les préconisations sur le système.

Seul le dernier thème amène à une évaluation subjective du système, où nous recueillons le point de vue de l'enquêté ou de son institution sur le système actuel et les réformes récentes. Nous ne procédons donc pas à une analyse du discours des personnes mais à une analyse du contenu. Nos déplacements se sont également différenciés des voyages d'étude traditionnels dans lesquels se réalisent des échanges professionnels moyennant rémunération, nos interlocuteurs ont accepté de répondre à nos questions de manière bénévole en nous recevant la plupart du temps dans leurs locaux professionnels. Les voyages et les entretiens se sont intégralement réalisés en binôme par l'équipe de l'IRDES.

Concernant **le choix des personnes interrogées**, comme mentionné plus haut, nous avons contacté dans un premier temps les personnes qui ont répondu aux questionnaires. Un des objectifs du questionnaire étant de trouver les bons interlocuteurs, c'est-à-dire ceux ayant une bonne connaissance du système de leur pays. Nous avons également proposé un entretien aux personnes qui n'avaient pas les compétences pour remplir le questionnaire. Dans un deuxième temps, nous avons demandé aux personnes ayant complété le questionnaire mais refusé l'entretien de nous recommander un autre interlocuteur, un collègue par exemple. Si ce n'était pas suffisant, nous avons cherché d'autres contacts sur internet, notamment des centres de soins ou des professionnels de santé. Enfin, les interlocuteurs rencontrés sur place nous ont également recommandé d'autres personnes à interroger.

La sélection des personnes interrogées devait respecter deux impératifs : celui de couvrir équitablement les trois types d'aides techniques étudiés dans le cadre du projet et d'équilibrer les différents types d'interlocuteurs (chercheurs, professionnels de santé, institutionnels et associatifs). Nous voulions alors interroger au moins 3 personnes par type d'aides techniques pour chaque pays, ce qui donne au moins une dizaine d'entretiens par pays. Nous avons parfois privilégié les interlocuteurs en lien avec l'aide technique la plus concernée par la récente réforme (fauteuils roulants en Belgique et en Angleterre, appareils auditifs en Suède).

Pour préparer les entretiens, nous avons préalablement élaboré des **grilles d'entretien** adaptées à chaque interlocuteur. Ces grilles ont été réalisées en s'appuyant sur les informations recueillies dans la revue de littérature et sur les réponses aux questionnaires. Certaines des réponses au questionnaire de l'enquêté ont notamment été copiées dans la grille pour demander de clarifier sa réponse (par exemple, sur la définition du « prix nomenclature » ou le calcul du reste-à-charge). Parfois la réponse de l'enquêté était comparée à celle d'autres enquêtés pour comprendre leurs divergences (par exemple sur les prescripteurs possibles pour obtenir une aide technique). Ces guides d'entretien visent ainsi à élucider les réponses contradictoires aux questionnaires, à obtenir des réponses sur les données manquantes, et à clarifier notre compréhension du système. Ils se présentent sous la forme d'un

tableau à 3 colonnes : une première colonne pour les thématiques abordées, une deuxième pour les questions ouvertes et une dernière pour les objectifs sous-jacents des questions posées pour chaque thématique (annexe 4). Des recherches préliminaires sur internet portant sur le parcours professionnel des personnes rencontrées ont permis d'adapter la grille en fonction de l'interlocuteur. Certaines grilles ont été envoyées aux enquêtés qui le demandaient quelques jours avant la tenue de l'entretien afin qu'ils puissent se renseigner pour répondre précisément aux questions, notamment concernant les prix ou les modèles d'aides techniques les plus courants. Cependant, cela n'a concerné que 2-3 interlocuteurs par pays car nous évitions de les envoyer à l'avance afin que les enquêtés ne préparent pas leur discours et ne soient pas influencés par notre cadre de pensée. Les informations demandées étant davantage objectives et nos connaissances préalables proches de la réalité du terrain, nous n'avons pas relevé de différences majeures entre les entretiens avec envoi préalable de la grille et les autres.

Le déroulé des entretiens et des observations

Durant les entretiens, nous commençons par nous présenter et détailler les visées du projet puis nous interrogeons les enquêtés sur leur activité professionnelle et leur rôle dans le système de fourniture des aides techniques. L'ordre des thématiques abordées et les relances ont pu différer selon les interlocuteurs et les pays, puis l'entretien s'est généralement terminé sur des demandes de suggestion de contacts pour notre enquête. Pour chaque pays, les grilles d'entretien ont été révisées régulièrement en fonction des entretiens déjà réalisés afin de prendre en compte nos nouvelles connaissances sur le système et ne pas répéter des questions dont nous connaissons déjà la réponse (sauf éventuellement pour confirmer des informations). Avec l'accord des enquêtés, les entretiens ont été enregistrés mais n'ont pas été retranscrits, ne faisant pas l'objet d'une analyse textuelle. Ils ont ensuite été analysés en regroupant les informations par thématiques.

En parallèle de ces entretiens, nous avons réalisé des observations ciblées (Knoblauch, 2005) dans des magasins d'aides techniques ou des unités de soins, et nous avons engagé des discussions informelles avec des vendeurs d'aides techniques. Ces observations ciblées étaient de durée courte et visaient à récupérer des informations brèves, précises et directement accessibles. Contrairement à l'observation directe, il ne s'agissait pas d'étudier les comportements des prestataires de soins ou des patients/clients. Les visites dans les magasins et cliniques privés duraient en moyenne un quart d'heure, le temps de relever des informations sur l'offre disponible, les prix et poser quelques questions aux vendeurs. Ces questions concernaient notamment l'accompagnement des clients, leur spécialisation produit, la clientèle ciblée, le niveau de prise en charge des aides techniques, la période d'essai et la garantie des produits, la formation continue des vendeurs, le cas échéant les différences entre les marchés public et privé, les effets et leur point de vue sur la récente réforme. Quant aux visites des unités de soins, elles étaient assurées par les responsables de ces unités, à la suite de l'entretien avec eux. Ces visites commentées duraient en moyenne 20 minutes. Elles étaient l'occasion de comprendre l'organisation des soins et notamment le type de services proposés et leur importance, le type de professionnels y travaillant, la coordination entre les acteurs impliqués dans le circuit de distribution, la capacité de stockage et les produits en réserve, ainsi que le fonctionnement du recyclage des aides techniques.

Les lieux observés ont été choisis en fonction des suggestions de nos interlocuteurs ou selon la proximité géographique avec les lieux d'entretien ou nos lieux de séjour, et les horaires d'ouverture. Il s'agissait, dans la mesure du possible, de réaliser ces observations dans différentes régions et pour différents types d'aides techniques. Le but de ce terrain d'enquête additionnel était de comparer les prix et les offres entre les magasins, d'obtenir l'avis d'acteurs de terrain ainsi que de visualiser et de comprendre l'organisation des unités de soins. Cette approche vient ainsi compléter et illustrer les entretiens. Pour préparer ce terrain d'étude, nous avons préalablement rédigé un guide d'observation où étaient notés les points à observer et les questions à poser (Combessie, 2017 ; Kivits Joëlle, et al., 2016). Ces observations et entretiens informels ont fait l'objet d'une prise de notes qui a permis d'enrichir l'analyse des entretiens semi-structurés.

Après la préparation des guides d'entretien et d'observation, et la programmation des rendez-vous pour chaque pays, nous avons pu effectuer les voyages d'étude.

2. Bilan de l'enquête de terrain

Le dessein des voyages d'étude était de réaliser dans chaque pays une dizaine d'entretiens et visiter au moins trois boutiques ou cliniques privées. Cet objectif chiffré a été fixé afin de pouvoir récolter toutes les données répertoriées dans les guides d'entretien et d'observation, et d'avoir suffisamment de sources diverses pour croiser les informations. Dans chaque pays, la préparation de l'enquête de terrain a permis de récolter les informations attendues. Le choix des enquêtés s'est révélé approprié, en partie grâce au filtrage des questionnaires. Comme évoqué auparavant, certains enquêtés, choisis sans l'aide des questionnaires mais par le biais de la littérature, se sont toutefois montrés pertinents. Les enquêtés ont été fiables et disponibles pour répondre à nos questions, et les visites des centres de soins ont souvent été proposées par les enquêtés eux-mêmes. Seuls les cliniques privées et les magasins ont été plus réticents à participer à notre enquête, ce que nous n'avions pas anticipé. Cette difficulté aurait pu être contrée en prenant des rendez-vous au préalable avec eux et en demandant davantage de conseils aux enquêtés pour les identifier et les choisir. Cela aurait néanmoins demandé beaucoup plus de préparation en amont du voyage. Malgré cette gêne, nous sommes parvenus à observer plusieurs lieux de fourniture d'aides techniques dans chaque pays. Nous allons maintenant revenir sur les résultats obtenus et les difficultés rencontrées dans chaque pays.

Premier terrain d'enquête : Belgique

Le premier voyage d'étude a eu lieu en Belgique, du 15 au 24 février 2022. Nous nous sommes rendus dans les régions de Bruxelles-capitale et de Wallonie, pour pouvoir comparer ces deux régions. Bien que nous ne nous sommes pas rendus en Flandres, nous avons toutefois interrogé des néerlandophones sur le fonctionnement du système de santé flamand. Au total, nous avons mené 11 entretiens : 8 en présentiel et 3 en distanciel, 9 en français et 2 en anglais, 5 individuels et 6 collectifs, 7 avec des institutionnels et 4 avec des associatifs. Parmi ces entretiens, 4 portaient sur les aides visuelles, 4 sur les fauteuils roulants, 2 sur les appareils auditifs, et un portait à la fois sur les aides visuelles et les fauteuils roulants (voir tableau ci-dessous). A Bruxelles, un magasin vendant des fauteuils roulants et trois magasins d'appareils auditifs ont également composé notre terrain d'enquête, ce qui a été l'occasion d'observer l'offre et les prix proposés ainsi que d'interroger les

vendeurs sur leur métier, leur stratégie commerciale et leurs produits. Nous avons également réalisé 3 entretiens à distance, un pour des raisons sanitaires, et deux autres faisant suite aux recommandations d'interlocuteurs rencontrés sur place. Un entretien durait en moyenne une heure et quarante minutes. Le plus court entretien a duré quarante-cinq minutes et le plus long deux heures trente. En résumé, 11 entretiens ont été réalisés en Belgique et 4 boutiques observées.

Tableau 26 : Les institutions belges rencontrées

Nom de l'institution	Type	Aides techniques	Nombre d'interlocuteurs
Centre de Ressources et d'Évaluation des Technologies pour les personnes Handicapées (CRETH)	Association	Aides visuelles	3
Eqla	Association	Aides visuelles	1
Ligue Braille	Association	Aides visuelles	1
<i>Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap</i> (VAPH) – Agence flamande pour les Personnes handicapées	Institutionnel	Aides visuelles	2
Agence wallonne pour une Vie de Qualité (AViQ)	Institutionnel	Aides visuelles et fauteuils roulants	3
Mutualité chrétienne	Institutionnel	Fauteuils roulants	2
<i>De meerwaarde van sociaal ondernemen</i> (SOM) - Fédération des entreprises sociales	Institutionnel	Fauteuils roulants	1
<i>Vlaamse Sociale Bescherming</i> (VSB) - Protection sociale flamande	Institutionnel	Fauteuils roulants	6
Union professionnelle belge des technologies orthopédiques (UPBTO)	Association	Fauteuils roulants	1
Cliniques universitaires Saint-Luc	Institutionnel, Universitaire	Appareils auditifs	3
Centre d'audiologie de l'hôpital St Luc ; Centre auditif à Bruxelles	Institutionnel	Appareils auditifs	1

L'objectif initial était de trouver une variété d'interlocuteurs pour chaque aide technique, variété qui n'a pas été systématiquement possible pour toutes les aides techniques. Il faut ainsi souligner que cet objectif ne correspondait pas à la réalité du terrain. En effet, excepté pour les aides auditives, nous n'avons pas trouvé de chercheurs spécialisés sur notre thématique de recherche. Nos interlocuteurs nous ont fait part du manque d'étude sur le financement et la distribution des aides techniques, notamment sur les prix, les restes-à-charge et la satisfaction des patients, ainsi que sur la réforme de régionalisation. Concernant les aides visuelles, nous avons interrogé en priorité des associations car celles-ci jouent un rôle primordial dans l'accompagnement des personnes déficientes visuelles en Belgique. Au contraire, pour les appareils auditifs et les fauteuils roulants, les associations jouent un rôle très limité, qui se concentre sur le lobbying. Le financement étant régional pour les aides visuelles et les fauteuils roulants, il nous a paru pertinent d'interroger plusieurs agences régionales afin de saisir les différences d'offres et de prise en charge entre les régions. La distribution et le financement des appareils auditifs sont gérés au niveau national ; les interlocuteurs que nous considérons alors les plus

pertinents sont les audiologistes du privé et du public. La récente réforme de régionalisation n'impactant que les fauteuils roulants, nous nous sommes intéressés à tous les interlocuteurs concernés par la réforme (agences régionales, mutualités, orthopédistes-orthésistes, patients, union professionnelle), ce qui explique le nombre plus important de personnes interrogées.

Cette étude de terrain s'est déroulée sans présenter de difficultés majeures. Un seul rendez-vous a été annulé en dernière minute, qui concernait un vendeur de fauteuil roulant. Quelques embûches se sont toutefois présentées sur le terrain d'observation. Nous avons effectivement essuyé une dizaine de refus dans les magasins d'appareils auditifs. Cela peut s'expliquer par le fait que les audioprothésistes doivent respecter un agenda strict de rendez-vous, leur laissant peu de disponibilités pour répondre à nos questions. Par ailleurs, nous avons trouvé peu de magasins de fauteuils roulants accessibles en centre-ville, et nous n'avons pas toujours la possibilité de nous rendre en périphérie compte tenu des contraintes temporelles inhérentes au voyage.

Second terrain d'enquête : Suède

Le second voyage d'étude s'est déroulé en Suède, du 9 au 22 octobre 2022. Nous nous sommes rendus dans les comtés de Stockholm, de Södermanland, de Norrbotten et de Scanie, afin de pouvoir les comparer. Au total, nous avons mené 13 entretiens : 11 en présentiel et 2 en distanciel, tous en anglais, 9 individuels et 4 collectifs, 7 avec des institutionnels, 3 avec des entreprises, 2 avec des associatifs et 1 avec une chercheuse. Parmi ces entretiens, 2 portaient sur les aides visuelles, 4 sur les fauteuils roulants, 4 sur les appareils auditifs, 2 portaient sur toutes les aides et 1 portait à la fois sur les aides auditives et les fauteuils roulants (voir tableau ci-dessous). Un entretien durait en moyenne une heure et trente minutes. Le plus court entretien a duré une heure et le plus long deux heures et quart.

Les trois entretiens avec des responsables de centres de fourniture d'aides techniques ont également été l'occasion de visiter les centres, et ainsi d'observer leurs activités et leur organisation, de mesurer l'importance de chaque service (stockage, maintenance, recyclage), et d'adapter les questions que nous avons préparées. Par ailleurs, nous nous sommes rendus dans des cliniques privées spécialisées dans l'audition à Stockholm, sans prise de rendez-vous préalable⁵⁵. Nous nous sommes concentrés uniquement sur le marché privé des appareils auditifs, car les marchés privés concernant les autres aides techniques se sont très peu développés. Le choix des magasins ou cliniques privées⁵⁶ a été guidé par la volonté de diversifier les marques d'appareils auditifs proposés. Pour donner suite aux recommandations de certaines personnes enquêtées, nous avons aussi réalisé deux entretiens à distance à notre retour en France. En tout, 13 entretiens ont été réalisés et 4 magasins et cliniques privées visités.

Tableau 27 : Les institutions suédoises rencontrées

Nom de l'institution	Type	Aides techniques	Nombre d'interlocuteurs
Université d'Örebro	Institutionnel, Universitaire	Appareils auditifs	1

⁵⁵ Nos tentatives de prise de rendez-vous au préalable se sont révélées infructueuses.

⁵⁶ On trouve deux types de distribution privée des appareils auditifs en Suède : des magasins et des cliniques privées. Ces dernières se situent dans des immeubles en centre-ville et occupent souvent un étage.

Administration de la région Scanie	Institutionnel	Appareils auditifs	1
Clinique privée à Stockholm	Entreprise	Appareils auditifs	1
Clinique publique à Malmö	Institutionnel	Appareils auditifs	1
Centre d'aides techniques à Boden	Institutionnel	Fauteuils roulants	1
<i>Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet</i> (DHR) – Participation, pouvoir d'action et liberté de mouvement	Association	Fauteuils roulants	1
Centre privé de fauteuils roulants Sodexo à Stockholm	Entreprise	Fauteuils roulants	1
<i>Myndigheten för delaktighet</i> (MFD) – Autorité de participation	Institutionnel	Fauteuils roulants	2
<i>Synskadades Riksförbund</i> (SRF) – Association nationale des malvoyants	Association	Aides visuelles	2
Centre privé d'aides visuelles Sodexo à Stockholm	Entreprise	Aides visuelles	1
Centre d'aides techniques à Stockholm	Institutionnel	Fauteuils roulants, aides auditives et visuelles	2
Centre d'aides techniques à Eskilstuna	Institutionnel	Fauteuils roulants, aides auditives et visuelles	1
Administration sanitaire et médicale de Stockholm	Institutionnel	Fauteuils roulants et aides auditives	2

Le nombre et le type d'interlocuteurs sont assez similaires pour les trois types d'aides techniques mais différent par rapport à la Belgique, ce qui s'explique par l'organisation du système suédois. Peu d'associations ont été interrogées car elles n'interviennent pas dans l'accompagnement des usagers et ne proposent pas de financement. Certaines associations (notamment pour les fauteuils roulants) véhiculent cependant des informations sur le parcours de soins et l'offre disponible. Comme pour la Belgique, nous n'avons pas rencontré de chercheurs spécialisés sur notre thématique de recherche excepté pour les aides auditives. Nos interlocuteurs nous ont aussi fait part du manque d'études sur le financement et la distribution des aides techniques, et du manque d'évaluation sur la réforme du Libre choix. Pour les trois types d'aides, nous avons principalement interrogé les responsables des centres distribuant des aides techniques, qui ont les connaissances les plus poussées sur le financement et la fourniture des aides, et des responsables des appels d'offre. En raison de l'émergence du marché privé, des acteurs privés et publics ont été choisis.

Peu de difficultés se sont présentées lors de ce voyage d'étude. Les difficultés se sont davantage manifestées en amont, au moment de la prise de contact. En effet, la moitié des répondants aux questionnaires ont refusé notre demande d'entretien, nous amenant à trouver des participants par d'autres moyens. Nous avons notamment demandé des recommandations aux répondants ou à des personnes qui n'ont pas réussi à répondre aux questionnaires mais qui pourraient avoir une vision plus globale du système. Nous avons également cherché des centres d'aides techniques sur internet en leur proposant directement un entretien, ou pris contact avec les administrations régionales. Malgré cette

recherche laborieuse, sur place, nos interlocuteurs se sont montrés fiables, accueillants et disponibles, et nous ont fourni des informations déterminantes. Nous avons essuyé moins de refus d’entretien des cliniques privées qu’en Belgique (environ 3-4 refus) mais les horaires d’ouverture restreints ont limité nos possibilités de visite. Le nombre de cliniques privées étant plus faible en Scanie qu’à Stockholm, et notre temps sur place plus limité, nous n’avons malheureusement pas pu visiter de cliniques dans cette région, la seule avec Stockholm où le marché privé de l’audition s’est développé. Une problématique supplémentaire s’est posée par rapport à la Belgique : la barrière de la langue. Les Suédois rencontrés avaient globalement un bon voire un très bon niveau d’anglais mais ils n’étaient pas tous familiers du vocabulaire technique en lien avec les aides techniques. Pour remédier à cela, nous leur avons transmis un lexique traduit en trois langues (anglais, français et suédois), et nous leur avons laissé la possibilité d’utiliser un logiciel de traduction pendant l’entretien.

Troisième terrain d’enquête : Angleterre

Le dernier voyage d’étude a eu lieu en Angleterre, du 10 au 19 avril 2023. Nous nous sommes rendus à Londres, Birmingham et Liverpool, afin de pouvoir appréhender les différences régionales. Au total, nous avons mené 14 entretiens : 7 en présentiel et 7 en distanciel, tous en anglais, 13 individuels et 1 collectif, 4 avec des institutionnels, 6 avec des associatifs, 3 avec des institutionnels universitaires, 1 avec un institutionnel associatif. Parmi ces entretiens, 4 portaient sur les aides visuelles, 8 sur les fauteuils roulants et 2 sur les appareils auditifs (voir tableau ci-dessous). Un entretien durait en moyenne une heure et dix minutes. L’entretien le plus court a duré trente minutes et le plus long deux heures et dix minutes.

Les entretiens avec des directeurs de services responsables de la fourniture d’aides techniques ont également été l’occasion de visiter leurs hôpitaux et leurs centres de rattachement, et ainsi observer leurs activités et leur organisation, et adapter les questions que nous avons préparées. Nous avons également visité la boutique de l’association RNIB, principal distributeur d’aides visuelles au Royaume-Uni. Par ailleurs, nous nous sommes rendus dans des boutiques d’appareils auditifs à Londres, sans prise de rendez-vous préalable. Le choix des magasins a été guidé par la volonté de diversifier les marques d’appareils auditifs. A notre retour en France, nous avons aussi réalisé 7 entretiens à distance avec des personnes qui n’étaient pas disponibles pendant notre séjour en Angleterre. En tout, 14 entretiens ont été réalisés et 2 boutiques visitées. Nos interlocuteurs étaient tous anglais, excepté un Écossais⁵⁷.

Tableau 28 : Les institutions britanniques rencontrées

Nom de l’institution	Type	Aides techniques	Nombre d’interlocuteurs
Royal National Orthopaedic Hospital in Stanmore	Institutionnel	Fauteuils roulants	1
Posture and Mobility Group, Milton Keynes wheelchair service	Association, Institutionnel	Fauteuils roulants	1
Disability rights UK	Association	Fauteuils roulants	1

⁵⁷ Le but n’était pas d’étudier le système écossais en profondeur mais d’obtenir quelques éléments de comparaison afin de mettre en perspective les choix politiques du système anglais. Par exemple, l’Ecosse n’a pas fait le choix de recourir à la sous-traitance ou à mettre en place un voucher pour les fauteuils roulants.

Northwest London wheelchair service	Institutionnel	Fauteuils roulants	1
Back-Up Trust	Association	Fauteuils roulants	1
SMART Services at NHS Lothian, University of Dundee	Institutionnel, Universitaire	Fauteuils roulants	1
NHS England	Institutionnel	Fauteuils roulants	1
Spinal Injury Association (SIA)	Association	Fauteuils roulants	1
Royal National Institute of Blind People (RNIB)	Association	Aides visuelles	1
Wirral society	Association	Aides visuelles	1
Focus Birmingham, Anglia Ruskin University	Institutionnel, Universitaire	Aides visuelles	1
Low vision clinic at Aston University	Institutionnel, Universitaire	Aides visuelles	1
Royal National Institute for Deaf People (RNID)	Association	Appareils auditifs	1
Basildon University Hospital	Institutionnel	Appareils auditifs	2

Le nombre d'interlocuteurs varie selon le type d'aides techniques mais le type d'interlocuteur reste similaire. Le fonctionnement du système anglais nous a dicté ce choix. Comme pour la Belgique et la Suède, nous n'avons pas rencontré de chercheurs spécialisés sur notre thématique de recherche en raison du manque d'étude sur le sujet, en particulier concernant la réforme du *Personal Wheelchair Budget*. Pour les trois types d'aides, nous avons principalement interrogé les responsables des lieux de fourniture des aides techniques, qui ont des connaissances approfondies sur le système. Nos interlocuteurs sont plus nombreux et diversifiés pour les fauteuils roulants qui sont concernés par la mise en place récente d'un voucher pour l'achat sur le marché privé. Il s'agissait de disposer des points de vue de différents acteurs sur cette réforme (associations, patients, professionnels de santé, responsables de services de soins). Les aides visuelles ne faisant pas l'objet d'une prise en charge publique en-dehors des sphères de l'éducation et du travail, nous avons moins d'interlocuteurs à interroger (unités de soins, associations). Des associations ont été interrogées pour connaître leur point de vue sur ce manque de financement et mesurer dans quelle mesure elles participaient à le compenser. Seulement deux entretiens ont été réalisés pour les aides auditives, avec des interlocuteurs majeurs toutefois : l'un avec un responsable de la politique d'appel d'offre et une audiologiste en charge d'une unité d'audition, et l'autre avec un membre de la plus importante association pour les personnes déficientes auditives en Angleterre. Pour avoir une vision d'ensemble et comprendre le développement du marché privé, les entretiens ont été complétés par la visite de magasins d'appareils auditifs.

Quelques difficultés se sont présentées en amont du voyage d'étude, au moment de la prise de contact. En effet, l'identification des bons interlocuteurs n'est pas toujours évidente quand la littérature fait défaut sur le financement et la fourniture des aides techniques. D'autre part, en raison du grand nombre d'associations et du manque de lisibilité sur leur imbrication dans le système global, il a pu s'avérer compliqué de savoir lesquelles devaient être contactées en priorité. En effet, certaines dispensent des soins ou distribuent des aides techniques et financières en complément des organismes de soins traditionnels tandis que d'autres soutiennent de diverses autres façons les personnes ayant un handicap. De même, il n'a pas été aisé de cibler des spécialistes du sujet au Système National de Santé (*National Health Service, NHS*), au vu de la taille et de la complexité de fonctionnement de cette

institution. Certains contacts pertinents tels que des services de soins auditifs ou des centres distribuant des fauteuils roulants ont refusé de nous rencontrer par manque d'intérêt pour notre étude ou par manque de disponibilités. Pour ces derniers contacts, une demande de visite s'est avérée plus efficace pour relever le taux de réponse qu'une demande de remplissage du questionnaire, c'est pourquoi nous leur avons directement proposé un entretien en face-à-face.

A l'inverse, sur place, le choix des interlocuteurs s'est révélé pertinent ; nous avons pu récolter des informations de manière exhaustive. Nous n'avons pas rencontré d'imprévus importants, seul un interlocuteur nous a fait défaut. Concernant les boutiques et cliniques distribuant des appareils auditifs, une difficulté majeure a été de les identifier. Un grand nombre de boutiques indiquées sur internet n'existaient plus quand nous nous sommes rendus sur place, ce qui peut s'expliquer par la difficulté de se maintenir sur un marché particulièrement compétitif. Nous avons aussi aperçu très peu de boutiques d'appareils auditifs lors de nos déplacements dans les quartiers commerçants et nous avons essuyé quelques refus du fait du planning chargé des audioprothésistes. On trouve également des cliniques privées dispensant des appareils auditifs à une clientèle aisée, qui se situent dans des immeubles chics sécurisés et difficilement accessibles pour nous. Ces difficultés expliquent le peu de boutiques que nous avons pu questionner.

VI. Résultats : quel impact de la régulation des prix des aides techniques sur les dépenses publiques et les restes à charge des usagers ?

Les aides techniques sont un instrument essentiel de l'autonomie des personnes en situation de handicap et participent de leur qualité de vie (Denormandie et Chevalier, 2020). Tous les pays de l'OCDE sont confrontés à l'impératif de mettre en place des politiques de mise à disposition des aides techniques qui permettent de satisfaire une demande croissante sous la contrainte des budgets publics limités qui sont destinés à les financer (Peckham et al. 2021). Si la politique publique de mise à disposition des aides techniques est contrainte par l'impératif de veiller aux équilibres budgétaires, elle doit également se soucier des niveaux de restes à charge des usagers, qui lorsqu'ils deviennent excessifs, peuvent conduire à un renoncement aux soins et à l'équipement.

Il n'y a pour l'heure aucune politique de tarification et de remboursement des aides techniques unifiée à l'échelle européenne, la régulation demeure une compétence nationale, ce qui donne lieu à une variété assez importante de modèles de financement et de tarification des aides techniques (Schreyögg et al. 2009).

Une ligne de partage de ces modèles sépare toutefois ceux qui confient au marché public la distribution des aides techniques (Suède et Royaume-Uni) de ceux qui délèguent cette distribution au marché privé sans régulation du prix (France et Belgique). Dans la première configuration, le régulateur public se charge d'acquérir les aides techniques au niveau national ou régional, de les distribuer aux usagers, de les réparer ou les remplacer le cas échéant. Dans un tel système qui repose sur un marché public, le régulateur est contraint d'encadrer strictement l'offre d'aides techniques mises à disposition des usagers, les caractéristiques des produits ainsi que les prix. En contrepartie, les aides techniques sont mises à disposition sans reste à charge pour les usagers ou alors avec un faible reste à charge, ce qui

contraste avec ceux parfois conséquents auxquels sont exposés les usagers dans les systèmes de libre choix (IGAS, 2013). Dans les systèmes avec marché privé, la distribution des aides techniques est confiée à une multitude d'opérateurs privés qui peuvent référencer l'ensemble des aides techniques disponibles sur le marché et pratiquer des prix libres. Le régulateur public borne son intervention à la fixation de montants de remboursements publics qui couvrent généralement imparfaitement les prix, laissant d'importants restes à charge aux usagers.

La diversité des modèles de tarification des aides techniques devrait inciter à comparer les prix d'aides techniques comparables dans plusieurs pays mais la littérature sur ce sujet reste très rare (Summers, 2018). La France se définit comme un marché privé sur lequel les distributeurs fixent librement leurs prix. Toutefois, depuis 2021, le régulateur public a négocié avec les complémentaires santé privées une nouvelle politique -100% santé auditif- qui a pour objectif de supprimer le reste à charge des usagers sur un périmètre réduit d'aides auditives. L'utilisateur bénéficiant d'une complémentaire santé, est assuré d'avoir un reste à nul s'il opte pour des appareils auditifs de classe 1. Cette prise en charge se fait d'une part via l'assurance maladie et éventuellement la PCH et le financement complémentaire se fait par l'organisme privé (qui est donc souvent le financeur majoritaire de l'aide). Ainsi, cette politique régule l'ensemble des prix des appareils de classe 1, limités à 950 euros (y compris si l'utilisateur n'a pas de mutuelle). En revanche, cette négociation de prise en charge totale des appareils de classe 1 s'est faite au détriment du remboursement des appareils de classes 2. En effet, les prix des appareils et les remboursements des complémentaires santé demeurent libres dans les autres classes. Pour les appareils de classe 2, les remboursements des complémentaires santé, peuvent être inférieurs à la prise en charge des appareils de classe 1. L'Assurance maladie a donc doublé la prise en charge des appareils auditifs (passant de 60% de 199 euros à 60% de 400 euros) quelle que soit la classe des appareils auditifs ; les montants PCH n'ayant pas augmenté et venant en déduction du tarif LPP, cela implique une diminution de la prise en charge pour des appareils auditifs au titre de la PCH. La mutuelle intervenant après la PCH, le montant à verser pour permettre le reste à nul est donc réduit pour la complémentaire santé. Ainsi, la dépense privée finançant les appareils auditifs est diluée sur l'ensemble des adhérents de complémentaires santé. Des observateurs soutiennent déjà l'idée d'étendre le périmètre de la régulation aux autres aides techniques (Denormandie et Chevalier, 2020).

Dans ce contexte dans lequel la France a choisi de ne pas réguler les prix des aides techniques mais préfère introduire une politique co-financée par le public et les complémentaires santé de zéro reste à charge sur un périmètre restreint des aides techniques, notre étude vise à comparer deux types de politiques -celle des marchés publics qui procèdent à une régulation des prix via les appels d'offre *versus* celle des marchés privés sans régulation des prix- pour différents types d'aides techniques. L'objectif de cette comparaison est d'évaluer les conséquences de ces politiques à la fois en termes de dépenses publiques -i.e. les montants publics investis pour chaque aide technique dans chacun des systèmes- et en termes de restes à charge pour les usagers. En suivant cette grille d'analyse, la meilleure politique est présumée être celle qui minimise les dépenses publiques consacrées à la mise à disposition des aides techniques à niveau de qualité donnée tout en assurant les restes à charge les plus réduits pour les usagers. Cette comparaison qui a pour objectif de quantifier les bénéfices attendus d'une régulation des prix, tant sur les dépenses publiques engagées que sur les restes à charge des usagers, peut alimenter une réflexion sur les implications d'une absence de régulation des prix en France et les conséquences d'une extension de la politique 100% santé à d'autres aides techniques.

Dans cette étude, nous décrivons dans un premier temps la régulation par appels d'offre telle qu'elle est mise en œuvre en Suède et au Royaume-Uni ainsi que ses conséquences attendues en termes de dépenses publiques engagées et de restes à charge pour les usagers en l'opposant ensuite à l'absence de régulation des prix qui caractérise les systèmes français et belge. Dans un deuxième temps, nous comparons les niveaux de prix de neuf fauteuils roulants, de neuf aides auditives et de huit aides visuelles dans quatre pays (France, Belgique, Suède et Royaume-Uni) dans l'objectif de quantifier les écarts de prix qui peuvent exister entre deux modèles de tarification des aides techniques les plus opposés en Europe, ceux qui reposent sur une régulation stricte des prix assise sur des systèmes d'appels d'offre (Suède et Royaume-Uni) et ceux qui ne recourent à aucune régulation publique des prix (France et Belgique). Enfin, les bénéfices d'une régulation des prix sur les dépenses publiques et le niveau des restes à charge des usagers sont mis en perspective avec les limites des systèmes suédois et anglais.

A. Une régulation des prix des aides techniques assurée par des appels d'offre en Suède et au Royaume-Uni

En Suède et au Royaume-Uni, le contrôle des prix est assuré par des systèmes d'appels d'offre passés par le régulateur public -qu'il se positionne au niveau régional ou au niveau national-. Après avoir rappelé les principes des appels d'offre tels qu'ils sont pratiqués en Suède et en Angleterre, nous expliquons comment la régulation des prix et l'encadrement de l'offre sont censés réduire la dépense publique et les restes à charge des usagers dans ces systèmes.

1. Principes des appels d'offre

Une délimitation stricte du périmètre de ce qui est pris en charge

Dans les systèmes d'appels d'offre suédois et anglais, le régulateur public distribue lui-même les aides techniques et décide du périmètre des produits qui sont mises à disposition des usagers. Cette rationalisation de l'offre proposée permet aux organisateurs des appels d'offre de concentrer les commandes sur un nombre plus réduit d'aides techniques et donc d'augmenter les volumes dans le but de négocier avec les industriels des prix plus attractifs.

Une responsable des appels d'offre, ergothérapeute et consultante en aides techniques pour la région de Stockholm rencontrée au cours du voyage d'étude nous a précisé que le périmètre des aides prises en charge est décidé au niveau régional par une commission composée d'experts (professionnels de santé, associations, entreprises). Pour toute nouvelle aide technique qui n'a pas de fonctions déjà connues, la région doit se tourner vers cette commission pour faire part de ce nouveau besoin avant de l'admettre dans le périmètre des produits pris en charge par la région. Une analyse coût-efficacité, généralement sous-traitée à un centre d'économie de la santé, doit être conduite avant d'admettre un nouveau produit sur la liste. Des aides peuvent être rejetées en l'absence de preuve de l'efficacité médicale du nouveau produit. Les preuves de l'efficacité ne sont pas uniquement recherchées dans la littérature suédoise mais aussi dans la littérature internationale.

La délimitation du périmètre de la prise en charge « à la main » de chaque région suédoise constitue aussi un instrument de contrôle des coûts. Selon la présidente de l'association suédoise MFD, certaines

régions suédoises peuvent réduire l'offre de produits mis à disposition, ce qui s'est déjà produit dans quelques comtés qui ont décidé de transférer le coût de certaines aides techniques aux usagers (les couvertures lestées ne sont par exemple plus prises en charge par la région de Södermanland).

En Angleterre également, les *Integrated Care Boards* (ICBs), qui ont remplacé les *Clinical Commissioning Groups* (CCGs) en juillet 2022, ont en charge la mise en place des services de santé dans leur région à partir des fonds qu'ils reçoivent du *NHS England*. Les ICB doivent décider du périmètre des aides techniques qui sont prises en charge et qui sont distribuées aux usagers, en tenant compte du budget dont ils disposent. Pour respecter l'équilibre budgétaire, certaines ICB peuvent être amenées à réviser à la baisse l'offre des aides techniques mises à disposition, ce qui n'est pas sans occasionner des mécontentements d'usagers habitués à une offre plus étoffée.

Mise en concurrence des entreprises privées

Les appels d'offres sont des procédures par lesquelles l'acheteur public choisit l'offre économiquement la plus avantageuse, sans négociation, sur la base de critères objectifs préalablement portés à la connaissance des candidats. Les fournisseurs intéressés par le cahier des charges déposent leur candidature. Chaque fournisseur intéressé par une réponse à l'appel d'offres est dans une situation d'asymétrie d'information car il n'a pas connaissance des propositions des autres ni en termes d'approvisionnement proposé ni en termes de prix, ce qui incite chaque acteur à proposer une offre qu'il estime suffisamment compétitive pour pouvoir remporter l'appel d'offres. Le principe de l'offre « économiquement la plus avantageuse » implique une appréciation multidimensionnelle des soumissions en fonction du prix, des performances et d'un ensemble de paramètres matérialisant la qualité du produit ou du fournisseur (localisation, service après-vente, réputation, délais de livraison...) (Naegelen, 1990). A la fin des appels d'offre, les offres de chaque industriel sont publiées, ce qui révèle de l'information utilisable par chaque acteur pour candidater à un futur appel d'offres et calibrer une réponse susceptible d'être gagnante. En Suède, les appels d'offre régionaux ont été mis en place en 2010. Auparavant, un institut de santé national passait un accord avec les fournisseurs et tous les centres d'aides techniques de toutes les régions pouvaient bénéficier de cet accord. Désormais, chaque région doit préparer les appels d'offre qui concernent son approvisionnement. Le budget d'un appel d'offre est calibré sur la population de bénéficiaires, la croissance prévue de cette population, sur le budget précédent ainsi que sur les prescriptions qui ont été faites dans le passé, ce qui peut amener à analyser l'évolution des besoins au cours des quatre à six dernières années. Le système d'information permet d'avoir une visibilité sur les prescriptions passées.

Des experts de chaque type d'aides techniques se réunissent ensuite pour déterminer les besoins en aides techniques. Une analyse des nouvelles technologies disponibles sur le marché est également réalisée pour étudier la faisabilité de leur introduction dans l'appel d'offre. En Suède, cinq principaux industriels participent aux appels d'offre pour les aides auditives et un nombre équivalent est mobilisé pour les fauteuils roulants.

En Angleterre, le NHS passe les appels d'offre au niveau national et les industriels se positionnent pour y répondre. Les industriels doivent satisfaire à de nombreuses exigences en matière de stabilité financière, d'expérience et de connaissances du secteur. Quatre à cinq industriels de grande taille pour les fauteuils roulants et sept industriels pour les aides auditives participent habituellement à ces appels

d'offre, sans être tous retenus à chaque appel d'offre. Il est en général assez difficile pour un nouvel industriel d'entrer dans le processus des appels d'offre car il y a des barrières à l'entrée.

Les systèmes suédois et anglais retiennent donc un nombre limité d'offres, ce qui permet aussi de concentrer d'importants volumes de commandes d'aides techniques sur un petit nombre d'industriels, avec l'objectif de réduire les prix.

2. La régulation des prix et l'encadrement de l'offre sont censés réduire la dépense publique...

La régulation par appels d'offre permet d'obtenir des prix d'autant plus réduits que les volumes d'aides techniques sont élevés. En Angleterre, le NHS achète de très grandes quantités d'aides auditives pour tout le pays en même temps (1,5 millions d'aides auditives par an auprès de 7 différents offreurs (données 2023)), ce qui lui permet de négocier des prix variant entre 45£ et 100£ l'appareil auditif.

En Suède, la région Scanie qui est le troisième plus gros acheteur d'aides auditives du pays, peut compter sur cet effet volume pour négocier des prix plus réduits que d'autres régions commandant des volumes plus limités. En Suède, la tendance observée est celle d'un regroupement des comtés pour passer des appels d'offre sur certaines aides techniques, afin d'augmenter les volumes et ainsi obtenir des prix plus réduits. La région de Norrbotten s'est notamment associée à celle de Västerbotten, de Västernorrland et de Jämtland pour passer des appels d'offre qui concernent notamment les fauteuils roulants. De la même façon, la région Södermanland s'est associée à cinq autres régions pour ses appels d'offre pour acquérir des fauteuils roulants (Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna, Uppsala). En revanche, on peut supposer que les volumes peu importants d'aides visuelles commandées par les régions suédoises ne leur permettent pas d'obtenir des prix aussi compétitifs.

3. ... et les restes à charge des usagers

Dans les systèmes de distribution des aides techniques tels qu'ils sont mis en œuvre en Suède et en Angleterre, la mise à disposition des aides techniques se fait en règle générale sans reste à charge pour l'utilisateur. L'aide technique est prêtée à l'utilisateur et demeure la propriété du régulateur national ou régional qui prend également en charge les coûts de réparation ou de maintenance des aides techniques. Des exceptions ont commencé à faire leur apparition dans certains comtés suédois qui cherchent à trouver des nouvelles ressources financières en faisant par exemple payer les assurés pour les fauteuils roulants électriques (600 couronnes suédoises par an dans le comté de Södermanland, soit l'équivalent de 50€ par an). Toutefois, en règle générale, dans les systèmes anglais et suédois, le régulateur affiche une préférence pour le maintien d'une prise en charge intégrale des aides techniques mises à disposition des usagers, même si cela doit conduire à faire sortir du périmètre de prise en charge des aides techniques jugées moins prioritaires.

Au contraire, dans les systèmes dans lesquels la distribution des aides techniques se fait via le marché privé sans régulation des prix, le régulateur se borne à fixer des niveaux de remboursement qui ne dissuadent pas les industriels de fixer des prix plus élevés. Confronté à des prix plus élevés, le régulateur peut être contraint d'ajuster à la hausse les montants de remboursement pour éviter un accroissement excessif du reste à charge des usagers.

B. Prise en charge publique des aides techniques dans un système sans régulation des prix (France et Belgique)

1. Une régulation qui se limite à fixer des niveaux de remboursement

En France et en Belgique, la distribution des aides techniques est confiée à une multitude d'opérateurs dans le cadre d'un marché privé où chacun d'eux vend des aides techniques aux usagers en fixant librement ses prix. La régulation ne porte pas sur les prix mais sur les niveaux de remboursement par le financeur public principal, Assurance maladie obligatoire dans le cas de la France et AVIQ et VSB pour la Wallonie et la Flandre respectivement. Chaque pays a mis en place une liste positive d'aides techniques pour laquelle des niveaux de remboursement ont été fixés par les pouvoirs publics au niveau régional ou national. Dans la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) en France, aucun prix limite de vente n'est fixé mais pour les fauteuils roulants mais les distributeurs sont obligés de proposer des fauteuils au tarif de la sécurité sociale. On retrouve un tarif de responsabilité qui sert de base de remboursement pour l'aide technique (par l'Assurance maladie et la PCH), avec souvent un prix réel qui est déconnecté du tarif de responsabilité. Seule exception notable en France jusqu'à présent, le 100% santé auditif a introduit en 2019 un prix limite de vente pour les aides auditives de la classe 1 (950€), les aides de classe 2 restent sans limite de prix de vente.

En Belgique également, dans chaque région, on retrouve pour les différentes aides techniques une liste positive des produits pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire. Comme en France, chaque aide technique est associée à un tarif de responsabilité qui est utilisé comme base de remboursement. Pour les fauteuils roulants dont le financement a été basculé au niveau régional depuis 2019, chacune des deux principales régions (Flandre et Wallonie) dispose désormais de sa propre liste positive sur laquelle chaque fauteuil roulant est associé à une base de remboursement. La liste Wallonne est une réplique de l'ancienne liste qui prévalait à l'échelon national tandis que la liste Flamande est le résultat d'une réécriture en profondeur. Les montants des remboursements sont actualisés pour tenir compte de l'inflation. Mais les prix pratiqués par les opérateurs privés qui assurent la distribution des aides techniques en Belgique ne sont aucunement contraints de s'aligner sur ces montants de remboursement.

2. Une distribution confiée à une multitude d'acteurs privés qui peuvent pratiquer des prix libres et occasionner des restes à charge pour l'utilisateur

En France et en Belgique, la distribution des aides techniques est confiée à une multitude d'acteurs privés qui pratiquent des prix libres. En France, la seule protection financière assurée par le système de santé pour les fauteuils roulants est l'obligation de fournir un fauteuil roulant manuel ou électrique au tarif du remboursement de l'Assurance maladie. D'autres fauteuils peuvent bénéficier du même tarif de remboursement de l'Assurance maladie mais s'afficher à des prix beaucoup plus élevés. Le libre jeu du marché ne conduit pas véritablement à une guerre des prix. Les prix se maintiennent à un niveau élevé car la demande est relativement peu élastique au prix compte tenu du niveau élevé de solvabilisation publique et compte tenu du fait que les usagers peuvent difficilement se passer d'aides techniques. Dans de telles configurations de prix élevés, le régulateur se trouve à arbitrer entre deux objectifs non conciliables, celui de la réduction de la dépense publique et celui de minimisation du

reste à charge de l'utilisateur : la réduction de la dépense publique commanderait de diminuer les plafonds de remboursement mais cela revient à faire supporter à l'utilisateur un supplément de reste à charge. En France, l'absence de revalorisation du tarif de la Liste des Produits et Prestations (LPP) (prise en charge de l'Assurance maladie obligatoire et de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)) depuis plus de 20 ans montre que le choix du régulateur consiste plutôt à essayer de limiter la dépense publique en déportant les coûts sur l'utilisateur qui endosse des restes à charge plus élevés. Ce choix du régulateur français de limiter la dépense publique est encore plus radical dans le cadre du 100% santé auditif qui déporte sur les complémentaires santé -donc un acteur privé- une partie de la dépense, dans l'objectif d'assurer un reste à charge nul pour les usagers qui optent pour le panier d'aides auditives concerné.

Pour analyser l'impact de la régulation des prix des aides techniques sur les dépenses publiques et les restes à charge des usagers, nous détaillons dans la section suivante la méthodologie qui a été suivie.

C. Méthodologie de comparaison des dépenses publiques et des restes à charge dans les deux systèmes

Chaque pays est comparé aux autres selon deux axes d'analyse : celui de la dépense publique définie par les montants publics investis pour chaque aide technique et celui du reste à charge de l'utilisateur. L'objectif de la comparaison est de quantifier l'impact d'une régulation des prix des aides techniques sur ces deux indicateurs, la dépense publique et le reste à charge individuel de l'utilisateur.

1. Une comparaison basée sur les dépenses publiques

En France et en Belgique, les prix des aides techniques sont des prix de marché puisque la distribution de ces aides techniques est confiée à une multitude d'acteurs privés. Pour autant, une partie de ces prix est couverte par des financements publics : par exemple, en France, l'assurance maladie obligatoire puis la prestation de compensation du handicap participent à la prise en charge financière des fauteuils roulants. Au contraire, en Suède et au Royaume-Uni, les prix affichés par les régulateurs publics historiques qui ont la charge de distribuer les aides techniques sont des prix complètement publics puisqu'ils correspondent exactement aux prix payés par l'acheteur public auprès des fournisseurs privés dans le cadre d'appels d'offre.

Les dépenses publiques associées à la distribution des aides techniques peuvent prendre différentes formes selon les pays et nous proposons de les comparer. Pour la Suède et le Royaume-Uni, nous récupérons les informations relatives aux prix payés par les acheteurs publics, soit chaque comté pour la Suède et les prix négociés par le NHS au Royaume-Uni. S'agissant de la France et de la Belgique, nous utilisons les informations sur les remboursements publics des aides, qui matérialisent les montants publics investis pour chaque aide technique. En Belgique, le financeur public est unique -qu'il soit situé au niveau national (Inami) ou régional- tandis qu'en France il convient d'en considérer plusieurs : Assurance maladie obligatoire, Prestation de Compensation du Handicap (PCH). Ainsi, pour chaque pays et pour chaque type d'aides techniques, nous allons comparer le montant dépensé par le financeur public pour la fourniture d'une aide technique spécifique.

En France, les fonds départementaux de compensation peuvent également intervenir pour limiter le reste à charge des usagers. En toute rigueur, la comparaison des dépenses publiques entreprise dans cette étude devrait donc intégrer l'étage de financement assuré par les fonds de compensation. Toutefois, il existe une variabilité très forte des règles mises en œuvre par chaque fonds de compensation départemental. Cette variabilité s'exprime tant au niveau des ressources collectées par le fonds -le nombre de financeurs et le montant de leur participation peuvent fluctuer très fortement selon les départements- qu'au niveau des règles d'attribution propres à chaque fonds (périmètre des aides techniques éligibles au financement, existence ou non de conditions de ressources conditionnant l'accès au financement du fonds de compensation...). Dans ces circonstances, nous faisons le choix de ne pas intégrer la participation des fonds de compensation dans le décompte des dépenses publiques consacrées à la distribution des aides techniques en France. Nous n'intégrons pas non plus l'intervention des fonds départementaux de compensation dans le calcul des restes à charge des usagers car les usagers n'y recourent pas systématiquement, de même que nous ne décomptons pas non plus la part financée par les contrats d'assurance complémentaire, faute de données disponibles. Dans les autres pays étudiés, notamment la Belgique et l'Angleterre, les complémentaires santé ne prennent pas du tout en charge les aides techniques, ainsi le reste à charge est bien le reste à charge final pour cette étude.

2. Une comparaison qui neutralise les différences de niveaux de vie entre pays

Par ailleurs, pour tenir compte des différences de niveaux de vie entre pays, les prix de chaque pays ont été recalculés en tenant compte des indices de pouvoir d'achat de l'OCDE 2022.

3. Une comparaison qui neutralise les différences de qualité des aides techniques

Les caractéristiques et les fonctionnalités des aides techniques peuvent varier de façon importante, même au sein d'une même catégorie (par exemple, les fauteuils roulants actifs). Pour neutraliser au maximum les différences qui peuvent exister entre ces aides, les informations sur les dépenses publiques et les restes à charge ont été recueillies dans la mesure du possible pour les mêmes modèles d'aides techniques dans tous les pays interrogés et aux mêmes dates (lorsque l'information était disponible).

D. Résultats de la comparaison des prix publics et des restes à charge

1. Comparaison des dépenses publiques et des restes à charge pour les fauteuils roulants

Tableau 29 : Comparaison des dépenses publiques consacrées aux fauteuils roulants selon les pays/régions

	Marché privé (absence de régulation des prix) Dépenses publiques (montants remboursés par les financeurs publics)			Marché public (régulation des prix) Dépenses publiques (prix d'achat des fauteuils roulants par le régulateur public)				
	France	Belgique (Flandre)	Belgique (Wallonie)	Suède (Stockholm) Prix région	Suède (Scanie) Prix région	Suède (Södermanland) Prix région	Suède (Norrbotten) Prix région	Angleterre (NHS)
Exemples de modèles								
Fauteuil roulant manuel de base								
INVACARE, « Action 3 NG » (code LPP : 4107723)	528€ (AMO : 528€ PCH : 0€) / 573€	733€/772€	Non référencé	238€ (2 795 SEK) [Panthera S3] */ 220€	459€ (5464 SEK) [ETAC, Cross 6] / 424€	400€ (4690 SEK) [Exigo Sunrise] / 370€	554€ (6500 SEK) [Etac Cross] / 513€	388€ (330€) [Sunrise Rubix] / 370€
VERMEIREN, « V500 » (code LPP : 4118193)	570€ (AMO : 570€ PCH : 0€) / 620€	733€/772€	758€/798€	Non référencé	Non référencé	Non référencé	Non référencé	Non référencé
SUNRISE MEDICAL, « Style X Ultra » (code LPP : 4107723)	528€ (AMO : 528€ PCH : 0€) / 573€	Non référencé	Non référencé	Non référencé	Non référencé	Non référencé	Non référencé	Non référencé
Fauteuil roulant actif								
INVACARE, « Action 5 rigid » (code LPP : 9124689)	528€ (AMO : 528€ PCH : 0€) / 573€	2 163€/2 277€	Non référencé	516€ (6 054 SEK) [Cross 6] / 478€	264€-618€ (3145-7356 SEK) / 244€-572€ (En fonction de la taille et du design)	1 099€ (12 900 SEK) [Panthera S3 Sunrise] / 1 018€	2 003€ (23 500 SEK) [Panthera] / 1 855€	846€ (720€) / 806€
QUICKIE « Life R » (code LPP : 9166630)	1 056€ (AMO : 528€ PCH : 528€) / 1 148€	2 163€/2 277€	Non référencé	Non référencé	1705€ (20300 SEK) / 1 579€	Non référencé	Non référencé	Non référencé

VERMEIREN « Sagitta » (code LPP : 9122064)	1 056€ (AMO : 528€ PCH : 528€) / 1 148€	2 163€/2 277€	2 235€/2 353€	Non référencé	1621€ (19300 SEK) / 1 500€	Non référencé	Non référencé	Non référencé
Fauteuil roulant électrique verticalisateur								
OTTO BOCK, « C 1000 SF » (code LPP : 9161615)	9 804€ (AMO : 4902€ PCH : 4902€) / 10 657€	Non référencé	Non référencé	Non référencé	Non référencé	Non référencé	4 219€ (49 500 SEK) [LEVO Sunrise] / 3 906€	Pas disponible par le NHS
PERMOBIL, « F5 Corpus VS » (code LPP : 9155483)	9 804€ (AMO : 4902€ PCH : 4902€) / 10 657€	6 367€/6 702€	6 580€/6 926€	11 079€ (130 000 SEK) / 10 258€	Non référencé	11 736€ (137 711 SEK) / 10 867€	Non référencé	Pas disponible par le NHS
SUNRISE MEDICAL, « Q 700 UP M » (code LPP : 9167090)	9 804€ (AMO : 4902€ PCH : 4902€) / 10 657€	Non référencé	Non référencé	Non référencé	7 726€ (92000 SEK) [SUNRISE, Levo Summit] / 7 154€	Non référencé	Non référencé	Pas disponible par le NHS

Lecture : La France dépense 573€ pour distribuer un fauteuil roulant correspondant au modèle « Invacare Action 3 NG », tandis que la Belgique dépense 772€ pour ce même fauteuil.

Notes : Pour la France, nous faisons l'hypothèse que l'utilisateur bénéficie d'un taux de prise en charge de 100% pour calculer la participation publique, alors qu'un taux de prise en charge de 60% peut aussi s'appliquer si l'utilisateur ne bénéficie pas d'une exonération du ticket modérateur (ni au titre d'une affection de longue durée ni au titre d'une pension d'invalidité).

Les chiffres en gras et noir correspondent aux dépenses en euros tandis que les chiffres en gras et vert correspondent aux dépenses après avoir pris en considération les différences de niveaux de vie entre pays neutralisées avec les indices de pouvoir d'achat de l'OCDE 2022.

Tous les modèles entre crochets dans le tableau sont des équivalents du modèle de référence.

AMO : Assurance Maladie Obligatoire. PCH : Prestation de Compensation du Handicap.

Indice pouvoir d'achat 2022 : France (92), Belgique (95), Royaume-Uni (105), Suède (108). Source : OCDE 2022. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CPL#>

Source France : monfauteuilroulant.com et tarifs LPP, données 2023.

Source Belgique (Flandre) : Productenlijst mobiliteitshulpmiddelen, Liste ide à la mobilité (24/05/2023).

Source Belgique (Wallonie) : <https://nomenwal.aviq.be/>

Source Suède (Stockholm) : Unités de fourniture d'aides techniques Hjälpmedel Stockholm et KommSyn (octobre 2022).

Source Suède (Södermanland) : Annelie Söderbäck (chef de section d'un centre d'aides techniques de Sörmland) (juin 2023).

Source Suède (Norrbotten) : Eva-Marie Fellermark, chef d'unité d'un service d'aides techniques, juin 2023.

Source Angleterre (NHS) : Nathan Robson (AJM Healthcare) (Avril 2023).

Parmi l'ensemble des pays comparés, les dépenses publiques les plus réduites sont celles du comté de Stockholm pour tous les fauteuils roulants manuels de base et les fauteuils roulants actifs. Les prix obtenus par le comté de Stockholm sont ainsi environ deux fois plus faibles que les dépenses publiques françaises pour les mêmes fauteuils (220€ versus 573€) et même entre 4 et 5 fois moins élevés que les dépenses publiques de Flandre et de Wallonie qui sont les plus élevées de la comparaison (respectivement 772€ et 798€). Chaque comté suédois pratique une politique d'appels d'offre qui regroupe l'ensemble des achats au niveau régional ce qui permet de négocier des prix plus réduits. Il existe toutefois d'importantes disparités selon les comtés suédois au niveau des prix obtenus dans les appels d'offre pour les mêmes fauteuils : ainsi le comté de Norrbotten affiche des prix entre 2 et 4 fois plus élevés que le comté de Stockholm, ce qui correspond à un niveau peu éloigné des niveaux de dépenses publiques qui prévalent en France. Les différences de performances en termes de politiques d'achat régional peuvent d'abord s'expliquer par des volumes d'achats variables d'une région à une autre : le comté de Norrbotten à l'extrême nord de la Suède est très peu densément peuplé et passe donc des commandes de fauteuils roulants pour une population restreinte, à l'opposé du comté de Stockholm qui est le comté le plus peuplé de Suède. D'après nos interlocuteurs, c'est ce problème de taille critique des comtés qui a pu amener certains d'entre eux à se regrouper pour centraliser des volumes de commandes plus conséquents et pouvoir ainsi bénéficier de prix plus compétitifs. Par ailleurs, tous les comtés suédois ne bénéficient pas de la même expérience en politique d'achat et plusieurs de nos interlocuteurs ont fait valoir des différences dans les « performances » de négociation selon les comtés. Malgré des effets volumes qui devraient largement favoriser l'Angleterre qui achète ses fauteuils roulants dans le cadre d'un appel d'offre passé au niveau national, le comté de Stockholm parvient à réaliser une meilleure performance en négociant des prix publics de fauteuils roulants manuels de base environ 68% plus faibles que ceux obtenus par le NHS en Angleterre. Ce résultat contre-intuitif peut s'expliquer de la façon suivante : plusieurs interlocuteurs anglais rencontrés lors de notre voyage d'étude nous ont expliqué que le NHS proposait également une offre de fauteuils roulants encore plus basique que celle que nous intégrons dans notre comparaison (Action 3), destinée à des utilisateurs plus occasionnels. Ces fauteuils, qui concentrent un volume de commande très important, sont négociés à des tarifs très agressifs (140£ soit l'équivalent de 161€) ; il est ainsi probable que l'effort de négociation se concentre sur ce type de fauteuils d'entrée de gamme, plus encore que sur les fauteuils que nous avons intégrés dans la comparaison. Par ailleurs, la différence de prix peut aussi potentiellement s'expliquer par des durées de contrats passés entre le régulateur et l'industriel plus longues en Suède qu'au Royaume-Uni, ce qui permet aux Suédois d'obtenir des tarifs plus compétitifs. Enfin, il y a peu de fabricants de fauteuils roulants en Angleterre et ils sont tous spécialisés ; dans ces circonstances, le NHS contractualise avec tous les fabricants, ce qui ne les place pas vraiment en situation de concurrence.

De façon générale, cette comparaison des prix des fauteuils roulants manuels de base et des fauteuils roulants actifs met en évidence la supériorité des systèmes de marchés publics dans leur capacité à réduire les dépenses publiques par rapport aux systèmes de marché privé sans régulation des prix. Cette efficacité des marchés publics est toutefois tributaire des conditions de bon fonctionnement des appels d'offre : multiplicité des offreurs pour qu'une véritable concurrence en prix puisse s'exercer et effet volume suffisant pour garantir des prix compétitifs.

Les dépenses publiques françaises sont en moyenne de 30% à 35% moins élevées que celles qui prévalent en Flandre et en Wallonie pour les fauteuils roulants manuels de base (pour des niveaux de restes à charge nuls pour tous les usagers dans tous les pays, voir tableau 30) et environ deux fois plus

faibles dans la catégorie des fauteuils roulants actifs. Toutefois, les dépenses publiques plus élevées engagées dans les régions belges permettent d'assurer un reste à charge nul à l'utilisateur dans la catégorie des fauteuils roulants actifs, ce qui n'est pas le cas en France où les restes à charge d'un fauteuil roulant actif vont s'établir entre 286€ et 1 132€ (en tenant compte de la parité de pouvoir d'achat) environ après intervention de l'Assurance maladie obligatoire et de l'intervention éventuelle de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). La France et la Belgique sont des marchés privés sans régulation des prix, ce qui les expose à un arbitrage entre la dépense publique engagée dans les aides techniques et le reste à charge de l'utilisateur. S'agissant des fauteuils roulants actifs, les deux pays règlent cet arbitrage différemment : la France a des remboursements publics moins élevés que la Belgique (1 148€ versus 2 277€) ce qui expose les usagers à un reste à charge correspondant à la différence entre les prix pratiqués sur le marché privé et les remboursements publics (ici, entre 300€ et 1 100€). Au contraire, les régions belges assument d'augmenter les remboursements publics de façon à garantir une absence de restes à charge. Dans un cas comme dans l'autre, les deux pays subissent les conséquences d'une absence de régulation des prix.

Les fauteuils roulants électriques verticalisateurs sont des modèles très spécifiques pour lesquels il existe une demande beaucoup plus réduite que celle qui prévaut pour les fauteuils roulants manuels de base et les fauteuils roulants actifs. Compte tenu des volumes restreints, la régulation des prix par appels d'offre atteint ses limites : elle ne permet pas au régulateur de diminuer de façon importante les dépenses publiques consacrées aux achats de ces fauteuils. Dans ces circonstances, le régulateur public arbitre en faveur de l'utilisateur de façon à maintenir le reste à charge à un niveau nul ou très faible. C'est ce qui est observé dans le comté de Stockholm qui engage des dépenses publiques 4% moins élevées que celles de la France et 53% plus élevées que celles observées en Belgique. Ces dépenses publiques plus élevées dans les comtés suédois permettent de garantir aux usagers un reste à charge nul dans le comté de Norrbotten ou très réduit (de l'ordre de 40€ par an et par fauteuil dans les comtés de Stockholm ou de Scanie).

Dans les pays caractérisés par un marché privé sans régulation des prix, le reste à charge laissé à l'utilisateur peut s'élever à 19 000€ en France en parité de pouvoir d'achat (après intervention de l'assurance maladie obligatoire et de la PCH mais sans tenir compte de l'intervention éventuelle d'autres financeurs comme le fonds de compensation départemental ou les complémentaires santé) et même atteindre 25 600€ dans les régions belges. Les régions belges réduisent fortement leurs dépenses publiques mais en faisant peser d'importants restes à charge sur les usagers. La France et la Belgique procèdent donc à des choix de répartition de financements publics différents pour les fauteuils roulants : en Belgique, ils visent à supprimer les restes à charge des usagers qui font l'acquisition des fauteuils roulants manuels de base et actifs, soit la plus grande partie de la population concernée par les fauteuils roulants, même si cela laisse un reste à charge plus important pour les personnes qui ont un besoin de fauteuil roulant électrique verticalisateur. En France subsistent des restes à charge modérés (possiblement pris en charge par les organismes complémentaires) sur les fauteuils actifs mais les restes à charge associés aux fauteuils électriques verticalisateurs sont davantage écartés que ceux auxquels sont confrontés les usagers belges ; par ailleurs, ce différentiel est sous-estimé car il ne tient pas compte des autres co-financeurs possibles.

En Angleterre, le régulateur a opté pour un choix radical en faveur de la minimisation des dépenses publiques : le retrait du marché, ce qui permet de supprimer les dépenses publiques qui sont consacrées aux fauteuils roulants électriques verticalisateurs. Le NHS renonce à fournir des fauteuils

roulants électriques verticalisateurs, contraignant les usagers qui en ont besoin à se tourner vers le secteur privé -avec ou sans voucher-, en endossant un reste à charge très important, ou vers les organisations caritatives.

Cette comparaison des dépenses publiques et restes à charge associés aux fauteuils roulants met en évidence l'intérêt d'une régulation des prix telle qu'elle est opérée sur les marchés publics par le biais des appels d'offre. Dès lors que l'appel d'offre permet d'instaurer les conditions d'une réelle concurrence entre les offreurs potentiels et que le volume concerné par l'appel d'offre est important (ce qui est le cas pour les fauteuils roulants de base et pour les fauteuils roulants actifs), ce mode de régulation permet à la fois de minimiser les dépenses publiques et de garantir un reste à charge nul pour les usagers. Toutefois, si l'une ou l'autre de ces conditions ne sont pas réunies, les appels d'offre ne permettent pas forcément d'atteindre des niveaux de dépenses publiques plus réduites que celles qui sont observées sur les systèmes de marché privé sans régulation des prix. Les pays caractérisés par un marché privé sans régulation des prix payent lourdement cette absence : la recherche d'une efficacité plus grande de la dépense publique ne peut passer que par une diminution des remboursements de fauteuils roulants, lourdement préjudiciable aux usagers qui endossent alors un plus fort reste à charge. Nos résultats plaident donc pour une régulation des prix des fauteuils roulants dans les pays caractérisés par un marché privé.

Tableau 30 : Comparaison des restes à charge des usagers de fauteuils roulants selon les pays/régions

	Marché privé sans régulation des prix*			Marché public avec régulation des prix				
Exemples de modèles	France**	Belgique (Flandre)	Belgique (Wallonie)	Suède (Stockholm)	Suède (Scanie)	Suède (Norrbotten)	Suède (Södermanland)	Angleterre (NHS)
Fauteuil roulant manuel de base	Reste à charge variable en fonction du modèle	Reste à charge variable en fonction du modèle	Reste à charge variable en fonction du modèle	Reste à charge invariable en fonction du modèle	Reste à charge invariable en fonction du modèle	Reste à charge invariable en fonction du modèle	Reste à charge invariable en fonction du modèle	Reste à charge invariable en fonction du modèle
INVACARE, « Action 3 NG » (code LPP : 4107723)	0€/ 0€ [Prix privé : 558,99€]	0€/0€ [Prix privé : 779,95€]	Non référencé	0€/0€	0€/0€	0€/0€	0€/0€	0€/0€
VERMEIREN, « V500 » (code LPP : 4118193)	0€/ 0€ [Prix privé : 603,65€]	0€/0€ [Prix privé : 779,95€]	0€/0€ [Prix privé : 790,19€]	Non référencé	Non référencé	Non référencé	Non référencé	0€/0€
SUNRISE MEDICAL, « Style X Ultra » (code LPP : 4107723)	0€/ 0€ [Prix privé : 558,99€]	Non référencé	Non référencé	Non référencé	Non référencé	Non référencé	Non référencé	0€/0€
Fauteuil roulant actif	Reste à charge variable en fonction du modèle	Reste à charge variable en fonction du modèle	Reste à charge variable en fonction du modèle	Reste à charge invariable en fonction du modèle	Reste à charge invariable en fonction du modèle	Reste à charge invariable en fonction du modèle	Reste à charge invariable en fonction du modèle	Reste à charge invariable en fonction du modèle
INVACARE, « Action 5 rigid » (code LPP : 9124689)	1 041€*/1 132€ [Prix privé : 1 645€]	0€/0€ [Prix privé : 2300,92€]	Non référencé	0€/0€	0€/0€	0€/0€	0€/0€	0€/0€
QUICKIE « Life R » (code LPP : 9166630)	442,02€*/480€ [Prix privé : 1 560€]	0€/0€ [Prix privé : 2300,92€]	Non référencé	Non référencé	0€/0€	Non référencé	Non référencé	0€/0€
VERMEIREN « Sagitta » (code LPP : 9122064)	262,67€*/286€ [Prix privé : 1 380,65€]	0€/0€ [Prix privé : 2300,92€]	0€/0€ [Prix privé : 2 331,12€]	Non référencé	0€/0€	Non référencé	Non référencé	0€/0€

Fauteuil roulant électrique verticalisateur	Reste à charge variable en fonction du modèle	Reste à charge variable en fonction du modèle	Reste à charge variable en fonction du modèle	Reste à charge invariable en fonction du modèle	Reste à charge invariable en fonction du modèle	Reste à charge invariable en fonction du modèle	Reste à charge invariable en fonction du modèle	Reste à charge invariable en fonction du modèle
OTTO BOCK, « C 1000 SF » (code LPP: 9161615)	16 525€*/17 962€ [Prix privé : 26 900€]	Non référencé	Non référencé	Non référencé	Non référencé	0€/0€	Non référencé	Pas disponible par le NHS Prix privé : 23 811€/22 677€
PERMOBIL, « F5 Corpus VS » (code LPP : 9155483)	17 269€*/ 18 771€ [Prix privé : 27 644€]	23 962,84€/25 224€ [Prix privé : 30 736,17€]	24 317,63€/25 598€ [Prix privé : 31 317,12€]	42,6€ (500 SEK) par an et par fauteuil / 39€	Non référencé	Non référencé	51,1€ (600 SEK par an) / 47€	Pas disponible par le NHS Prix privé : 37 068€/35 303€
SUNRISE MEDICAL, « Q 700 UP M » (code LPP: 9167090)	15 012€*/ 16 317€ [Prix privé : 25 387€]	Non référencé	Non référencé	Non référencé	42,6€ (500 SEK) par an et par fauteuil/ 39€	Non référencé	Non référencé	Pas disponible par le NHS Prix privé : 32 694€/31 137€

* Sur les marchés privés sans régulation de prix, le reste à charge correspond à la différence entre le prix payé sur le marché privé et les remboursements publics (par exemple, celui de l'Assurance maladie en France et la PCH).

** Après remboursement Assurance maladie et Prestation de Compensation du Handicap (PCH) mais sans prise en compte de l'intervention du fonds départemental de compensation ni de la complémentaire santé. Pour la France, nous faisons l'hypothèse que l'utilisateur bénéficie d'un taux de prise en charge de 100% par l'Assurance maladie obligatoire pour calculer le reste à charge, alors qu'un taux de prise en charge de 60% peut aussi s'appliquer si l'utilisateur ne bénéficie pas d'une exonération du ticket modérateur (ni au titre d'une affection de longue durée ni au titre d'une pension d'invalidité).

Notes : Les chiffres en gras en noir correspondent aux restes à charge en euros tandis que les chiffres en gras en vert correspondent aux restes à charge après avoir pris en considération les différences de niveaux de vie entre pays neutralisées avec les indices de pouvoir d'achat de l'OCDE 2022.

Tous les modèles entre parenthèses dans le tableau sont des équivalents du modèle de référence.

Indice pouvoir d'achat 2022 : France (92), Belgique (95), Royaume-Uni (105), Suède (108). Source : OCDE 2022.

<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CPL#>

Sources France : LPP et PCH

Source Belgique (Flandre) : *Productenlijst mobiliteitshulpmiddelen*, Liste des produits d'aide à la mobilité (2022)

Source Belgique (Wallonie) : <https://nomenwal.aviq.be/>

Sources Suède : Données 2022. Sites : 1177.se ; vardgivarguiden.se ; skr.se ; nllplus.se. Interlocuteurs : Annelie Soderback (Centre AT Södermanland), Eva-Marie Fellermark (Centre AT Norrbotten).

Source Angleterre (NHS): Nathan Robson (AJM Healthcare) (2022).

2. Comparaison des prix et des restes à charge des aides auditives

Tableau 31 : Comparaison des dépenses publiques des appareils auditifs (AA) selon les pays/régions

		Marché privé sans régulation des prix (sauf France 100% santé classe 1) Montants de remboursements publics		Marché public (régulation des prix) Prix publics (prix d'achat des appareils auditifs par le régulateur public).				
		France	Belgique	Stockholm (prix région)	Scanie (prix région)	Södermanland (prix région)	Norrbotten (prix région)	Angleterre (NHS)
Appareils auditifs	Exemples de modèles	Deux montants de remboursement, qui couvrent le coût du suivi de l'utilisateur, plus généreux pour les pertes auditives >70dB (600€) versus 400€ (pour <=70dB)	Un seul montant de remboursement national qui couvre le coût du suivi de l'utilisateur	Le prix public est celui de l'appareil, il n'inclut pas le coût du suivi de l'utilisateur	Un seul prix d'achat existe en Scanie : 1600 SEK = 136,3€. Le prix public est celui de l'appareil, il n'inclut pas le coût du suivi de l'utilisateur	La région ne propose que des AA de classe 3. Le prix public est celui de l'appareil, il n'inclut pas le coût du suivi de l'utilisateur	Le prix public est celui de l'appareil, il n'inclut pas le coût du suivi de l'utilisateur	
Classe 1								
RIC	OTICON Siya RIC (code LPP : 2351057)	400€ (AMO : 240€ PCH : 160€) / 435€	Pas de modèle équivalent	145€ (1 700 SEK) [Bernafon Zerena 5 minirite] / 134€	136,3€ (1 600 SEK) [Bernafon Alpha 9 minirite] / 126€	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent
CIC/IIC/ITE	SIGNIA Silk 3NX (code LPP : 2351057)	400€ (AMO : 240€ PCH : 160€) / 435€	Pas de modèle équivalent	179€ (2 100 SEK) [Bernafon Zerena 5 Custom] / 166€	136,3€ (1 600 SEK) [Bernafon Alpha 9] / 126€	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent
BTE	PHONAK B30 P (code LPP : 2351057)	400€ (AMO : 240€ PCH : 160€) / 435€	858€/ 903€	179€ (2 100SEK) [Bernafon Zerena 5 BTE] / 166€	136,3€ (1 600 SEK) [Bernafon Alpha 9 MNB] / 126€	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	52€ (45£) / 50€ Coût complet * : 438€ (380£) / 417€
Classe 2								

RIC	OTICON More 2 (code LPP : 2392530)	400€ (AMO : 240€ PCH : 160€) / 435€	Pas de modèle équivalent	128€ (1 500 SEK) [Phonak Audéo M70- RT] / 119€	136,3€ (1 600 SEK) [Phonak Audéo M90-RT] / 126€	Pas de modèle équivalent	120,3€ (1395 SEK) [Oticon More 1 Minirite T] / 111€	Pas de modèle équivalent
CIC/IIC/ITE	STARKEY Muse iQ i2000 (code LPP:2392530)	400€ (AMO : 240€ PCH : 160€) / 435€	858€/ 903€	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	120,6€ (1399 SEK) [Resound Quattro 9 ITE]/ 112€	Pas de modèle équivalent
BTE	SIGNIA Motion 5nX (code LPP :2392530)	400€ (AMO : 240€ PCH : 160€) / 435€	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	136,3€ (1 600 SEK) [SIGNIA Motion 13 7Nx] / 126€	Pas de modèle équivalent	141,3€ (1639 SEK) [Signia Motion 7X]/ 131€	Information manquante
Classe 3								
RIC	PHONAK Audéo Paradise 90R (code LPP : 2392530)	400€ (AMO : 240€ PCH : 160€) / 435€	858€/ 903€	154€ (1 806 SEK) [Signia Charge & Go 7X]/ 143€	136,3€ (1 600 SEK) [Signia Pure Charge&Go T 7AX] / 126€	136,3€ (1 600 SEK) / 126€	155,2€ (1800 SEK) / 144€	Pas de modèle équivalent
CIC/IIC/ITE	WIDEX Moment 440 CIC (code LPP : 2392530)	400€ (AMO : 240€ PCH : 160€) / 435€	Pas de modèle équivalent	190€ (2 230 SEK) / 176€	136,3€ (1 600 SEK) / 126€	Pas de modèle équivalent	116,9€ (1356 SEK) / 108€	Pas de modèle équivalent
BTE	STARKEY Livio AI 2400 BTE (code LPP : 2392530)	400€ (AMO : 240€ PCH : 160€) / 435€	Pas de modèle équivalent	190€ (2 230 SEK) [Widex Moment BTE 13 D 440]/ 176€	136,3€ (1 600 SEK) [Widex Moment BTE 13 D 440] / 126€	Pas de modèle équivalent	137,9€ (1599 SEK) [Resound Omnia RU977 DWC] / 128€	117€ (100€) / 111€ Coût complet : 507€ (435€) / 483€

Notes : Tous les modèles entre crochets du tableau sont des équivalents du modèle de référence.

Les chiffres en gras en noir correspondent aux dépenses en euros tandis que les chiffres en gras en vert correspondent aux dépenses après avoir pris en considération les différences de niveaux de vie entre pays neutralisées avec les indices de pouvoir d'achat de l'OCDE 2022.

Indice pouvoir d'achat 2022 : France (92), Belgique (95), Royaume-Uni (105), Suède (108). Source : OCDE 2022. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CPL#>

* Coût complet : en plus du prix de l'appareil auditif, il inclut le coût du parcours de soins de l'utilisateur par le NHS pendant une période de 4 ans.

Sources France : Plusieurs sites Internet consultés en 2022. Laboratoires-unisson.com ; vivason.fr ; ideal-audition.fr

Sources Belgique : Véronique Monteyne (Louvain) en novembre 2021 et Marie Baeckelandt en octobre 2023 (prix recommandés). Inami.

Sources Suède (Stockholm) : Informations fournies par les unités de fourniture d'aides techniques Hjälpmedel Stockholm et KommSyn (prix des derniers appels d'offre récoltés en octobre 2022).

Sites : Vardgivarguiden.se ; kommsyn.se.

Sources Suède (Scanie) : horsellinjen.se ; vardgivare.skane.se

Source Suède (Södermanland) : Annelie Söderbäck (chef de section d'un centre d'aides techniques de Sörmland) (prix des derniers appels d'offre récoltés en juin 2023).

Source Angleterre (NHS) : Adrian Davis (prix des derniers appels d'offre récoltés en avril 2023).

Les prix publics les moins chers pour les appareils auditifs sont obtenus au Royaume-Uni qui demeure le premier acheteur mondial (1,5 millions d'appareils auditifs par an). Le prix public d'un appareil de classe 1 au Royaume-Uni correspond à l'équivalent de 50€. En considérant le coût complet anglais – c'est-à-dire incluant en plus du prix de l'appareil auditif le coût du parcours de soins de l'utilisateur par le NHS pendant une période de 4 ans-, le montant s'élève à 417€, soit une dépense qui n'est que de 4% plus faible que le remboursement public français ; toutefois, en tenant compte du financement assuré par les couvertures complémentaires permettant de couvrir la dépense totale correspondant aux 950€, la dépense française demeure deux fois plus élevée que celle engagée par l'Angleterre. La dépense publique belge, qui intègre également le coût du suivi du patient, est également deux fois plus élevée que la dépense anglaise.

En Suède, les prix publics les plus faibles pour les aides auditives sont obtenus dans le comté de Scanie, qui affiche toujours des prix entre 6% et 40% inférieurs aux prix du comté de Stockholm, ce qui s'explique par les importants volumes d'aides auditives commandés en Scanie. Toutefois, même dans la région de Scanie, les prix obtenus par la région (sans inclure le coût du suivi) sont près de trois fois plus élevés par rapport à ceux négociés par le NHS (prix de la prothèse seule), dont les volumes de commande sont tellement importants qu'ils permettent d'obtenir des prix très réduits. La régulation des prix par appels d'offre permet aux comtés suédois de garantir les restes à charge les plus faibles, simplement équivalents au montant du prix d'une consultation et aux frais d'essai de l'appareil (au moment de son obtention), soit 67€ dans le comté de Stockholm (en parité de pouvoir d'achat) et 95€ en Scanie. En France, dans la classe 1, le prix des appareils est fixé administrativement à 950€ et l'utilisateur qui bénéficie d'une complémentaire santé n'endosse aucun reste à charge dans le cadre du dispositif du 100% santé (tableau 32). Le reste à charge est supporté à hauteur de 240€ par l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire et 160 euros de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) couvrant uniquement la part du ticket modérateur tandis que les complémentaires santé privées financent les 550 euros restants. Les prix et les remboursements des complémentaires restent en revanche libres pour les appareils de classe 2, ainsi que pour ceux de la classe 3. Les tarifs PCH n'ont pas évolué depuis 2008, date du dernier arrêté paru. Les montants de l'Assurance maladie obligatoire ont été revalorisés à 400€. La PCH n'intervient plus en dehors de la prise en charge du ticket modérateur. Compte tenu de ces montants de remboursements publics uniformes quelle que soit la classe (seul le fait d'avoir une perte auditive plus importante, supérieure à 70dB permet d'obtenir un remboursement forfaitaire plus élevé) et des niveaux de prix plus élevés pratiqués dans les classes 2 et 3, les restes à charge sont d'un niveau assez élevé (entre 750€ et 850€ dans la classe 2 et de plus de 1000€ dans la classe 3) quoique plus faibles que ceux qui prévalent en Belgique.

Contrairement à tous les autres pays inclus dans la comparaison, la Belgique ne procède à aucune régulation des prix des aides auditives et propose un remboursement public forfaitaire quelle que soit la catégorie d'aide auditive (903€ en parité de pouvoir d'achat). Cette absence de régulation des prix conduit aux restes à charge les plus élevés observés dans l'ensemble des pays comparés, de 536€ dans la classe 1 à 2 063€ dans la classe 3.

Tableau 32 : Comparaison des restes à charge des usagers d'appareils auditifs selon les pays/régions

		Marché privé Absence de régulation des prix (sauf France 100% santé classe 1)		Marché public Régulation des prix				
		France	Belgique (RAC moyen)	Suède ⁵⁸ (Stockholm)	Suède (Scanie)	Suède (Södermanland)	Suède (Norrbotten)	Angleterre (NHS)
Appareils auditifs	Exemples de modèles			RAC : frais visite médicale (250 SEK) et frais d'essai (600 SEK)	RAC : frais visite médicale (200 SEK) et frais d'essai (1000 SEK)	RAC : frais visite médicale (400 SEK) et frais d'essai (850 SEK)	RAC : frais visite médicale et frais d'essai	RAC nul quel que soit le modèle BTE (et quelle que soit la classe)
Classe 1								
RIC	OTICON Siya RIC (code LPP : 2351057)	0€ / 0€ [Prix privé : 950€]	Pas de modèle équivalent	72,4€ (850 SEK) / 67€	102,2€ (1200 SEK) / 95€	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent
CIC/IIC/ITE	SIGNIA Silk 3NX (code LPP : 2351057)	0€ / 0€ [Prix privé : 950€]	Pas de modèle équivalent	72,4€ (850 SEK) / 67€	102,2€ (1200 SEK) / 95€	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent
BTE	PHONAK B30 P (code LPP : 2351057)	0€ / 0€ [Prix privé : 950€]	509,4€ / 536€	72,4€ (850 SEK) / 67€	102,2€ (1200 SEK) / 95€	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	0€/0€
Classe 2								
RIC	OTICON More 2 (code LPP : 2392530)	685€* / 745€ [Prix privé : 1 085€]	Pas de modèle équivalent	72,4€ (850 SEK) / 67€	102,2€ (1200 SEK) / 95€	Pas de modèle équivalent	68,16€ (800 SEK) / 63€	Pas de modèle équivalent

⁵⁸ Pour toutes les régions suédoises, les frais « patient » sont les mêmes quelle que soit la classe ou le modèle d'appareil.

CIC/IIC/ITE	STARKEY Muse iQ i2000 (code LPP:2392530)	690€*/750€ [Prix privé : 1 090€]	1 509,4€/ 1 589€	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	68,16€ (800 SEK) / 63€	Pas de modèle équivalent
BTE	SIGNIA Motion 5nx (code LPP : 2392530)	790€*/859€ [Prix privé : 1 190€]	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	102,2€ (1200 SEK) / 95€	Pas de modèle équivalent	68,16€ (800 SEK) / 63€	0€/0€
Classe 3								
RIC	PHONAK Audéo Paradise 90R (code LPP : 2392530)	990€*/ 1 076€ [Prix privé : 1 390€]	1 959,4€/ 2 063€	72,4€ (850 SEK) / 67€	102,2€ (1200 SEK) / 95€	111€ (1 250 SEK) / 103€	68,16€ (800 SEK) / 63€	Pas de modèle équivalent
CIC/IIC/ITE	WIDEX Moment 440 CIC (code LPP : 2392530)	1 040€* /1 130€ [Prix privé : 1 440€]	Pas de modèle équivalent	72,4€ (850 SEK) / 67€	102,2€ (1200 SEK) / 95€	Pas de modèle équivalent	68,16€ (800 SEK) / 63€	Pas de modèle équivalent
BTE	STARKEY Livio AI 2400 BTE (code LPP : 2392530)	990€*/ 1 076€ [Prix privé : 1 390€]	Pas de modèle équivalent	72,4€ (850 SEK)/ 67€	102,2€ (1200 SEK) / 95€	Pas de modèle équivalent	68,16€ (800 SEK) / 63€	0€/0€

Note : Les chiffres en gras et noir correspondent aux restes à charge en euros tandis que les chiffres en gras et vert correspondent aux restes à charge après avoir pris en considération les différences de niveaux de vie entre pays neutralisés avec les indices de pouvoir d'achat de l'OCDE 2022.

Indice pouvoir d'achat 2022 : France (92), Belgique (95), Royaume-Uni (105), Suède (108). Source : OCDE 2022. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CPL#>

* Après remboursement Assurance maladie et Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

Sources France : Remboursement Assurance maladie (LPP) et PCH

Source Belgique : Inami.

Sources Suède : 1177.se ; horsellinjen.se.

Source Angleterre (NHS) : Adrian Davis (données 2022).

Cette comparaison montre que la régulation des prix par appels d'offre constitue un levier très efficace pour réduire les dépenses publiques consacrées à la distribution des aides auditives par rapport à des pays de marché privé qui ne procèdent à aucune régulation des prix : ainsi, le niveau des dépenses publiques -qui intègre le coût du parcours de soins par l'utilisateur- est plus de deux fois plus faible en Angleterre qu'en Belgique. C'est le même différentiel qui s'applique en France dès lors que l'on additionne à la participation publique celle des couvertures santé complémentaires, qui doivent couvrir le montant du prix réglementé de 950€. L'efficacité dans la gestion des dépenses publiques dans le système avec régulation des prix par appels d'offre permet de garantir une absence de reste à charge pour les assurés quelle que soit la classe de leur appareil. En Belgique, le remboursement forfaitaire est insuffisant pour couvrir un reste à charge qui n'est jamais nul et qui croît avec la classe choisie. Toutefois, les bons résultats obtenus par le système anglais de marché public par appels d'offre sont obtenus en concentrant tout l'effort d'approvisionnement sur les modèles BTE, seuls modèles d'appareils auditifs accessibles via le NHS, alors que l'offre est plus étoffée dans l'ensemble des autres pays inclus dans la comparaison.

La classe 1 des appareils auditifs permet de comparer les résultats obtenus dans deux configurations : une fixation administrative des prix en France dans le cadre du 100% santé dans laquelle le régulateur public impose de partager la solvabilisation des aides avec les assureurs privés et une régulation par appels d'offre en Angleterre. Si les deux dispositifs permettent de garantir une absence de restes à charge pour les usagers, à condition que les usagers français disposent d'une complémentaire santé, le niveau des dépenses publiques est toutes choses égales par ailleurs deux fois plus faible dans le système anglais que dans le système français si on intègre aux dépenses publiques françaises celles qui sont endossées par les complémentaires santé. Ces résultats interrogent sur le niveau du tarif administré qui a été choisi en France pour les appareils de la classe 1 et montrent le plus grand niveau d'efficacité associé à un prix négocié dans le cadre d'un appel d'offre. Cette régulation administrative n'est par ailleurs pas sans conséquence sur l'équité de traitement des usagers : elle améliore la situation des usagers qui vont opter pour la classe 1 et qui vont obtenir des aides auditives sans reste à charge alors qu'elles y étaient auparavant confrontées dans cette classe. Mais les usagers de la classe 1 sont plus souvent des personnes âgées dont les besoins de compensation peuvent être plus facilement satisfaits par les appareils qui figurent dans cette classe. Au contraire, les « jeunes sourds » dont les besoins les incitent plus souvent à opter pour des appareils de la classe 2 peuvent voir leur situation se détériorer car la négociation nouée entre l'Assurance maladie et les organismes de couverture complémentaire dans le cadre du 100% santé qui vise à solvabiliser intégralement les aides de la classe 1 se traduit par un relâchement des contraintes imposées aux complémentaires sur les autres classes. Ainsi, il n'y a pas de garantie de prise en charge minimale des organismes complémentaires ni dans la classe 2 ni dans la classe 3. Les usagers qui optent pour des appareils de la classe 2 ou 3 peuvent donc être moins bien remboursés qu'auparavant.

Sur les marchés privés sans régulation des prix, le régulateur est forcé de borner sa participation financière et contraint l'utilisateur à endosser des restes à charge élevés et croissants avec le niveau de la classe d'appareils auditifs choisis. Dans les marchés publics avec régulation des prix par appels d'offre tels que ceux des régions suédoises, le reste à charge demeure faible et invariable selon la classe choisie, ce qui favorise l'équité de traitement des patients en fonction de leur choix d'aide auditive. Toutefois, l'équité territoriale est loin d'être acquise en Suède où les disparités d'offre d'appareils auditifs distribués sur le marché public sont particulièrement accentuées : les régions de Stockholm et

de Scanie apparaissent bien dotées alors que l'offre de la région Norrbotten et plus encore celle de la région de Södermanland sont beaucoup plus réduites.

3. Comparaison des dépenses publiques et des restes à charge des aides visuelles

Tableau 33 : Comparaison des dépenses publiques pour les aides visuelles selon les pays/régions

		Marché privé (sans régulation des prix) Montants de remboursements publics		Marché public (régulation des prix) Prix publics (prix d'achat des aides visuelles par le régulateur public)			
		France	Belgique	Stockholm (Prix région)	Sörmland (Prix région)	Scanie (Prix région)	Angleterre
Aides visuelles	Exemples de modèles [Marque, modèle]						
Plage braille	• Freedom Scientific; Focus 14 5th generation	1 318€/ 1 433€	1 316€ / 1 385€	993€ (11 650 SEK) / 919€	1 099€ (12 900 SEK) [Focus 14 Blue] / 1 018€	985€ (11 700 SEK) [Focus 14 Blue V5] / 912€	Non disponible
	• Humanware ; Brailliant 14	1 180€/ 1 283€	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Non disponible
Télé- agrandisseur avec fonction vocale	• Humanware; Reveal 16i full HD	4 016€/ 4 365€	Pas de modèle équivalent	3 825€ (44 900 SEK) / 3 542€	1 525€ (17 900 SEK) [Magnilink Zip Premium FHD 17] / 1 412€	1 221€ (14 500 SEK) [Mezzo Focus 20 med X/Y bord] / 1 131€	Non disponible
	• Koba Vision ; Vocatex	4 550€/ 4 300€	4 277€ / 4 502€	1 465€ (17 200 SEK) [Low Vision International; Magnilink Zip 17]/ 1 356€	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Non disponible
Lecteur de livres (Daisy)	• Humanware ; Victor Reader Stream	319€/ 347€	300€/ 316€	253€ (2 970 SEK) / 234€	332€ (3 900 SEK) [Victor reader stream 2] / 307€	Pas de modèle équivalent	Non disponible

	<ul style="list-style-type: none"> Shinano Kenshi; PlexTalk Linio Pocket Humanware Victor Stratus 4 M 	319€/ 347€	Pas de modèle équivalent	290€ (3 400 SEK) / 269€	Pas de modèle équivalent	260€ (3 085 SEK) [Victor Reader Stratus 4]; 273€ (3 242 SEK) [i-Speak 2] / 241€	Non disponible
	<ul style="list-style-type: none"> Bones ; MileStone 312 ACE 	367€/ 399€	Pas de modèle équivalent	349€ (4 095 SEK) [Bones ; Milestone 212 Plus] / 323€	Pas de modèle équivalent	450€ (5 349 SEK) [Milestone 312] / 417€	Non disponible

Notes : Tous les modèles entre crochets du tableau sont des équivalents du modèle de référence.

Les chiffres en gras et noir correspondent aux dépenses en euros tandis que les chiffres en gras et vert correspondent aux dépenses après avoir pris en considération les différences de niveaux de vie entre pays neutralisées avec les indices de pouvoir d'achat de l'OCDE 2022.

Indice pouvoir d'achat 2022 : France (92), Belgique (95), Royaume-Uni (105), Suède (108). Source : OCDE 2022. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CPL#>

Sources France : Certam-avh.com / Sites des marques (Mai 2023).

Source Belgique : Pierre Muraille (CRETH) (Juillet 2021).

Source Suède (Stockholm) : Informations sur Stockholm fournies par les unités de fourniture d'aides techniques Hjälpmedel Stockholm et KommSyn (Octobre 2022).

Source Suède (Södermanland) : Annelie Söderbäck (chef de section d'un centre d'aides techniques de Sörmland) (juin 2023)

Source Angleterre (NHS) : visionaid.co.uk (Avril 2023).

Les écarts de dépenses publiques entre pays sont moins élevés pour les aides visuelles, hormis toutefois dans la catégorie des télé-agrandisseurs pour laquelle les dépenses suédoises sont plus de quatre fois plus faibles que celles qui prévalent en France. Dans cette catégorie, les comtés suédois garantissent les restes à charge les plus faibles à leurs usagers, correspondant au prix d'une consultation, soit l'équivalent de 20€ dans le comté de Stockholm et 16€ dans le comté de Sörmland.

La France et la Belgique, des marchés privés sans régulation des prix, sont confrontés à des niveaux de prix très comparables dans chacune des catégories d'aides visuelles. L'absence de régulation des prix contraint les régulateurs à fixer des forfaits de remboursement élevés qui garantissent l'absence de restes à charge pour les plages Braille (2800€ en France et 5900€ en Belgique) et les lecteurs de livres Daisy (2000€ en France et 3000€ en Belgique) (tableau 33). La situation des usagers de ces deux pays est même plus enviable que celle des usagers de Sörmland qui sont confrontés à un faible reste à charge (8 euros par an). La France et la Belgique font le choix de proposer ces forfaits élevés qui concernent une population cible réduite qui ne menace pas d'accroître excessivement les dépenses. Mais ces forfaits peuvent inciter les industriels à ajuster à la hausse leurs prix tant que ceux-ci demeurent couverts par le remboursement public. Les usagers de téléagrandisseurs sont en revanche exposés à des restes à charge qui demeurent conséquents malgré l'existence de forfaits de remboursements publics : 2 772€ en France et 713€ en Wallonie. C'est la seule catégorie d'aides visuelles dans laquelle les usagers français et wallons sont confrontés à des restes à charge.

En revanche, le Royaume-Uni se distingue dans cette catégorie par une politique radicale : le NHS ne prend pas en charge les aides visuelles, ce qui contraint la majorité des usagers déficients visuels à se les procurer sur le marché privé, reportant l'intégralité du reste à charge sur l'utilisateur. Certains usagers peuvent se procurer des aides auprès des organisations caritatives de personnes déficientes visuelles mais ce n'est pas un canal d'approvisionnement majoritaire.

L'avantage comparatif de la régulation des prix associée aux appels d'offre par rapport au libre jeu du marché des distributeurs privés semble être beaucoup plus réduit dans cette catégorie des aides visuelles. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les volumes d'aides visuelles commandées par les régions suédoises ne sont pas suffisamment importants pour que les industriels consentent à accorder des prix plus compétitifs que ceux qui sont obtenus dans les systèmes sans régulation de prix.

Tableau 34 : Comparaison des restes à charge des usagers d'aides visuelles selon les pays/régions

		Marché privé (sans régulation des prix)			Marché public (régulation des prix)			Marché privé sans intervention publique
		France*	Belgique (Flandre)*	Belgique (Wallonie)*	Suède (Stockholm)	Suède (Sörmland)	Suède (Scanie)	Angleterre
Aides visuelles	Exemples de modèles [Marque, modèle]				Frais visite médicale** : 21€ (250 SEK)	Frais visite médicale** : 17€ (200 SEK)	Frais visite médicale** : 17€ (200 SEK)	RAC = prix marché privé
Plage braille	• Freedom Scientific; Focus 14 5th generation	0€	0€	0€	0€	0€	0€	1 498€ (1 275£) / 1 427€
	• Humanware ; Brailliant 14	0€	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Non disponible
Téléagrandisseur avec fonction vocale	• Humanware; Reveal 16i full HD	2 016€/ 2 191€	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	0€	51,1€ (600 SEK) par an/ 47€ par an	0€	2 299€ (1 957£) / 2 190€
	• Koba Vision ; Vocatex	2 550€/ 2 772€	0€	677€ / 713€	0€	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	5 006€ (4 262£) / 4 768€
Lecteur de livres (Daisy)	• Humanware ; Victor Reader Stream	0€	0€	0€	0€	8,5€ (100 SEK) par an/ 8€ par an	Pas de modèle équivalent	426€ (363£) / 406€
	• Shinano Kenshi; PlexTalk Linio Pocket Humanware Victor Stratus 4 M	0€	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	0€	Pas de modèle équivalent	0€	518€ (441£) / 493€

	• BONES ; MileStone 312 ACE	0€	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	0€	Pas de modèle équivalent	0€	518€ (441£) / 493€
--	-----------------------------------	----	--------------------------------	-----------------------------	----	-----------------------------	----	-------------------------------------

Note : Les chiffres en gras en noir correspondent aux restes à charge en euros tandis que les chiffres en gras en vert correspondent aux restes à charge après avoir pris en considération les différences de niveaux de vie entre pays neutralisées avec les indices de pouvoir d'achat de l'OCDE 2022.

Indice pouvoir d'achat 2022 : France (92), Belgique (95), Royaume-Uni (105), Suède (108). Source : OCDE 2022. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CPL#>

*Après remboursement public (Prestation de Compensation du Handicap (PCH) pour la France). Voir tableau 33 sur les remboursements forfaitaires.

** Les frais de visite médicale sont à rajouter au reste à charge de l'utilisateur pour l'obtention de l'aide visuelle.

Sources France : Remboursements Assurance maladie (LPP) et PCH.

Source Belgique (Flandre) : Arrêté 2020/1989 du Membre du Collège de la Commission communautaire française fixant la liste des modalités et des critères des interventions relatives aux aides à l'inclusion visées à la section 2 du chapitre III et à la section 8 du chapitre IV de l'arrêté du 7 mai 2015 relatif aux prestations individuelles et aux aides à l'emploi des personnes handicapées.

Source Belgique (Wallonie) : kobavision.be

Sources Suède : 1177.se ; samverkan.regionsormland.se ; skr.se.

Source Angleterre (NHS) : visionaid.co.uk

Tableau 35 : Remboursements forfaitaires des aides visuelles en France et dans les régions belges

Aides visuelles	France	Flandre	Wallonie
Plages Braille	2 800€	5 900€	5 849€
Télé-agrandisseurs	2 000€	4 300€	3 600€
Livres Daisy	2 000€	300€	303€

E. Discussion

1. Une régulation des prix par appels d'offre qui engage des dépenses publiques plus faibles pour les fauteuils roulants et les aides auditives

Les appels d'offre suédois permettent d'obtenir des prix publics de fauteuils roulants associés à des dépenses environ deux fois plus faibles que celles engagées en France, tout en garantissant des restes à charge nuls pour les usagers. L'appel d'offre anglais par le NHS pour les aides auditives garantit une dépense publique (intégrant le suivi du patient sur une période de quatre années) environ deux fois plus faible que la dépense française dédiée aux appareils auditifs de la classe 1 (100% santé, prix réglementés) dès lors qu'on ajoute aux remboursements publics la prise en charge des assurances complémentaires. Cette comparaison suggère que le plafond de prix décidé pour la classe 1 des aides auditives en France demeure élevé au regard du prix public obtenu par les Anglais pour les mêmes aides auditives (suivi inclus). Si les usagers anglais comme les usagers français (dès lors qu'ils sont couverts par une couverture complémentaire) bénéficient d'une prise en charge intégrale sans reste à charge, il apparaît que l'efficacité de la politique française pourrait progresser en abaissant le plafond réglementé, ce qui permettrait de réduire la dépense publique française consacrée à la distribution des aides auditives et la dépense privée qui est portée par les adhérents des complémentaires santé, sans augmenter le reste à charge des usagers.

Les écarts de dépenses publiques mis en exergue dans notre étude entre la France et les autres pays sont d'ailleurs des estimations « basses » car l'intervention des fonds de compensation départementaux n'a pas pu être intégrée aux calculs, faute de données encore exploitables, dans l'attente des données de l'enquête Phedre qui permettront de le faire. Inclure les financements des fonds de compensation départementaux⁵⁹ conduirait à accroître les dépenses publiques françaises consacrées à la distribution des aides techniques et donc creuser les écarts constatés avec les dépenses des autres pays.

L'efficacité d'une régulation des prix par appels d'offre doit toutefois être relativisée quand les appels d'offre sont passés au niveau régional, avec une importante variabilité des prix obtenus par les différentes régions suédoises. Le comté de Stockholm semble être un meilleur négociateur des prix des fauteuils roulants alors que le comté de Scanie obtient des meilleurs prix sur les aides auditives, ce qui s'explique dans un cas comme dans l'autre par les volumes importants commandés dans le cadre des appels d'offre. Dans le comté de Norrbotten à l'extrême Nord de la Suède, les prix obtenus dans le cadre de l'appel d'offre pour les fauteuils roulants manuels de base sont équivalents aux dépenses constatées sur le marché français et même 30% plus élevés pour les fauteuils roulants actifs, mais sont

⁵⁹ Tous les financeurs des fonds de compensation départementaux ne sont pas publics, les organismes de couverture complémentaire privés participent également.

en revanche plus compétitifs pour les fauteuils électriques. La région de Norrbotten commande beaucoup moins de fauteuils roulants manuels de base et de fauteuils actifs que les autres comtés, ce qui ne lui permet pas d'obtenir des prix compétitifs sur ces fauteuils alors qu'elle achète au contraire massivement des fauteuils électriques qu'elle négocie à des tarifs attractifs.

Par ailleurs, **nos résultats mettent également en évidence les limites d'une régulation par appels d'offre pour les aides visuelles**, qui ne permet pas d'obtenir des dépenses significativement plus réduites que les pays qui confient au marché privé la distribution de ces aides. Ce constat repose sur les résultats que nous avons obtenus dans les comtés suédois. Il est probable que les volumes plutôt faibles commandés par chaque comté suédois ne permettent pas à l'acheteur régional d'avoir des dépenses publiques significativement plus faibles que celles qui sont engagées par la France. L'avantage comparatif d'une régulation des prix par appels d'offre n'est pas manifeste dans ce secteur des aides visuelles.

2. Des niveaux de restes à charge plus élevés en France sur les fauteuils roulants actifs, électriques verticalisateurs et les télé-agrandisseurs

L'absence de réglementation des prix des fauteuils roulants en France place le régulateur public face à des prix privés élevés. En choisissant de réduire le financement public dévolu aux fauteuils roulants actifs, le régulateur public laisse les usagers de fauteuils roulants actifs face à des restes à charge évoluant entre 300€ et 500€ pour les modèles inclus dans le périmètre de la comparaison quand tous les usagers de ces mêmes fauteuils dans les autres pays ne supportent aucun reste à charge. Ces montants sont calculés après intervention de l'Assurance maladie obligatoire et de la Prestation de Compensation du Handicap, mais deux financeurs additionnels dont nous n'avons pas tenu compte dans ce chiffrage peuvent encore intervenir : la complémentaire santé de l'utilisateur et le fonds départemental de compensation. Ces deux acteurs peuvent réduire les restes à charge que nous présentons dans l'étude mais tous les usagers concernés n'en bénéficient pas forcément. Si le taux de couverture complémentaire dans la population générale est élevé en France, les personnes en situation de handicap bénéficient moins souvent d'une couverture complémentaire. Ainsi, selon l'enquête Phedre, 13% des bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) n'ont pas de couverture complémentaire. Par ailleurs, les complémentaires santé peuvent présenter des niveaux de garantie très variables et des couvertures d'entrée de gamme peuvent ne pas couvrir le remboursement des aides techniques au-delà de la prise en charge du ticket modérateur. S'agissant des fonds de compensation départementaux, toutes les personnes en situation de handicap qui y sont éligibles n'ont pas connaissance de ce canal de financement extra légal. En outre, la variabilité des règles d'éligibilité aux règles de remboursement selon les départements de même que la variabilité des montants remboursés ne permettent pas de faire des hypothèses sur la réduction possible de reste à charge permise par leur intervention.

Les restes à charge sur les fauteuils actifs en France peuvent être encore plus conséquents que les montants calculés dans notre étude. L'existence de ces restes à charge en France peut constituer un obstacle à l'accès à ces fauteuils roulants qui sont plébiscités par les personnes en situation de handicap plutôt jeunes et qui souhaitent continuer à mener une vie active.

La Suède qui a mis en place une régulation des prix assise sur un système d'appels d'offre peut réduire drastiquement les prix publics des fauteuils roulants manuels de base et actifs et investir plus

massivement d'argent public sur les achats des fauteuils électriques verticalisateurs, de façon à garantir sur ces fauteuils également un reste à charge quasiment nul pour les usagers. Même si les restes à charge des fauteuils roulants électriques verticalisateurs sont encore plus élevés pour les usagers belges que pour les usagers français, ces derniers sont exposés à des coûts très élevés, entre 13 000€ et 15 000€ pour les modèles inclus dans le périmètre de la comparaison. La France et la Belgique différencient assez fortement leur politique de prise en charge : la Belgique privilégie une couverture intégrale des usagers concernés par les fauteuils manuels de base et les fauteuils actifs, soit la population la plus nombreuse en nombre, au détriment des personnes concernées par un fauteuil électrique verticalisateur qui sont confrontées à des restes à charge très élevés. Au contraire, la France cherche à répartir l'effort de financement public sur les trois catégories de fauteuils, y compris celle des fauteuils roulants électriques verticalisateurs.

Si les usagers d'aides visuelles en France n'ont pas de reste à charge sur les plages Braille ni sur les lecteurs de livres Daisy inclus dans le périmètre de la comparaison, ils sont en revanche exposés à des restes à charge plus conséquents sur les téléagrandisseurs (entre 2000€ et 2500€) significativement plus élevés que ceux qui prévalent dans les autres pays, régions Belges comprises, ce qui interroge sur l'opportunité d'une revalorisation du remboursement forfaitaire accordé aux usagers de ces aides, limité à 2000€ en France quand il s'établit à 4300€ en Flandre et 3600€ en Wallonie. Ces restes à charge pourraient être réduits en mobilisant des financements complémentaires comme les fonds de compensation ; en revanche les complémentaires santé n'interviennent pas sur ces aides.

3. Les bénéfiques de la régulation des prix par appels d'offre doivent être mis en regard des critiques qui sont fréquemment formulées

Une offre publique jugée trop rigide, qui ne suit pas assez les dernières innovations

Les contrats négociés dans le cadre des appels d'offre courent sur une période de quatre années en moyenne en Suède, ce qui est jugé comme une durée excessive par plusieurs responsables de centres d'aides techniques et associations que nous avons rencontrés en Suède lors du voyage d'étude. Dans ce laps de temps, les améliorations technologiques qui font leur apparition sur le marché ne peuvent pas être incorporées dans la liste des aides techniques fournies par la région. Certains considèrent que l'offre des régions suédoises comporte des aides auditives qui ont une à deux générations de retard par rapport à ce qui existe sur le marché privé. De plus, certains fabricants-distributeurs ne proposent pas leurs appareils auditifs de dernière génération lors des appels d'offre, préférant les réserver au marché privé.

Le système anglais tente d'éviter cet écueil en ne spécifiant pas le type de modèles que l'industriel doit livrer au NHS pendant la durée de validité du contrat. Le contrat précise l'obligation d'achat au fournisseur pendant une période donnée et pour un nombre minimal d'appareils, ce qui laisse ouverte la possibilité que l'industriel livre au régulateur public des appareils bénéficiant d'une nouvelle technologie qui ferait son apparition pendant la durée de validité du contrat.

Des iniquités régionales d'offres très fortes

Toutes les associations suédoises que nous avons interrogées pendant notre voyage d'étude (DHR (fauteuils roulants), SRF (aides visuelles), agence nationale de la participation MFD...) ont pointé des disparités d'offres très fortes entre les régions, les régions les plus peuplées (Stockholm, Malmö...) bénéficiant des offres les mieux dotées pendant que les régions les plus reculées (Norrbotten) doivent composer avec des offres beaucoup plus restreintes. Cette variabilité des offres s'expliquerait par les budgets plus ou moins généreux et par l'existence de besoins locaux plus spécifiques (la région Norrbotten serait ainsi mieux dotée que la région Scanie en fauteuils roulants électriques compte tenu de la moins bonne densité de transports dans le Norrbotten).

Un très grand nombre de nos interlocuteurs anglais nous ont également fait part des iniquités territoriales observables outre-Manche, résumées sous le terme de « *post-code lottery* ». Ces iniquités portent tant sur la qualité d'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap, que sur les dotations financières dont bénéficient les régions, et aussi sur les délais d'admission dans les différentes unités spécialisées. Même si le NHS achète les fauteuils roulants ou des aides auditives de façon centralisée, les régions ont des budgets différents ce qui conduit les régions les moins bien dotées à restreindre l'offre qu'elles peuvent référencer.

4. Les modèles de libre choix tentent de pallier les limites des systèmes publics

Aux critiques de rigidité d'une offre publique qui n'intègre pas suffisamment rapidement les innovations technologiques et de variabilités régionales très fortes des offres s'est ajouté un constat de files d'attente très importantes pour accéder aux aides techniques, en Suède comme au Royaume-Uni. Dans les systèmes de mise à disposition des aides techniques par le régulateur public, les accès aux aides techniques ne se font que par les opérateurs publics qui peuvent rencontrer des problèmes de gestion des flux de demande, souvent en augmentation compte tenu du vieillissement des populations. La plupart des régions suédoises ont de très longues files d'attente, souvent de trois à 12 mois pour les aides auditives avec un pic à 21 mois dans les régions les plus reculées du pays. Il y a une quinzaine d'années, avant la mise en place de la politique de voucher, un usager pouvait attendre deux ans à Stockholm pour obtenir des aides auditives.

En incitant les usagers à acquérir sur le marché privé leurs aides techniques, les systèmes de libre choix mis en place en Suède et au Royaume-Uni visaient à pallier toutes ces critiques formulées à l'égard des systèmes « traditionnels » de mise à disposition publique des aides techniques. L'offre proposée par le secteur privé était censée intégrer toutes les dernières innovations technologiques apparues sur le marché, apportant ainsi une flexibilité par rapport aux offres publiques régionales parfois jugées excessivement rigides. Par ailleurs, cette offre privée était censée assurer un meilleur accès aux aides techniques pour les usagers résidants dans des zones caractérisées par une offre publique sous-dotée. Enfin, l'ouverture vers le marché privé pouvait laisser présager l'apparition d'une multitude de nouveaux opérateurs privés captant une partie importante de la demande d'aides techniques, permettant ainsi de désengorger les centres publics et de mettre fin aux phénomènes de files d'attente.

L'impact de ces nouvelles politiques -*Libre choix* en Suède et *Personal Wheelchair Budget* en Angleterre- est toutefois jusqu'ici demeuré modeste.

5. Un succès limité aux aides auditives dans les rares comtés suédois qui ont appliqué la politique

Le Libre choix est un succès pour le recours aux aides auditives : dans la région de Stockholm, environ 93% des prescriptions d'appareils auditifs se font par le libre choix, contre seulement 7% d'appareils auditifs prêtés par la région. La mise en place du voucher a permis d'introduire une concurrence entre le secteur public et le secteur privé qui a conduit à discipliner les prix pratiqués par le privé. Le secteur privé tente d'attirer une patientèle habituellement acquise au secteur public en lui proposant des aides auditives d'entrée de gamme dont le prix est aligné sur le montant du voucher, lui garantissant une absence de reste à charge. En outre, d'après la présidente de l'agence MFD, dans les régions dans lesquelles il y a beaucoup d'acteurs privés, le Libre choix a permis de réduire les délais pour avoir une consultation car il y a beaucoup plus de créneaux disponibles par rapport aux comtés dans lesquels le public est le seul opérateur. La mise en place du voucher et l'émergence d'une offre importante de magasins privés dans le comté de Stockholm comme en Scanie au tournant des années 2009-2010 ont permis de faire disparaître toutes les files d'attente, qui étaient un problème récurrent auparavant. Dans les comtés qui ont mis en place la politique du Libre choix, la fin des files d'attente aurait permis de faire progresser significativement le taux d'équipement des personnes ayant une déficience auditive : plus de 50% des personnes dans ce cas seraient équipées dans la région de Stockholm alors que le taux d'équipement ne dépasse pas 20% dans d'autres régions suédoises.

Toutefois, contrairement à l'anticipation des pouvoirs publics, le Libre choix n'a pas permis l'éclosion d'une multitude de petits acteurs privés dont on aurait pu espérer une concurrence en prix favorable à l'usager. A Stockholm, les petites entreprises qui ont fait leur apparition après la mise en place du Libre choix ont très rapidement été rachetées par les deux grands fabricants Sonova et Oticon qui possèdent désormais la majorité des cliniques de la région.

Conclusion

La comparaison qui est proposée dans cette étude oppose des marchés privés d'aides techniques sans régulation des prix à des marchés publics au sein desquels la régulation des prix est réalisée par un système d'appels d'offre.

L'avantage comparatif d'une régulation des prix par appels d'offre est bien démontré pour les approvisionnements en fauteuils roulants et en aides auditives, mais disparaît pratiquement intégralement pour le marché des aides visuelles. Tant que les appels d'offre permettent d'instaurer les conditions d'une réelle concurrence entre les offreurs potentiels et que les volumes concernés par les appels d'offre sont importants -conditions qui sont vérifiées pour les fauteuils roulants manuels de base, les fauteuils actifs et les aides auditives-, ce mode de régulation permet de minimiser les dépenses publiques tout en garantissant des restes à charge nuls pour les usagers. Cette meilleure efficacité dans la dépense permet aussi au régulateur de dégager des marges de manœuvre financières qui l'autorisent à investir davantage d'argent public pour financer des fauteuils roulants électriques verticalisateurs par exemple et à garantir une absence de restes à charge aux usagers.

Ce mode de régulation impose toutefois au régulateur de resserrer le nombre de références qui sont proposées aux usagers pour concentrer le plus possible les commandes sur un petit nombre de

modèles, au détriment d'une liberté de choix qui n'est pleinement accessible qu'en se rendant sur le marché privé. Le régulateur est contraint de cibler les besoins standards au détriment des besoins spécifiques, ce qui pose des questions d'équité d'accès pour les personnes qui ont des besoins non couverts par l'offre standard.

Nos résultats mettent également en évidence une supériorité de la régulation des prix par appels d'offre dans la façon d'approcher un « juste prix » par rapport à une régulation des prix administrative à la française expérimentée depuis 2019 dans le cadre du 100% santé auditif. La procédure de l'appel d'offres rend possible une réelle mise en concurrence des offreurs permettant d'obtenir un prix faible alors que la régulation administrative se heurte à la problématique de la fixation de la norme. Le niveau des dépenses publiques deux fois plus faibles qui prévalent en Angleterre par rapport à la France (dès lors que l'on ajoute aux remboursements publics les prises en charge des complémentaires santé) pour les appareils auditifs de classe 1 interroge sur le calibrage du tarif administré choisi par la France et illustre la plus grande efficacité associée à un prix négocié dans le cadre d'un appel d'offre. La régulation des prix des aides auditives pratiquée par la France, même assise sur un tarif décidé de façon administrative, s'avère toutefois plus efficace pour réduire les dépenses publiques et assurer une absence de reste à charge aux assurés que la politique conduite en Belgique sans régulation, mais à la condition que les assurés français bénéficient d'une couverture complémentaire santé, condition nécessaire de l'entrée dans le dispositif du 100% santé. Les prix belges sont plus élevés et les assurés sont confrontés à des restes à charge supérieurs à 500€ dans la classe 1 des appareils auditifs.

Nos résultats révèlent aussi les arbitrages auxquels sont confrontés les pays qui sont caractérisés par des marchés libres sans régulation des prix. La demande d'aides techniques étant faiblement élastique par rapport au prix compte tenu de sa solvabilisation par des financements publics, les industriels peuvent ajuster à la hausse leurs prix. Face au risque d'inflation, le régulateur public doit arbitrer sur la façon dont il partage le coût entre le financeur public et l'utilisateur. En France, un troisième acteur est également mobilisé pour partager ce coût, les complémentaires santé privées. Le régulateur public peut chercher à réduire sa participation financière en transférant une partie du coût aux complémentaires santé, stratégie qui a été suivie dans le cadre du 100% santé auditif pour les appareils de classe 1. Cette stratégie conduit à une négociation entre le régulateur public et les couvertures complémentaires qui a abouti à un compromis visant à assurer une absence de reste à charge sur les appareils auditifs de la classe 1, toutefois équilibré par un relâchement de la contrainte de prise en charge par les complémentaires santé sur les appareils auditifs de la classe 2 et 3. Cette politique exonère le régulateur public de la mise en œuvre d'une réelle négociation des prix avec les industriels puisque la négociation ne se déroule qu'entre le régulateur public et les organismes complémentaires. Elle n'est toutefois pas sans conséquence pour les usagers : elle améliore la situation des usagers qui achètent un appareil de classe 1, auparavant confrontés à un reste à charge et qui sont maintenant intégralement couverts. Ce sont plutôt des seniors dont les besoins peuvent correspondre aux appareils de la classe 1 qui sont susceptibles de se retrouver dans cette catégorie des « gagnants de la réforme ». En revanche, les personnes sourdes plus jeunes, plus souvent à la recherche d'aides auditives plus sophistiquées qui se retrouvent dans la classe 2 ou la classe 3, apparaissent pénalisées par une réforme dans laquelle elles bénéficient d'un même niveau de remboursement public (associant partie assurance maladie et PCH) et d'une absence de garantie de prise en charge minimale par leur complémentaire santé.

Alors que la France s'interroge sur l'opportunité d'étendre le périmètre du 100% santé à d'autres aides techniques comme la réforme 100% santé fauteuils roulants déjà annoncée, il est sans doute utile d'analyser les enseignements de la réforme du 100% auditif pour se demander si une nouvelle réforme peut être transposée sur le même modèle. Si le 100% santé fauteuils roulants repose sur le même principe d'un financement réparti entre le régulateur public et les assurances complémentaires, il est à craindre que surviennent les mêmes effets indésirables d'une segmentation de la prise en charge des usagers. Une prise en charge intégrale pour les usagers qui optent pour le périmètre des fauteuils roulants de base ne pourra être obtenue qu'au prix d'une dégradation notable de la couverture des personnes présentant des besoins spécifiques, moins bien remboursées par les assurances complémentaires privées qui peuvent estimer qu'elles sont exonérées d'un effort de prise en charge minimale sur le périmètre extérieur au 100% santé. Par ailleurs, la multiplication des réformes de 100% santé construites sur le même modèle porte en germe un risque d'augmentation significatif des primes d'assurance qui pourrait évincer du marché de la complémentaire santé les personnes les plus modestes.

S'il est difficile de remettre en cause complètement un système de mise à disposition des aides techniques -l'expérience anglaise du *Personal Wheelchair Budget* et celle du Libre Choix en Suède en témoignent-, notre étude met en évidence les vertus d'une régulation des prix des aides techniques, qui n'aurait pas forcément vocation à prendre la forme d'appels d'offre en France, mais qui gagnerait à être entreprise directement sur la base d'une négociation entre le régulateur public et les industriels plutôt que sous la forme indirecte entre le régulateur et les complémentaires santé. Notre étude montre que la voie d'une régulation des prix entre le régulateur public et les industriels choisie par la Suède et l'Angleterre constitue l'instrument le plus puissant pour optimiser à la fois les dépenses publiques et réduire les restes à charge des usagers. Cette stratégie semble plus efficace que celle suivie par la France qui se contente d'améliorer la prise en charge d'une partie des usagers (ceux qui sont concernés par les besoins standards) en augmentant le risque financier de reste à charge pour les personnes à besoins plus spécifiques, qui se retrouveront toujours en marge du périmètre des réformes de 100% santé.

VII. Conclusion générale

Ce rapport ambitionnait de mesurer les implications du renoncement de la France à conduire une véritable régulation des prix des aides techniques assise sur une négociation entre le régulateur public et les industriels du secteur. A ce jour, les pouvoirs publics français préfèrent mettre en place une politique de neutralisation du reste à charge de certaines aides techniques sur des périmètres restreints -à l'image du 100% santé auditif pour lequel le reste à charge est nul pour les appareils auditifs de la classe 1- en négociant une prise en charge intégrale supportée par le régulateur public et les organismes de couverture complémentaire.

Les résultats de la comparaison des dépenses publiques et des restes à charge dans deux configurations opposées -l'une marquée par un marché public sur lequel le régulateur procède à une régulation des prix des aides techniques assise sur des appels d'offre (en Suède et en Angleterre) tandis que l'autre est caractérisée par des marchés privés sans régulation des prix (France et Belgique)- mettent en exergue la supériorité de la régulation des prix comme instrument permettant à la fois de minimiser la dépense publique et le reste à charge des usagers. L'efficacité des appels d'offre comme

mode de régulation des prix nécessite toutefois que les conditions d'une réelle concurrence entre les offreurs potentiels soient réunies et que les volumes concernés par les appels d'offre soient importants, ce qui est le cas pour les aides techniques fréquemment commandées comme les fauteuils roulants de base ou les fauteuils roulants actifs dans la plupart des pays analysés. Ces conditions peuvent toutefois être plus difficiles à réunir pour les aides visuelles, ainsi que le montre nos résultats dans cette catégorie d'aides techniques.

L'absence de régulation des prix contraint les pays concernés (France et Belgique) à déployer des politiques de remboursement des usagers toujours plus coûteuses en termes de dépenses publiques et à réaliser des arbitrages qui peuvent être préjudiciables aux usagers. Placés dans deux configurations comparables -des marchés privés sur lesquels opèrent de très nombreux distributeurs libres de fixer leurs prix-, les usagers français sont confrontés à une complexité administrative matérialisée par un empilement de financeurs publics -assurance maladie obligatoire, Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et fonds de compensation départemental- qui est épargnée aux usagers belges, désormais confrontés à un financeur public unique. Cette comparaison plaide en faveur de la mise en place d'un financeur public unique en France qui serait le seul interlocuteur des usagers pour leur financement public. Ce financeur public unique serait un levier efficace pour simplifier les démarches administratives des usagers français et éviter le non-recours aux aides financières.

La France a choisi d'amorcer une politique de 100% santé d'abord sur les aides auditives mais dont une nouvelle déclinaison est annoncée pour la prise en charge des fauteuils roulants.

Dans son principe, cette politique de 100% santé est assez proche des systèmes de mise à disposition des aides techniques tels qu'ils se rencontrent en Angleterre et en Suède car elle permet dans tous les cas aux usagers d'obtenir des aides techniques sans reste à charge sur un périmètre restreint (même si dans le cas anglais et suédois la mise à disposition se fait sous forme de prêt alors qu'en France les usagers deviennent propriétaires des aides techniques). Le 100% santé français se différencie toutefois par le montage financier original sur lequel il repose, associant des financements publics aux financements privés des organismes de complémentaire santé. La négociation amorcée entre le régulateur public et les complémentaires santé permet d'assurer une prise en charge intégrale sur le périmètre du 100% santé. En contrepartie de cet effort de prise en charge, les complémentaires santé peuvent réduire leur participation financière pour des types d'aides techniques qui concernent peut-être une population plus restreinte en nombre mais dont les besoins spécifiques nécessitent des aides adaptées qui sont aussi plus chères. La discontinuité de prise en charge introduite par les systèmes de 100% santé permet à la fois d'améliorer la situation des usagers dont les besoins de compensation les incitent à opter pour le 100% santé, mais elle peut être plus risquée pour des besoins de compensation plus spécifiques. Il est à craindre que certains usagers moins bien remboursés par leur couverture complémentaire renoncent aux aides qui correspondent véritablement à leurs besoins. Une analyse des conditions de prise en charge des usagers dans le 100% santé auditif et en dehors du périmètre permet déjà de vérifier que les usagers qui optent pour les appareils de classe 2 ou 3, plus souvent des personnes sourdes plus jeunes qui ont besoin d'appareils sophistiqués, endossent des restes à charge plus importants depuis la réforme du 100% santé par rapport à la période antérieure. Un risque important existe qu'une partie de cette population soit orientée vers l'offre gratuite de la classe 1, qui ne correspond pas à ses besoins, ce qui entraînera du non-usage. Ce risque est très bien illustré par l'analyse de l'expérience anglaise qui montre qu'un système peut se montrer très efficace dans la

gestion de sa dépense publique consacrée à l'achat des aides auditives mais au prix d'une dégradation de la qualité d'une offre pas toujours adaptée aux besoins, et qui finit par être délaissée par les usagers.

L'analyse des systèmes des autres pays (Angleterre et Suède) montre que ces deux pays parviennent, grâce à la régulation des prix, à fournir des aides auditives dont la qualité s'améliore au fil des années toujours sans reste à charge pour les usagers. La régulation des prix permet donc de garantir des restes à charge très faibles et de lutter contre la sous-utilisation et le non-recours aux aides auditives.

Si la régulation des prix est un instrument d'amélioration de l'efficacité, le recyclage des aides techniques en constitue un deuxième, également prometteur. La pratique désormais solidement ancrée du recyclage des aides techniques telle qu'elle est pratiquée en Suède permet de réduire considérablement les dépenses pour équiper les usagers, ce qui permet dans le même temps de dégager des marges de manœuvre financières pour prendre en charge d'autres aides techniques plus coûteuses. La France gagnerait à s'inspirer de cette pratique pour passer d'une logique d'achat à une logique d'usage des aides, ainsi que le préconisait le rapport Denormandie et Chevalier (2020) dans une de ses propositions. Un autre élément de différenciation important entre les systèmes anglais, suédois et français est que l'accès au 100% santé français est conditionné par le fait d'avoir une complémentaire santé, condition qui n'est pas exigée dans les autres pays. Si l'on considère que les personnes en situation de handicap qui ont besoin des aides techniques sont souvent moins couvertes que la population générale, une proportion importante de ces personnes peut ne pas accéder au 100% santé, ce qui pose un problème majeur d'équité d'accès aux soins.

Il est par ailleurs à craindre qu'une multiplication des 100% santé sur d'autres types d'aides techniques -d'abord sur les fauteuils roulants dont la réforme est annoncée- fasse peser une pression financière croissante sur les organismes de couverture complémentaire contraints de répercuter cette hausse des coûts sur les cotisations de leurs adhérents. Ce renchérissement des primes présenterait l'inconvénient d'éloigner de la couverture santé les personnes qui en ont le plus besoin.

Nos résultats incitent donc à explorer la voie d'une régulation des prix des aides techniques entre régulateur public et industriels, qui peut constituer un levier plus efficace de réduction des dépenses et des restes à charge que la multiplication des politiques de 100% santé.

Bibliographie

Alcimed et CNSA (2009) Monographie **Allemagne**. Etude européenne sur le marché et les prix des aides techniques destinées aux personnes handicapées et en perte d'autonomie. Etude réalisée dans le cadre de l'observatoire du marché et des prix des aides techniques.

Alcimed et CNSA (2009) Monographie **Espagne**. Etude européenne sur le marché et les prix des aides techniques destinées aux personnes handicapées et en perte d'autonomie. Etude réalisée dans le cadre de l'observatoire du marché et des prix des aides techniques.

Alcimed et CNSA (2009) Monographie **Italie**. Etude européenne sur le marché et les prix des aides techniques destinées aux personnes handicapées et en perte d'autonomie. Etude réalisée dans le cadre de l'observatoire du marché et des prix des aides techniques.

Alcimed et CNSA (2009) Monographie **Royaume-Uni**. Etude européenne sur le marché et les prix des aides techniques destinées aux personnes handicapées et en perte d'autonomie. Etude réalisée dans le cadre de l'observatoire du marché et des prix des aides techniques.

Alcimed et CNSA (2009) Monographie **Suède**. Etude européenne sur le marché et les prix des aides techniques destinées aux personnes handicapées et en perte d'autonomie. Etude réalisée dans le cadre de l'observatoire du marché et des prix des aides techniques.

Arnell, J. [1999]. Hjälpmedelsmarknaden i Sverige—En översikt [The assistive devices market in Sweden—An overview.] Stockholm, Sweden: Hjälpmedelsinstitutet.

Arnold ML, Hyer K, Chisolm T. Medicaid Hearing Aid Coverage For Older Adult Beneficiaries: A State-By-State Comparison. *Health Aff (Millwood)*. 2017 Aug 1;36(8):1476-1484. doi: 10.1377/hlthaff.2016.1610. PMID: 28784741.

Beguín, C., N. Deggouj, et al. (2008). "Hearing aids in Belgium: health technology assessment." KCE report A 91.

Blanchard, P., H. Strohl-Maffesoli, et al. (2013). Évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées IGAS.

Blomquist Ulla-Britt et Richter Andreas, « Service Delivery System for Assistive Technology, AT in Sweden », p. 23.

Branchu, C., Thierry, M., Besson, A. [2010]. Bilan du fonctionnement et du rôle des Maisons départementales des personnes handicapées [MDPH]. Paris : La documentation française.

Broome E., Meyer C., Church P., Henshaw H. (2022) "What factors are important to whom in what context, when adults are prescribed hearing aids for hearing loss? A realist review protocol", *BMJ Open*, 2022 July, 15; 12(7).

Bruynoghe Christine, Claessens Myrle, Ingelbrecht Mathias, Mat Nadine, Smet Filip, Theunissen Jean-Paul, Van Baelen Pascale, Van Hirtum Erwin et Verhaegen Etienne, *Analyse des prix : Troisième rapport trimestriel 2020 de l'institut des comptes nationaux* [Rapport], Bruxelles, Observatoire des prix, 2020, URL : <https://economie.fgov.be/fr/publications/analyse-des-prix-2020-icn-1>

- Bryant, D. P. and B. R. Bryant (2003). *Assistive technology for people with disabilities*, Allyn and Bacon Boston, MA.
- Cnam (2022) « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2023 ». *Rapport Charges et Produits*.
- CNSA (2019a) Repères statistiques sur l'activité des MDPH en 2017, CNSA, janvier 2019.
- CNSA (2019b) Analyse des fonds départementaux de compensation du handicap (FDC)-données 2017.
- CNSA (2011) Rapport d'activité de la CNSA, 17 avril 2012.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). *Research Methods in Education*. Routledge.
- Cohu S., Lequet-Slama D., Velche, D. (2003), « La Suède et la prise en charge sociale du handicap, ambitions et limites », *Revue française des affaires sociales* 2003/4 (), p. 461-483.
- Cohu S., Lequet-Slama D., Velche, D. (2005), « Les politiques en faveur des personnes handicapées dans cinq pays européens. Grandes tendances », *Revue française des affaires sociales* 2005/2, p. 9-33.
- Combessie, Jean-Claude. *La méthode en sociologie*. La Découverte, 2007.
- Cullen, K., D. McAnaney, et al. (2012). "Research on the provision of Assistive Technology in Ireland and other countries to support independent living across the life cycle." Work Research Centre, Dublin.
- Dahlberg, R., Blomquist, UB., Richter, A., Lampel, A. (2014) The service delivery system for assistive technology in Sweden: current situation and trends. *Technology and Disability* 26 (191-197).
- Denormandie P. et Chevalier C. (2020) « Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : une réforme structurelle indispensable ».
- De Singly, François. *Le questionnaire*. Armand Colin, 2020.
- Dillon H., Day J., Bant S., Munro KJ. (2020) "Adoption, use and non-use of hearing aids: a robust estimate based on Welsh national survey statistics", *International Journal of Audiology*, August; 59(8): 567-573.
- DREES, Remontées Individuelles - Prestation de Compensation du Handicap auprès des conseils départementaux. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/remontees-individuelles-prestation-de-compensation-du-handicap-aupres>
- Encarnaç o, P., L. Azevedo, et al. (2013). *Assistive Technology: From Research to Practice: AAATE 2013*, IOS Press.
- Enoch J., Dickinson C., Subramanian A. (2022) "What support do caregivers of people with visual impairment receive and require? An exploratory study of UK healthcare and charity professionals' perspectives", *Eye*, 2022, November, 36(11); 2179-2187.
- Espagnacq, M. (2013) "Evolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012 », *Drees ; Etudes et Résultats*, n°829.
- Espagnacq, M., Daniel, F., Regaert C. (2022) Repérer les usagers de fauteuils roulants en France et calculer leur reste à charge à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) de 2012 à 2019. *Questions d'Economie de la Santé* n°272, octobre 2022.

European Parliament (2018). Assistive technologies for people with disabilities - In-depth analysis, EPRS | European Parliamentary Research Service.

European Union (2011). The Internal Market for assistive ICT Final report, European Union.

Frick-Meijer, O. [2005]. Statistik försålda manuella rullstolar 1983/84 - 2004/05 [Statistics sold manual wheelchairs 1983/84 – 2004/05]. <http://www.hi.se/>

HiT Belgique. <https://kce.fgov.be/fr/publications/les-systemes-de-sante-en-transition-hit-le-systeme-de-sante-belge>

Hougaard S. and Ruf, S. (2011) EuroTrak I : a consumer survey about hearing aids in Germany, France and the UK. First global comparative study of hearing, hearing loss and hearing aids. Hearingreview.com

IGAS (2011) Evaluation de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

IGAS (2013) Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées. Inspection générale des affaires sociales. RM2013-033P.

Imbert G. (2013). « Libres propos. Autonomie et barrière d'âge : vers un droit universel ? Entretien avec François Jeger socio-économiste, directeur de l'unité de recherche sur le vieillissement, Cnav ». *Gérontologie et société* 145(2013/2): 191-199.

Kaufmann, Jean-Claude. *L'entretien compréhensif*. Armand Colin, 2016.

Kivits, J., Balard, F., Fournier, C. & Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.kivit.2016.01>

Knoblauch, H. (2005). Focused Ethnography. *Forum Qualitative Sozialforschung Forum: Qualitative Social Research*, 6(3).

Knudsen LV, Oberg M, Nielsen C, Naylor G, Kramer SE. Factors influencing help seeking, hearing aid uptake, hearing aid use and satisfaction with hearing aids: a review of the literature. *Trends Amplif.* 2010 Sep;14(3):127-54. doi: 10.1177/1084713810385712. PMID: 21109549; PMCID: PMC4111466.

Krantz Oskar et Örmon Karin, « Municipal information on assistive devices in Sweden », *Life Span and Disability*, 2016, n°2, pp. 131-151.

Kylberg Marianne, Löfqvist Charlotte, Tomsone Signe, Phillips Judith, Liepina Zane et Iwarsson Susanne, « A European perspective on the service delivery systems for assistive technology-- differences and similarities between Latvia and Sweden », *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, mars 2015, vol. 30, n° 1, pp. 51-67.

Lilja, M., Månsson, I., Jahlenius, L., & Sacco-Peterson, M. (2003). Disability Policy in Sweden: Policies Concerning Assistive Technology and Home Modification Services . *Journal of Disability Policy Studies*, 14(3), 130–135.

Lorna Tuersley, Naa Amua Quaye, Rhiannon Tudor Edwards, Nathan Bray, "Use of patient centred outcomes measures alongside the personal wheelchair budget process in NHS England: a mixed methods approach to exploring the staff and service user experience of using the WATCH and WATCH-Ad Tools », medRxiv 2022.08.14.22278761.

Marchildon, G. P. and A. Peckham (2018). "Assistive Devices Coverage: Ontario Compared to Other High-Income Jurisdictions."

Marmor, Theodore & Freeman, Richard & Okma, Kieke. (2009). *Comparative Policy Analysis and Health Care An Introduction. Comparative Studies and the Politics of Modern Medical Care.*

Martin C., Le Bihan B. (2014). *Dépendance, soins de longue durée et politiques publiques en Europe. PUR. Vieillesse et vieillissements. Regards sociologiques, Presses universitaires de rennes.*

McLean, A., L Caudwell & A. Greville (2008). *Development and Implementation of a National Funding and Service System for Hearing Aids: Stage One Interim Report.* , Ministry of Health - New Zealand.

Montcharmont L. (2013), « Handicap et accès aux aides techniques », *Empan* 2013/1 (n° 89), p. 118-124.

Motability and the Wheelchair Alliance (2022) *An Economic assessment of wheelchair provision in England.* Frontier Economics

Naegelen F. (1990) "L'arbitrage prix-qualité dans les procédures d'appels d'offres", *Economie et Prévision*, 1990 (96), pp.95-108.

Nordic Centre for Rehabilitation Technology (NUH) (2007) *Provision of Assistive Technology in the Nordic Countries.* Second edition.

Observatoire des prix, *Etude sur les prix, les marges et le fonctionnement du marché des appareils auditifs en Belgique* [Rapport], Bruxelles, Institut des Comptes Nationaux en Belgique, 2014, URL : <https://docplayer.fr/6655430-Etude-sur-les-prix-les-marges.html>

Obyn Caroline, Meester Christophe de et Cornelis Justien, *Evaluation of the reimbursement for hearing aids and implants in hearing loss* [Rapport], Brussels, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2020, URL : <https://kce.fgov.be/fr/remboursement-des-appareils-et-implants-auditifs>

OFT (2011) *Mobility Aids.* Office of Fair Trading.

Panteli, D., van Ginneken, E., Fuchs, S., Henschke, C., Hjortland, M., Kroneman, M., Oliva, G. (2018) *Assistive devices : regulation and coverage in five European countries.* Evidence report. Converge 3.

Penneau, A., Pichetti, S., Espagnacq, M. (2019) *Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap avant et après 60 ans.* Rapport de l'Irdes n°571, septembre 2019.

Pope Catherine, Mays Nicholas, *Qualitative Research in Health Care,* Blackwell Publishing Ltd, 2006.

Renjith V, Yesodharan R, Noronha JA, Ladd E, George A. *Qualitative Methods in Health Care Research.* Int J Prev Med. 2021 Feb 24;12:20.

Rica (2014) *Powered wheelchair user survey report,* Research Institute for Consumer Affairs.

Rose, L., Ferguson-Pell, M. (2002) *Wheelchair provision to people with spinal cord injury*", *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, vol 9, n°10, pp. 391-400.

Samuelsson K, Wressle E. (2008) *User satisfaction with mobility assistive devices: an important element in the rehabilitation process.* *Disabil Rehabil.* 2008;30(7):551-8. doi: 10.1080/09638280701355777. PMID: 17852301.

Scholes S., Biddulph J., Davis A., Mindell JS. (2018) "Socioeconomic differences in hearing among middle-aged and older adults: cross-sectional analyses using the Health Survey for England", *BMJ Open*, 2018, February, 1, 8(2).

Schreyögg, J., M. Bäuml, et al. (2009). "Balancing adoption and affordability of medical devices in Europe." *Health policy* 92(2-3): 218-224.

Service Public Fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, article sur les audiologues et audiciens : <https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/professions-paramedicales/audiologue-et-audicien>

Stack, J., L. Zarate, et al. (2009). "Analysing and federating the European assistive technology ICT industry." European Commission Information Society and Media.

Tuersley L., Quaye NA., Edwards RT., Bray N. (2022) "Use of patient centred outcomes alongside the personal wheelchair budget process in NHS England : a mixed methods approach to exploring the staff and service user experience of using the WATCH and WATCH-Ad Tools" medRxiv 2022.08.

Vandeleene Gauthier, étude « Que coûtent les appareils auditifs en Belgique ? ». https://www.mc.be/media/sante-societe-1-appareils-auditifs_tcm49-74540.pdf

Annexes

Annexe 1 : Algorithme de recherche pour la revue de littérature

Utilisée sur Pubmed, cette stratégie a été effectuée par la combinaison des mots-clés MeSH comme suit :

- Mécanismes (les termes sont associés avec l'opérateur booléen 'OU')
 - Aides techniques : 'Assistive technology', 'Assistive device'
 - Fauteuils roulants : 'Wheelchair'
 - Appareils auditifs : 'Hearing aid'
 - Aides visuelles : 'Visuel aid'
 - Déficience auditive et visuelle : 'Hearing impairment', 'Visual impairment'

-----ET-----
- Echelle (les termes sont associés avec l'opérateur booléen 'OU') :
 - 'Reimbursement scheme'
 - 'Funding sources'

-----ET-----
- Type d'étude (les termes sont associés avec l'opérateur booléen 'OU')
 - 'Survey'
 - 'Evaluation report'

Annexe 2 : Grille d'analyse des politiques publiques

Phénomène observé	Description	Sous variable	Description	Valeur	Définition	Note intermédiaire	Note finale
Degré d'équité	Au niveau du financement, est-ce que tous les financeurs ont réussi à discuter ensemble, pour offrir une solution globale, la même sur l'ensemble du territoire ?	Coordination entre les financeurs	Il y a possibilité d'avoir un interlocuteur, même si plusieurs financeurs ? Ou au contraire c'est à l'usager de communiquer avec les différents financeurs.	2	Traite le dossier de A à Z		
				1	Coordination moyenne		
				0	Aucun guichet unique, l'utilisateur doit s'occuper de la gestion du dossier auprès des différents interlocuteurs		
		Aide extra-légale	Existence d'aides au financement non définies par un cadre national (ex. : Fonds de compensation en France), mutuelle	1	Pas d'aide extra-légale		
				0	Existence d'une aide extra-légale		
		Niveau de financement	Existence d'un niveau local de financement ? Y'a-t-il une coordination avec le national ?	0	Financement local, mais avec un financement propre fortement soumis aux contraintes budgétaires		
				1	Financement au niveau local avec service déconcentré de l'État		
				2	Financement national uniquement, le même sur tout le territoire ; ou financement local conséquent sans contrainte budgétaire		
		Critères sociaux	Mise en place d'aides sur critères sociaux (par exemple revenus)	1	Oui		
				0	Non		
Degré de solvabilité	Réflexion sur la hauteur de prise de charge. À distinguer, si prêt : est-ce que ce prêt sans faire avec une contribution ? Quand il y a achat, quelle est la prise en charge ?	Possibilité de prise en charge intégrale	Via prêt, don, assurance maladie, etc.,	3	Prise en charge intégrale		
				2	Prise en charge de la plupart des aides techniques		
				1	Prise en charge des aides techniques de base uniquement		
				0	Aucune prise en charge intégrale possible		
		Reste à charge	Reste à charge sur le prix total	2	Peu de reste à charge		
				1	Reste à charge moyen		
				0	Fort reste à charge		
		Population concernée	Ici en termes de fréquence.	0	Ciblé sur une population spécifique		
				1	Accès simple, mais limité		
				2	Accès universel		
Solvabilisation des besoins spécifiques	En fonction de la complexité de l'aide	1	Financement des aides complexes				
		0	Financement des aides standards				
		Possibilité de recyclage		1	Oui		

Maîtrise du coût pour la société	Aucune ou au contraire limité. L'idée est de savoir s'il y a une régulation des prix des dispositifs médicaux dans les pays. (En France, non ; dans la plupart des autres pays, oui).		Est-il mis en place un place un système de recyclage (et de réutilisation) des AT?	0	Non		
		Liste	Existence de listes donnant des indications sur les prix ; est-ce que ces listes sont contraignantes ou non ; est-ce que c'est listes ont des effets sur le prix ?	2	Liste de prix bloqués		
				1	Liste de référence, mais non contraignante		
				0	Aucune liste		
		Coût de l'accompagnement	Est-il envisagé la possibilité de mettre à disposition des AT prêtées (et donc retournée à l'institution qui finance par la suite)	0	Pas de prêt		
				1	Possibilité de prêt		
				2	Prêt systématique		
		Maîtrise du budget	Possibilité de refuser une aide technique pour une question de budget (uniquement pour les aides « légales »).	0	Droit opposable à l'AT		
				1	Maîtrise du budget moyen		
				2	Budget limité (annuel le plus souvent) à ne pas dépasser		
		Contrôle des prix	Existence d'un centre de contrôle des aides techniques par exemple	0	Absent		
				1	Modéré		
				2	Élevé		
		Degré de satisfaction	Délai d'obtention de l'aide technique	Délai entre le moment où le dossier de financement est déposé et l'obtention de l'AT	2	Courts	
					1	Moyens	
0	Longs						
Adéquation : est-ce que les aides sont utilisées	Est-ce que les AT proposés, financés (prêtés ou achetées) sont en adéquation avec les besoins des usagers ? Si oui, est-ce que les aides techniques sont utilisées ? Existence d'un SAV.		1	Oui			
			0	Non			
Existence d'un suivi des aides techniques (SAV ou d'une formation)			2	Système intégré (service public des AT)			
			1	Possibilité, mais peu utilisé ou peu pensé			
			0	Pas envisagé			
Éventails des aides techniques disponibles	Avec ou sans financement		0	Marché restreint			
			1	Marché intermédiaire (accessible uniquement sur prescription par ex.)			
			2	Marché libre (nombreuses boutiques, choix important)			

Annexe 3 : Le questionnaire

Voir document joint.

Annexe 4 : Les grilles d'entretien

Trois exemples de grille d'entretien sont présentés ici. Un exemple de grille est donné pour chaque pays. Ces grilles ont été adaptées en fonction du type d'interlocuteur, de l'aide technique et du pays.

Grille d'entretien générique pour les aides visuelles (AV) en Belgique

Thèmes	Questions	Objectifs
Informations sur les démarches et les aides financières	<p>Q1. Comment l'utilisateur acquiert-il l'information concernant les démarches pour obtenir une AV ?</p> <p>Q2. L'information est-elle facile à obtenir ? Rôle des institutions, mutualités et associations spécialisées.</p> <p>Q3. Comment l'utilisateur acquiert-il l'information concernant les aides financières pour l'achat d'une AV ? Cette information est-elle simple à obtenir ?</p> <p>Q4. Quel est le pourcentage de non-recours aux AV ?</p>	Vérifier l'équité d'accès aux aides visuelles.
Éligibilité au remboursement	<p>Q5. Les conditions administratives permettant d'accéder au remboursement sont-elles les mêmes en Wallonie et en Flandre ?</p> <p>Une fois la prescription obtenue, M. Smith doit adresser sa demande de financement à l'organisme régional dont il dépend (AVIQ ou VSB).</p> <p>Q6. Est-ce qu'une commission spécifique se prononce sur le financement (un répondant au questionnaire (VAPH) mentionne une équipe pluridisciplinaire susceptible de se prononcer sur le financement) ?</p> <p>Q7. Quels sont les critères pris en compte pour valider le financement public ? Il y a-t-il des critères de délais minimums avant un renouvellement ?</p>	
Fournisseur	<p>Q8. La personne doit-elle attendre que la Commission ait accordé le financement pour se rendre chez un fournisseur privé ?</p> <p>Q9. La personne peut-elle se rendre chez n'importe quel fournisseur d'aide visuelle ?</p>	
Prix et remboursement	<p>Nous avons collecté les données suivantes sur les prix, qui sont plutôt convergentes sur les prix des lecteurs de livres.</p> <p>On en déduit que le prix d'un lecteur de livre varie entre 380€ et 450€.</p> <p>Prix d'un lecteur de livres <u>Marque : Humanware ; Modèle : Victor Reader Stream</u> : 385€, 380€, 382,5€, 405€ TVAC, 405€</p>	<p>Savoir où on peut trouver les prix des modèles d'AV.</p> <p>Comprendre quels sont les différents prix qu'on peut avoir pour une même AV.</p>

	<p> <u>Marque : Shinano Kenshi ; Modèle : PlexTalk Linio Pocket</u> : 450€, 450€ <u>Marque : Bones ; Modèle : MileStone 312 ACE</u> : 425€ TVAC, 380€, 425€ Prix minimum : 380€ Prix maximum : 450€ Prix moyen : 400€ </p> <p> On constate une plus grande amplitude de prix pour les plages Braille qui varient entre 1.200€ et 12.000€ (pour les prix max) </p> <p> <u>Marque : Freedom Scientific ; Modèle : Focus 14 5e génération</u> : 1400€, 1120€ pour V4, 1695€ <u>Marque : Humanware ; Modèle : Brailliant 14</u> : 1250€ <u>Alva 640 Comfort</u> (plage braille courante) : 5 849€ TVAC Prix min : 1600€ Prix moyen : 5000€, 2400€ Prix max : 12 000€, 12 000€ </p> <p> Nous avons collecté des prix autour de 4500€ pour les télé-agrandisseurs </p> <p> Prix d'un télé-agrandisseur <u>Marque : Koba Vision ; Modèle : Vocatex</u> : 4700€, 4500€, 4550€, 3995-4395€ (G) <u>Marque : Humanware ; Modèle : Reveal 16i full HD</u> : 4000€ Vocatex + (vidéo-loupe parlante) : entre 4550 et 4950€ TVAC Prix min : 4000€, 1600€ (G) Prix moyen : 4600€, 4500€ Prix max : 6000€, 5000€ (G) </p> <p> Q10. Comment connaissez-vous ces prix ? Avez-vous consulté une liste qui référence les prix pour chaque modèle ? Si oui, laquelle ? Q11. Ces prix sont-ils fixés librement par les distributeurs ou il y a-t-il une régulation des prix ? Q12. Y a-t-il une grande variété de prix selon les magasins ou les régions ? </p> <p> RAC Nous avons compris que des plafonds de prise en charge ou des forfaits s'appliquent. Les Caisses Régionales VSB et AVIQ financent les lecteurs de livres, les vidéo-loupes et les barrettes Brailles à partir de forfaits de remboursement. Si nos informations sont justes, ces forfaits de remboursement s'établissent pour l'AVIQ à 350€ pour un lecteur de livres, 4500€ pour un télé-agrandisseur et 5900€ pour une plage Braille. </p>	<p> Encadrement des prix : la variété du prix d'une même AV selon les magasins est-elle importante ? Problème d'équité d'accès aux AV (= Restes à charge différents). </p> <p> Comprendre la logique du remboursement par l'Inami, et notamment le choix des modèles faisant l'objet d'un remboursement. </p> <p> Évaluer les différences régionales en termes de prix. Equité du RAC selon les régions. </p>
--	---	---

	<p>Q13. Comment ces forfaits ou plafonds sont-ils déterminés et qui prend cette décision ? A quelle fréquence le montant de ces forfaits est-il révisé ?</p> <p>Q14. Ces plafonds sont-ils différents pour l’AVIQ et pour le VSB ?</p> <p>Q15. Le principe de ces forfaits implique-t-il que tout dispositif visuel de prix inférieur au plafond maximum de remboursement est pris en charge intégralement ?</p> <p>Q16. On note des divergences dans les réponses collectées dans le questionnaire sur le sujet du nombre d’aides visuelles intégralement prises en charge. Certains considèrent que tous les lecteurs de livres (ou plages Braille ou télé-agrandisseurs) peuvent être obtenus avec un reste à charge (RAC) nul, d’autres seulement une partie des lecteurs de livres (ou plages Braille ou télé-agrandisseurs). Pour chaque catégorie (lecteurs de livres, plages Braille et télé-agrandisseurs), existe-t-il des offres avec un RAC nul ? Ces offres couvrent-elles tout le marché ou seulement une partie du marché ?</p> <p>Q17. Les AV intégralement prises en charge sont-elles souvent choisies ? Quel pourcentage dans chaque catégorie ? Satisfont-elles leurs bénéficiaires ou ceux-ci changent-ils rapidement de modèle ?</p> <p>Q18. L’usager peut-il anticiper son RAC final avant de choisir son AV ?</p> <p>Q19. Pour les lecteurs de livres affichés à un prix moyen de 400€ et compte tenu du forfait de remboursement, cela laisse un RAC moyen de 50€ à l’usager. Plage braille : prix moyen (6000) – forfait remboursé (5900) = RAC (100€) Télé-agrandisseurs : prix moyen (4500-4600€) – forfait remboursé (4300-4500€), RAC entre 0 et 200€. Est-ce que vous validez ces estimations ?</p> <p>Q20. Les taxes sur les AV sont-elles régionales ou nationales ?</p>	
Prise en charge par la mutuelle et les assurances privées	<p>Q21. Pour les aides visuelles qui sont associées à des RAC positifs, les complémentaires santé peuvent-elles aussi intervenir pour assurer un reste à charge nul ?</p> <p>Q22. Si certaines assurances complémentaires remboursent le surcoût, remboursent-elles tout le surcoût ou seulement une partie ? Selon quels critères ?</p> <p>Q23. Est-ce qu’on peut choisir sa mutualité en fonction de son besoin en AV ?</p>	Appréhender les financements supplémentaires pour évaluer le RAC

<p>Modalités d'acquisition</p>	<p>Nous avons compris que le modèle d'acquisition dominant est l'achat neuf auprès d'un fournisseur privé (avec financement public).</p> <p>Q24. Une minorité de répondants au questionnaire nous ont parlé d'achat reconditionné auprès d'un fournisseur privé pour les lecteurs de livres. Est-ce que cette modalité existe véritablement ?</p> <p>Q25. La location de lecteurs de livres auprès d'un fournisseur privé est-elle possible (évoquée par une minorité de répondants) ?</p> <p>La mise à disposition de lecteurs de livres, de plages Braille ou de télé-agrandisseurs par des associations ou organisations caritatives est présentée comme une pratique marginale par la plupart des répondants, sauf lorsque ce sont des associations qui répondent.</p> <p>→ Q26. Pour les associations interrogées : comment cette pratique évolue-t-elle au cours du temps ? Quelles sont les motivations des usagers qui recourent à ce mode de mise à disposition ?</p> <p>→ Q27. Quels sont les types de dispositifs (lecteurs de livres, plages Braille ou télé-agrandisseurs) qui sont le plus souvent mis à disposition par les associations ?</p>	<p>Appréhender les coûts/avantages de chaque modalité.</p>
<p>Questions spécifiques aux associations (à faire remonter quand on rencontre une association)</p>	<p>Q28. Quelles sont les caractéristiques du public qui fréquente votre association ? Type de déficience visuelle ? Caractéristiques socio-économiques ?</p> <p>Q29. Quelles sont les principales difficultés mentionnées par les usagers dans l'accès aux aides visuelles ?</p>	
<p>Offre territoriale</p>	<p>Q30. Est-ce que l'offre d'AV est homogène sur le territoire ? Y a-t-il une différence dans l'offre en fonction de la région ? (Des régions avec plus ou moins de magasins). Y a-t-il un nombre de magasins suffisant partout sur le territoire ?</p> <p>Q31. Y a-t-il des marques de magasin plus présentes sur le territoire ? Peut-on trouver l'AV qu'on souhaite facilement ou doit-on se rabattre sur l'offre disponible localement ? L'offre d'AV diffère-t-elle selon les magasins ?</p>	<p>Vérifier le critère d'équité d'accès aux AV.</p> <p>Vérifier la présence d'un monopole ou oligopole sur ce marché.</p>
<p>Offre disponible en ligne</p>	<p>Q32. Est-ce que l'achat peut se faire en ligne et dans ce cas l'utilisateur peut-il disposer d'une prise en charge publique par la Caisse Régionale (AVIQ ou VSB) ? Si oui, l'offre est-elle plus grande ?</p> <p>Q33. Comment se fait alors le choix d'une AV et comment fonctionne le service après-vente ?</p>	<p>Impact des nouvelles technologies sur l'achat des AT</p>
<p>Accompagnement dans le choix du dispositif</p>	<p>Nous avons compris qu'un accompagnement était possible en amont de la prise en charge.</p>	<p>Évaluer la satisfaction de l'utilisateur vis-à-vis de l'aide achetée. Correspondance</p>

	<p>Q34. Certains des répondants nous indiquent qu'il est possible sans être systématique tandis que d'autres nous indiquent qu'il est prévu par la loi. Qu'en pensez-vous, voyez-vous à quel article de loi cela fait référence ?</p> <p>Q35. Cet accompagnement est-il assuré par le fournisseur de l'aide ou un service public ?</p> <p>Q36. L'utilisateur doit-il s'acquitter d'une contribution financière pour accéder à cet accompagnement en amont ?</p>	de l'AV avec les besoins de l'utilisateur.
Accompagnement post-acquisition de l'AV	<p>Q37. Un accompagnement est-il assuré en aval de la prise en charge ?</p> <p>Q38. Est-il assuré par le fournisseur privé ou un service public ?</p> <p>Q39. L'utilisateur doit-il s'acquitter d'une contribution financière pour accéder à cet accompagnement en aval ?</p>	Vérifier la qualité de l'accompagnement du patient : adéquation entre l'équipement et ses besoins sur le long terme.
Évaluation subjective du système	<p>Q40. Ce système vous semble-t-il efficace et efficient ?</p> <p>Q41. Selon vous, quels sont les avantages du système actuel ? Selon vous, quels sont les inconvénients du système actuel ?</p> <p>Q42. Y a-t-il un problème de non-recours aux AV ou de non-usage par exemple ?</p>	Déterminer les points forts et faibles du système
Évaluation subjective du système	<p>Q43. Que préconiserez-vous pour améliorer le système ?</p>	Déterminer des axes d'amélioration du système
Conseils pour le terrain	<p>Q44. Pour approfondir notre étude, auriez-vous des recommandations de lieux à observer à Bruxelles et Namur, ou d'interlocuteurs à interroger ? (Magasins d'aides visuelles par exemple)</p>	Obtenir des idées de terrain pertinents

Grille d'entretien générique pour les centres d'aides techniques en Suède (en anglais)

Themes	Questions	Objectives
Center role and patient care pathway	<p>How many people do you provide with assistive devices each year?</p> <p>What assistive devices are prescribed by your center?</p> <p>If hearing aids are prescribed, which class(es) (1, 2 or 3)?</p> <p>If wheelchairs are prescribed, what category(ies)? (Basic manual wheelchair, Active wheelchair, Power stand-up wheelchair)</p> <p>If visual aids are prescribed, do you prescribe Braille Display, Image-enlarging video systems and Daisy book reader?</p> <p>What assistive devices do you prescribe the most?</p> <p>How does your center work? Is it a regionally owned public center, is it not?</p>	Understand how the center works

	<p>Does your center only offer loan/rental of assistive devices, or does it also offer purchase through free choice?</p> <p>What are the steps in the patient's care pathway? Can one go directly to the center, or does one need to be referred by a doctor or a health care professional first?</p> <p>How are patients received? How are they referred to one service or another? How are the medical visits and the choice of assistive device made?</p> <p>Is the user's entire care process carried out at the assistive technology center? (From the first consultation to the follow-up after acquisition of the device)</p> <p>How can we explain the development of private assistive device centers in some counties? What are the differences between public and private centers?</p>	
Respondent's occupation and Free choice	<p>What is your job? Do you prescribe assistive devices? What types of assistive devices do you prescribe?</p> <p>Has the introduction of "free choice" had an impact on your work? If so, what was the impact? Is this impact the same for all assistive devices or only for some?</p> <p>Do you know why free choice was implemented? Recognition of certain disadvantages of the loan system?</p> <p>How did the reform impact the assistive devices reimbursement system? What has changed with this reform and what has not?</p> <p>Are users and prescribers sufficiently informed about how free choice works?</p>	<p>Assess her/his link to the topic.</p> <p>Overview of the logic of the health care system.</p>
Price and reimbursement	<p>What are the minimum, average and maximum prices for each type of assistive device you prescribe that we are interested in (visual aids, hearing aids and wheelchairs)?</p> <p>Do you compare the prices you get from tenders to those of other regions?</p> <p>What are the most common wheelchair/hearing aid/visual aid models?</p> <p>How often do prices change?</p> <p>Do you know if there are price differences between renting/borrowing and buying via free choice?</p> <p>What are the different types of fees the patient must pay? (Visit fees, rental fees, maintenance fees for the device). Do they apply for each type of assistive devices?</p>	<p>Understand the level of out-of-pocket expenses and their composition</p>

	<p>What is the out-of-pocket payment to the patient (depending on the assistive device)?</p> <p>Do you have a list of assistive devices available in the center, their prices for the center and the out-of-pocket payments that apply for the patient?</p> <p>Are the rates applied the same throughout the region or do they depend on the municipalities?</p> <p>How is the out-of-pocket payment constituted? (Price of the device by the center, model chosen, individual criteria) Can the user anticipate this out-of-pocket payment?</p>	
Time to get an assistive device	<p>How long does the patient have to wait for a first appointment?</p> <p>After the first visit to the center, how long does it take the patient to acquire the assistive device?</p> <p>Does the free choice model enable to reduce delays?</p>	Verify the criterion of easy and optimal access to wheelchair.
Buy with free choice or rent	<p>Do you know why the free choice reform was introduced? Did the associations play a role?</p> <p>Is it the healthcare professional who decides whether the patient should buy or rent the device?</p> <p>What are the criteria for free choice?</p> <p>If you practice free choice and rental, what proportion of patients choose one or the other?</p> <p>Is there a different care pathway for the user who would choose to purchase?</p> <p>In the case of a purchase, is the trial of the assistive device and training in its use sufficient?</p> <p>When renting a type of assistive device (e.g., a manual wheelchair), how many options are presented to the user?</p> <p>Do you think the number of options is sufficient?</p> <p>Is the choice of a device more limited for rental than for purchase?</p>	Understand the costs/benefits of each modality.
Training for prescribers	<p>How does initial and ongoing training work for prescribers?</p>	Determine the quality of the prescription
Subjective evaluation of the system	<p>In your opinion, what are the advantages of the current system?</p> <p>In your opinion, what are the drawbacks of the current system?</p> <p>How can we measure user satisfaction? Do you have a way to assess user satisfaction (e.g., through a questionnaire)?</p> <p>Do you know if there is a problem with non-use of device?</p> <p>What do you think about the implementation of free choice purchase versus rental?</p> <p>Are long distances in the north of the country a problem for users seeking assistive devices?</p>	Determine strengths/weaknesses of the system

	What problems might a user encounter when moving?	
Subjective evaluation of the system	What would you recommend to improve the system?	Determine areas for system improvement
Advice for the observation field	To deepen our study, would you have recommendations of places to observe in Stockholm? (Clinics, hospitals, etc.)	Get ideas for relevant observation sites

Grille d'entretien pour une responsable du budget dédié aux fauteuils roulants au NHS en Angleterre (en anglais)

Traditional wheelchair provision policy in England

- 1) How do you describe the previous policy of wheelchair provision in England before the introduction of voucher and the introduction of the Personal Wheelchair Budget? What were the advantages and disadvantages of the system?
- 2) What is your opinion on the NHS calls for tenders to supply wheelchairs?
- 3) Is the NHS wheelchair supply satisfactory? How has the supply (and quality of supply) changed over time?

Evolution of wheelchair funding policy in England

- 1) When did the idea of introducing a voucher system into the wheelchair financing system in England first appear?
- 2) What were the reasons for this change in public policy?
- 3) Did the introduction of the voucher take the form of local experiments? If so, in which regions?
- 4) How much was the voucher initially? Was it the same depending on the type of wheelchair? Was the voucher amount the same in all regions?
- 5) How long did these experiments last?
- 6) Have there been any evaluations of these experiments? If so, have the reports of these evaluations been made public or are they available?
- 7) What criteria were used to evaluate the voucher policy?

Personal Wheelchair Budget (PWB)

- 8) What are the reasons that led public authorities to propose the Personal Wheelchair Budget policy?
- 9) How did the voucher experiments inspire the Personal Wheelchair Budget policy?
- 10) Have any adjustments been made to the Personal Wheelchair Budget policy compared with the initial voucher experiments? For example, has the voucher amount changed? Have the conditions of access to the voucher changed?
- 11) Which user profiles choose the Personal Wheelchair Budget?
- 12) Does the NHS have data on the profiles of users who choose the Personal Wheelchair Budget?
- 13) Does the NHS have data on the types of wheelchairs for which users choose the Personal Wheelchair Budget?
- 14) Can NHS data be used to calculate the individual out-of-pocket payments (OPP) of users who have opted for the Personal Wheelchair Budget? If so, what is their average out-of-pocket expenditure?
- 15) Does the OOP vary according to the type of wheelchair (manual, active or electric)?
- 16) We were also told that NHS collect information on the operating efficiency of the various local wheelchair services. How is this data used?

Impact of the Personal Wheelchair Budget (PWB)

- 17) Has the introduction of "PWB" had an impact on users? (Care pathways, waiting times, satisfaction, etc.)
- 18) Has the introduction of "PWB" had an impact on the amount of overall public funding devoted to wheelchairs? As part of the out-of-pocket payment is transferred to the user, does the PWB allow the NHS to reduce the budget for wheelchair funding?
- 19) Has the introduction of "PWB" had an impact on the work of specialists? If so, what was the impact? (Need for training, higher wages, etc.)
- 20) Have there been any evaluations of the PWB reform yet?
- 21) What criteria does the NHS use to assess the Personal Wheelchair Budget policy?

Role of private provision in the supply of wheelchairs in the UK

- 22) We were told that more and more users are obtaining active wheelchairs from private centres. How do you explain this situation when active wheelchairs are provided free by the NHS? Does this mean that the NHS supply is not satisfactory for this type of wheelchair? Or are there other explanations?
- 23) Is this a recent phenomenon? Is the use of the private sector for active wheelchairs increasing over time?
- 24) More generally, how do you interpret the growing role of the private sector in wheelchair provision in the UK?

Subjective evaluation of the system

- 25) In your opinion, what are the advantages and the drawbacks of the current system?
- 26) How can we measure user satisfaction? Do you have a way to assess user satisfaction (e.g., through a questionnaire)?
- 27) Do you know if there is a problem with non-use of device?
- 28) What would you recommend to improve the system?