



## **Rapport final de recherche**

### **[Comparaison et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes handicapées : enquête de terrain en Belgique, Suède et Angleterre (COMPATEC)]**

AAP 2019 -Handicap et perte d'autonomie Session 10

Sylvain PICHETTI, Alice d'ESTEVE DE PRADEL, Maude ESPAGNACQ

23/12/2023

Soutenu par : INSERM

# TABLE DES MATIERES

NOTE D'INSTRUCTIONS AUX AUTEURS .....	3
I. PARTIE SCIENTIFIQUE.....	7
Résumé.....	8
Abstract .....	11
Synthèse longue .....	13
Rapport scientifique complet.....	30
II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE .....	31



## NOTE D'INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

Le rapport final vise à **présenter les résultats de recherche** soutenue au titre d'un appel à projets de l'IReSP. Complété par **l'annexe budgétaire finale**, ce dossier permet de rendre compte de l'ensemble du travail mené par les personnes impliquées dans ce projet.

Il est demandé au **coordonnateur scientifique du projet**, en incluant les éléments des éventuelles équipes partenaires, d'établir un rapport sur le modèle décrit ci-après et de le communiquer à l'IReSP à la **date indiquée par la convention**.

▲ Pour les **réseaux et communautés mixtes de recherche**, un modèle de rapport final est en cours de construction. Dans l'attente de sa mise en ligne, vous êtes invités à utiliser ce modèle, en l'adaptant selon les spécificités de ces modalités.

### 1. Le contenu du rapport

Le dossier de rapport final de recherche comprend **deux parties** : une partie scientifique et une partie sur la valorisation.

#### 1.1. Une partie scientifique

Cette partie permettra d'apprécier le travail scientifique réalisé par les équipes durant toute la durée de la recherche et de prendre connaissance de ses résultats. Elle pourra faire l'objet d'une relecture par un expert extérieur (qui devra signer un engagement de confidentialité).

Elle se décline en **trois sous-sections distinctes qui visent des objectifs et des lecteurs différents et qui ont vocation à être consultées indépendamment les unes des autres** : un résumé en français et en anglais, une synthèse longue en français et le rapport scientifique complet (**uniquement pour les projets financés dans le cadre du programme Autonomie soutenu par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, CNSA**, et rédigé en français).

##### ▪ Un résumé en français et en anglais

Dans ce résumé, vous communiquerez **les principaux éléments de la recherche**. Il doit être formulé de manière **simple et claire**, de sorte à **être compréhensible par un public initié mais non spécialiste du sujet**.

Le résumé sera **publié en l'état sur le site de l'IReSP** et sur tout autre support de diffusion de l'IReSP et du ou des financeur(s) afin de donner de la visibilité au projet et ses résultats.

Il doit présenter :

- le **contexte** et les **objectifs** du projet ;
- la **méthodologie** utilisée (très brièvement) ;
- les principaux **résultats** obtenus ;
- les apports ou **impacts potentiels** de ces résultats.

Deux versions doivent être rédigées, l'une en **français** et l'autre **anglais**.

Le format de chaque résumé est de **1 page en format A4**.



▪ **Une synthèse longue en français**

Cette synthèse permet de rendre compte des résultats de projet au(x) financeur(s) et autres membres du GIS-IReSP. Un effort particulier est attendu concernant la rédaction de ce document car c'est celui qui sera mobilisé de manière privilégiée au sein des institutions publiques afin d'éclairer leurs décisions. Il doit **présenter la méthodologie employée et les résultats obtenus afin de mettre en évidence leurs apports pour la communauté de la recherche et/ou pour la décision publique.**

La synthèse pourra être publiée **sur le site de l'IReSP et/ou sur les sites internet des financeurs** et sur tout autre support de diffusion de l'IReSP et du.es financeur.s.

Cette synthèse longue doit comporter entre **10 et 15 pages.**

Elle présente :

- **les messages clés du projet** dans un encart (ses résultats principaux, l'originalité du projet, ou encore ses apports pour la santé publique et/ou les politiques de l'autonomie) ;
- le **contexte** et les **objectifs** du projet ;
- la **méthodologie** utilisée (deux pages maximum) ;
- les principaux **résultats** obtenus ;
- les **apports** potentiels de ces résultats pour la communauté de recherche ;
- la manière dont ces résultats peuvent éventuellement **alimenter les réflexions et actions** de **décideurs, acteurs nationaux ou locaux**, ainsi que des professionnels des secteurs sanitaire, médico-social, social ou autres acteur, le cas échéant ;
- Dans le cadre d'une **recherche interventionnelle** : les **conditions de transférabilité** ou de mise à l'échelle et les points de vigilance (▲ si applicable) ;
- les **perspectives de recherches** ;
- les **15 principales références bibliographiques citées** en mettant en évidence, en caractères gras, les publications issues du projet (les autres publications issues du projet feront l'objet d'un recensement exhaustif dans la partie « Valorisation des résultats de la recherche »).

Si besoin, il est possible de réorganiser ce plan.

▲ Pour les **projets d'amorçage, projets pilote, contrats de définition et pour la mise en place de projets européens**, préciser : 1. les **conditions de faisabilité** du projet de recherche que vous envisagez de mener à partir de ce premier travail et 2. les principaux points sur lesquels il convient d'être **vigilant** concernant l'étude à venir, la **méthodologie**, les **partenariats**, les **coûts** ou encore le **calendrier**.

▪ **Rapport scientifique complet en français**

▲ La rédaction du rapport scientifique complet n'est **requise que pour les projets financés par la CNSA** (hors **projets d'amorçage, contrat de définition, communautés**



**mixtes des recherches** et les soutiens accordés pour la **mise en place de projets européens**).

Le rapport scientifique complet doit permettre de présenter de manière approfondie la **démarche scientifique** du projet et ses **résultats**. Il pourra lui aussi faire l'objet d'une relecture par un expert extérieur (qui devra là-encore signer un engagement de confidentialité).

Ce document sera mis en ligne sur le site institutionnel de la CNSA. Il pourra aussi être consulté par tout membre du GIS-IReSP.

Ces rapports permettent à la CNSA de **prendre connaissance** du projet et de ses **résultats de manière approfondie**, ce qui est indispensable pour qu'elle **appuie et oriente ses actions** sur ces connaissances. Ces rapports sont, par ailleurs, régulièrement mobilisés par la CNSA, en réponse à des sollicitations provenant d'autres institutions (ex : Inspection Générale des Affaires Sociales, Cour des comptes, ...).

Le rapport scientifique complet doit présenter :

- le **contexte** et les **objectifs** de la recherche (si pertinent, les modifications des objectifs par rapport au projet initial) ;
- les **méthodologies** utilisées ;
- les **résultats** détaillés ;
- la **bibliographie** ;
- les **annexes**.

La **longueur** du rapport scientifique complet est à adapter selon l'envergure et la complexité du projet et doit satisfaire aux exigences attendues pour un rapport scientifique final de recherche. **Des publications scientifiques issues du projet peuvent constituer des parties du rapport si elles s'y prêtent. Elles doivent être intégrées en totalité dans le rapport. Si elles sont en anglais, au moins le résumé traduit en français doit être intégré dans le rapport et l'article mis en annexe.**

Les **soutils visuels** (graphiques, tableaux etc.) permettant une meilleure compréhension du sujet sont appréciés.

Les **livrables** (brochures de présentation, capsules vidéo, thèses ou mémoires, articles soumis à des revues, articles publiés ou en cours de soumission, diaporamas en support d'une présentation orale, posters, etc...) réalisés au cours du projet doivent être transmis à l'IReSP à titre d'annexe(s).

Toute information confidentielle présentée dans ce rapport scientifique final et qui ne peut pas faire l'objet d'une divulgation aux destinataires mentionnés ou qui est sous embargo, doit être portée à la connaissance de l'IReSP.

Une date de fin d'embargo doit être communiquée pour une mise en ligne du rapport scientifique final sur le site de la CNSA.

## **1.2. Une partie sur la valorisation du travail et des résultats de la recherche**

Cette section est destinée à répertorier l'ensemble des productions issues du projet, destinées à un public relevant du milieu académique ou non.

Elle sera transmise au(x) financeur(s) et pourra être consultée par tout membre du GIS-IReSP. Les liens renseignés pourront être relayés sur le site internet de l'IReSP.

## 2. La forme, le format et l'accessibilité du rapport

Sur la **forme**, il est demandé :

- que le document soit rédigé en police **Calibri 12** et **interligne simple** ;
- que les graphiques, tableaux, photographies etc. soient **légendés** ;
- **que les sauts de pages** intégrés dans ce document entre chaque section soit conservés afin de permettre une lecture facilitée du document et la consultation des différentes sections indépendamment les unes des autres ;
- de **conserver les mises en forme** proposées dans un souci d'harmonisation des visuels.

Le rapport final de recherche devra être transmis en **format Word** à cette adresse [suiviprojets.iresp@inserm.fr](mailto:suiviprojets.iresp@inserm.fr)

### Sur l'**accessibilité du contenu du rapport final de recherche aux personnes en situation de handicap**.

La mise en forme du rapport final accessible pour le public en situation de handicap est requise. Afin de rendre les contenus compréhensibles et utilisables par toutes personnes en situation de handicap, les rédacteurs sont invités à **consulter les recommandations nationales sur l'accessibilité numérique**. Les rédacteurs peuvent consulter, entre autres documentations, le « [Kit d'accessibilité PDF, livret pédagogique](#) »<sup>1</sup> développé par le programme de recherche Fractures. Ci-dessous sont listés quelques conseils.

- Le texte ne devra pas être « justifié » (mais aligné à gauche)
- Conserver les accents sur les majuscules (ex : À, É, etc.)
- Expliciter les abréviations et acronymes
- Déclarer tout changement de langue
- Insérer une description des images, graphiques utilisés dans le rapport
- Détailler les données des graphiques
- Utiliser des couleurs de texte contrastées
- Utiliser les niveaux de titres automatiques et générer, si besoin, une table des matières automatique

---

<sup>1</sup> [https://www.fracturesnumeriques.fr/kit-accessibilite-pdf/livrets/livret\\_googledocs.pdf](https://www.fracturesnumeriques.fr/kit-accessibilite-pdf/livrets/livret_googledocs.pdf)

## I. PARTIE SCIENTIFIQUE

---



## Résumé

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

Sylvain Pichetti, Alice d'Estève de Pradel, Maude Espagnacq

### CONTEXTE

En France, l'efficacité de la politique publique de prise en charge des aides techniques est régulièrement questionnée, notamment l'absence de régulation des prix ainsi que les restes à charge élevés des usagers. La récente réforme du « 100% Santé » audiology, portée conjointement par le régulateur public et les complémentaires santé réduit significativement le reste à charge des usagers qui optent pour les appareils auditifs d'entrée de gamme inscrits dans le périmètre de la réforme, au détriment des usagers « hors périmètre » moins bien remboursés. A l'heure où les pouvoirs publics français s'interrogent sur l'opportunité de mettre en œuvre une politique du 100% santé pour les fauteuils roulants, les chercheurs de l'Irdes ont souhaité contribuer à la réflexion sur l'évolution de la politique publique française de prise en charge des aides techniques.

### OBJECTIFS

Le projet compare les dépenses publiques et restes à charge associés à plusieurs types d'aides techniques (fauteuils roulants, appareils auditifs, aides visuelles) dans des pays qui ont initié des réformes récentes et qui ont des politiques très différenciées : marchés privés sans régulation des prix (**France, Belgique**) versus marchés publics avec régulation des prix par appels d'offre (**Angleterre, Suède**).

### MÉTHODOLOGIE

La méthodologie associe un terrain à distance (questionnaire) et un terrain de proximité réalisé au cours de trois voyages d'études (Belgique, Suède et Angleterre). Le terrain à distance a permis de récupérer des informations descriptives sur les systèmes tandis que les voyages d'étude ont amélioré la compréhension des changements de politiques en cours (Belgique : 11 entretiens ; Suède : 13 entretiens ; Angleterre : 14 entretiens).

### PRINCIPAUX RÉSULTATS

En France, l'absence de régulation des prix conduit à augmenter les dépenses publiques et les restes à charge des usagers. Les dépenses publiques françaises (par fauteuil roulant distribué) sont deux fois plus élevées pour les fauteuils roulants de base que dans le comté de Stockholm (reste à charge nul dans tous les pays) et 20% plus élevées pour les fauteuils roulants actifs (mais avec des restes à charge compris entre 300€ et 1 100€ en France versus des restes à charge nuls dans les autres pays). Les écarts de dépenses publiques sont en revanche très réduits pour les fauteuils électriques verticalisateurs (4% seulement entre la France et le Comté de Stockholm, mais avec des restes à charge compris entre 4 400€ et 19 000€ en France vs 40€/par an en Suède).

En Angleterre, la régulation par appel d'offre permet d'engager un niveau de dépenses publiques deux fois plus faibles pour les aides auditives (en intégrant le coût du parcours de l'utilisateur) par rapport à la Belgique ou la France, dès lors que l'on ajoute à la participation publique celle des couvertures santé complémentaires. L'avantage comparatif de la régulation des prix est en revanche plus réduit pour les aides visuelles.

### APPORTS OU IMPACTS POTENTIELS





Ces résultats incitent à explorer la voie d'une régulation des prix des aides techniques impliquant directement le régulateur public et les industriels, sans doute plus efficace que la multiplication des politiques de 100% santé.





## **Abstract**

# Comparison and change in the funding of assistive devices for disabled people.

Sylvain Pichetti, Alice d'Estève de Pradel, Maude Espagnacq

### **CONTEXT**

In France, the effectiveness of public policy on the funding of assistive devices is regularly questioned, particularly the lack of price regulation and the high out-of-pocket payments incurred by users. The recent reform of the 100% health scheme for hearing aids, supported jointly by the public regulator and the complementary health insurance schemes, significantly reduces the out-of-pocket expenses of users who choose aids covered by the reform, to the detriment of users "outside the scope" who are less well reimbursed. While the French public authorities are considering whether to duplicate this 100% health policy for wheelchairs, Irdes researchers wanted to contribute to reflection on the evolution of French public policy on the funding of assistive devices.

### **OBJECTIVES**

The project involves a comparative analysis of public spending and out-of-pocket payments linked to various types of assistive devices, such as wheelchairs, hearing aids, and visual aids. The focus is on countries that have recently implemented reforms and exhibit distinct policies: those with private markets lacking price regulation, such as France and Belgium, and those with public markets where price regulation is enforced through calls for tender, as seen in England and Sweden.

### **METHODS**

The methodology integrates both a remote survey, conducted through a questionnaire, and an on-site survey undertaken during three study trips to Belgium, Sweden, and England. The remote survey aimed to gather descriptive information about the systems, while the study trips enhanced comprehension of the ongoing policy changes (Belgium: 11 interviews; Sweden: 13 interviews; England: 14 interviews).

### **MAIN RESULTS**

In France, the absence of price regulation is causing a surge in both public spending and out-of-pocket payments for users. Public spending in France is double for basic wheelchairs compared to Stockholm County (no out-of-pocket expenses in all countries) and 20% higher for active wheelchairs (but with out-of-pocket expenses ranging from €300 and €1,100 in France, compared with 0€ in other countries). On the other hand, there is very little difference in public spending on electric standing wheelchairs (only 4% between France and Stockholm County, but with out-of-pocket payments of between €4,400 and €19,000 in France compared with €40/year in Sweden). In England, regulation by calls for tender results in public spending on hearing aids (including the cost of the user's journey) only half as high as in Belgium or France, once complementary health coverage is added to the public contribution. However, the comparative advantage of price regulation is more limited for visual aids.

### **OUTCOMES OR POTENTIAL IMPACTS**

These findings motivate us to consider the potential regulation of prices for assistive devices through collaboration between the public regulator and manufacturers. Such an approach is likely to be more effective than the proliferation of 100% health policies.



## Synthèse longue

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
◀ Modalité du projet ( Choisissez un élément. Modalité du projet ▶

### Messages clés du projet

- ....
- ...
- ...



### **Messages clés du projet**

#### **Originalité du projet**

La politique de financement public des aides techniques est régulièrement questionnée en France, notamment l'absence de régulation des prix et les restes à charge importants qui peuvent en découler pour les usagers. La réforme récente du 100% santé aides auditives, portée par le régulateur public et les complémentaires santé réduit le reste à charge des usagers qui optent pour les aides inscrites dans le périmètre de la réforme, mais au détriment des usagers « hors périmètre » qui peuvent être moins bien remboursés. Alors que les pouvoirs publics s'interrogent sur l'opportunité de mettre en œuvre une politique de 100% santé pour les fauteuils roulants, les résultats de ce projet de recherche, qui compare les dépenses publiques et les restes à charge associés aux aides techniques dans plusieurs pays, permettent d'alimenter une réflexion sur l'évolution de la politique publique française de prise en charge des aides techniques.

#### **Résultats principaux**

A l'issue d'une comparaison des dépenses publiques et des restes à charge impliquant plusieurs pays européens (France, Belgique, Suède et Angleterre), il apparaît que l'absence de régulation des prix en France conduit à devoir assumer un haut niveau de dépenses publiques et des niveaux de restes à charge qui peuvent être plus élevés que dans les autres pays. Les dépenses publiques françaises sont deux fois plus élevées pour les fauteuils roulants de base que dans le comté de Stockholm (pour un reste à charge nul dans les deux pays) et 20% plus élevées pour les fauteuils roulants actifs (mais avec des restes à charge compris entre 300€ et 1 100€ en France (avant intervention de la complémentaire santé) versus des restes à charge nuls dans le comté de Stockholm). Les écarts de dépenses publiques sont en revanche plus réduits pour les fauteuils électriques verticalisateurs (4% seulement entre la France et le comté de Stockholm), mais avec des restes à charge variant entre 4 400€ et 19 000€ selon que les usagers recourent aux financements extra-légaux et à leur complémentaire santé ou qu'ils comptent exclusivement sur les financements légaux (Assurance maladie obligatoire et PCH) vs 40€/par an en Suède.

En Angleterre, la régulation par appel d'offres permet d'engager un niveau de dépenses publiques deux fois plus faible pour les aides auditives (en intégrant le coût du parcours de l'utilisateur) par rapport à la Belgique ou la France. La réduction des prix permise par les appels d'offre est en revanche moins importante pour les aides visuelles que pour les autres aides techniques étudiées.

#### **Apports pour les politiques de l'autonomie**

L'absence de régulation des prix contraint la France à déployer des politiques de remboursement des usagers toujours plus coûteuses en termes de dépenses publiques ou à réaliser des arbitrages qui peuvent être préjudiciables aux usagers (couverture à géométrie variable des politiques de 100% santé).

Nos résultats incitent 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 restes à charge que la multiplication des politiques de 100% santé. Nos résultats soulignent toutefois les limites d'une régulation par appels d'offre qui peut conduire à une raréfaction de l'offre d'aides techniques prises en charge par les financements publics. L'étude des expériences anglaise et suédoise montre ainsi l'importance pour les pouvoirs publics de concevoir un panier intégralement pris en charge suffisamment attractif en termes de qualité et de diversité pour éviter que les usagers ne s'en détournent.

## Contexte et objectifs du projet

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 conduit à un haut niveau de dépenses publiques et sur une solvabilisation du reste à charge qui impose de recourir à de nombreux financeurs.

Un empilement complexe de financements publics permet de solvabiliser l'acquisition des aides techniques pour les personnes en situation de handicap. Pour les fauteuils roulants et les aides auditives -mais pas pour les aides visuelles-, un premier étage de financement est assuré par l'Assurance maladie obligatoire, éventuellement complété -en cas de reste à charge- par un deuxième étage de financement légal assuré par la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). Au-delà de ces deux étages de financement légal peut intervenir un financement par les organismes de couverture complémentaire pour les personnes couvertes. Le périmètre de l'aide extra-légale intervient au-delà avec des financements régionaux (conseil régional) ou départementaux (aide extra légale du département et Fonds de Compensation Départemental). Pour les aides visuelles, le premier étage de financement est la PCH sur lequel peuvent venir se superposer les financements extra-légaux.

En l'absence de régulation des prix, le régulateur public doit arbitrer sur la façon dont il partage le coût entre le(s) financeur(s) public(s) et l'utilisateur. En France, un troisième acteur est également mobilisé pour partager ce coût, les complémentaires santé privées. Si le régulateur public 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 garantit une prise en charge intégrale sur un périmètre restreint d'aides auditives, financé conjointement par l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé privées. En contrepartie de cet effort de financement concentré sur le périmètre de la politique 100% santé audiologie, les complémentaires santé ne sont plus contraintes de garantir une prise en charge minimale du reste à charge de l'assuré pour les aides hors périmètre. Cette politique publique a le mérite d'améliorer significativement la prise en charge des assurés 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. Ce déport des dépenses de financement des aides techniques sur les complémentaires santé n'est évidemment pas neutre puisqu'il est répercuté sur les primes d'assurance souscrites par les usagers.

A l'heure où les pouvoirs publics français s'interrogent sur l'opportunité de mettre en œuvre une politique de 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 conduisent à un partage des coûts entre le régulateur public et les organismes complémentaires 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. Cette régulation des prix entre le régulateur public et les industriels des aides techniques est pourtant présentée comme un levier important, 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.

**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 mais qui se rattachent à des modèles de financement différenciés : marchés privés sans régulation des prix (**France et Belgique**) *versus* marchés publics avec régulation des prix par appels d'offre (**Suède et Angleterre**). 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). 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) qui peut financer l'acquisition d'aides techniques. 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.

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 s'ajouter le financement du Fonds de Compensation Départemental ainsi que d'autres financements extra-légaux. La réforme belge de 2019 a confié au seul acteur régional le financement des fauteuils roulants, ce qui représente un intérêt important vu de France. Même si la MDPH endosse en France le rôle de guichet unique qui coordonne les différents financeurs publics, certains financeurs extra légaux (AGEfiph, CCAS) doivent encore être sollicités en parallèle, ce qui laisse une marge de progression dans la simplification administrative qui est proposée aux usagers.

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% santé audiology 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 appareils auditifs de classe 1 pour les assurés détenteurs d'un contrat de couverture complémentaire. Certains des effets de la réforme 100% santé audiology



peuvent être anticipés en analysant 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 appareils auditifs qui sont proposés.

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'offres passés au niveau régional qui permettent de réduire fortement les dépenses publiques consacrées à cet approvisionnement. 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 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. 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.

## Méthodologie

La méthodologie associe **un terrain à distance** (envoi de questionnaires) et **un terrain de proximité** réalisé au cours de trois voyages d'études (Belgique (février 2022), Suède (octobre 2022), Angleterre (avril 2023)) qui ont permis d'interroger des spécialistes des aides techniques et de réaliser des observations dans des magasins d'aides techniques ainsi que dans des centres de soins.

Dans le cadre du terrain à distance, plusieurs questionnaires (un par type d'aides techniques) ont été diffusés auprès de spécialistes des aides techniques (chercheurs, institutionnels) dans l'optique de récupérer des informations descriptives sur chaque pays, et notamment des informations sur le financement des aides techniques qui constitue l'axe central de ce projet de recherche.

Chaque questionnaire était structuré de la façon suivante (cf. encadré).

### A. Informations sur la personne qui complète le questionnaire

- Pays pour lequel les informations sont collectées
- Identité, profession et institution 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**

Les voyages d'étude ont permis de mieux comprendre les changements des politiques en cours (Belgique : 11 entretiens ; Suède : 13 entretiens ; Angleterre : 14 entretiens) et ont également été l'occasion de compléter les informations sur les financements publics et les restes à charge (si les informations obtenues par les questionnaires à distance n'étaient pas suffisantes).

La première partie des résultats « **Quel impact de la régulation des prix des aides techniques sur les dépenses publiques et les restes à charge des usagers ?** » est réalisée selon la méthodologie suivante. Les deux éléments de comparaison concernent le montant engagé par chaque Etat pour fournir une unité d'aide technique (un fauteuil roulant spécifique, un appareil auditif...) et le reste à charge individuel correspondant. S'agissant du montant engagé par chaque Etat, cela correspond soit au montant individuel de remboursement public consacré à une unité d'aide technique dans les pays qui relèvent des marchés privés (France et Belgique) soit au prix payé par le régulateur public pour les pays concernés par les marchés publics (Suède et Angleterre). La comparaison neutralise les différences de niveau de vie entre pays en tenant compte des indices de pouvoir d'achat de l'OCDE 2022. Enfin, 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.

La deuxième partie des résultats « **Information, accompagnement au choix et restes à charge : quels modèles de mise à disposition des aides techniques maximisent la satisfaction des usagers ?** » a été rédigée à partir des entretiens qualitatifs réalisés dans le cadre des voyages d'étude effectués au cours du projet.

## Résultats obtenus

La comparaison des pays sélectionnés met en évidence qu'en France, l'absence de régulation des prix conduit à devoir assumer un haut niveau de dépenses publiques et des restes à charge avant prise en charge par les complémentaires santé et les financements extra légaux qui peuvent être élevés pour certaines aides techniques.

### Comparaison des dépenses publiques et restes à charge (RAC) consacrés aux fauteuils roulants selon les pays/régions

Exemples de modèles	Marché privé (absence de régulation des prix) Dépenses publiques (montants remboursés par les financeurs publics) /RAC						Marché public (régulation des prix) Dépenses publiques (prix d'achat des fauteuils roulants par le régulateur public) /RAC									
	France		Belgique (Flandre)		Belgique (Wallonie)		Suède (Stockholm) Prix région		Suède (Scanie) Prix région		Suède (Södermanland) Prix région		Suède (Norrbotten) Prix région		Angleterre (NHS)	
<b>Fauteuil roulant manuel de base</b>																
INVACARE, « Action 3 NG » (code LPP : 4107723)	<b>573€</b>	<b>RAC 0€*</b>	<b>772€</b>	<b>RAC 0€</b>	Non référencé		[Panthera S3] <b>220€</b>	<b>RAC 0€</b>	[ETAC, Cross 6] <b>424€</b>	<b>RAC 0€</b>	[Exigo Sunrise] <b>370€</b>	<b>RAC 0€</b>	[Etac Cross] <b>513€</b>	<b>RAC 0€</b>	[Sunrise Rubix] <b>370€</b>	<b>RAC 0€</b>
VERMEIREN, « V500 » (code LPP : 4118193)	<b>620€</b>	<b>RAC 0€*</b>	<b>772€</b>	<b>RAC 0€</b>	<b>798€</b>	<b>RAC 0€</b>	Non référencé		Non référencé		Non référencé		Non référencé		Non référencé	
SUNRISE MEDICAL, « Style X Ultra » (code LPP : 4107723)	<b>573€</b>	<b>RAC 0€*</b>	Non référencé		Non référencé		Non référencé		Non référencé		Non référencé		Non référencé		Non référencé	
<b>Fauteuil roulant actif</b>																

INVACARE, « Action 5 rigid » (code LPP : 9124689)	<b>573€</b>	<b>RAC 1 132€*</b>	<b>2 277€</b>	<b>RAC 0€</b>	Non référencé		[Cross 6] <b>478€</b>	<b>RAC 0€</b>	<b>244€ - 572€</b>	<b>RAC 0€</b>	[Panthera S3 Sunrise] <b>1 018€</b>	<b>RAC 0€</b>	[Panthera] <b>1 855€</b>	<b>RAC 0€</b>	<b>806€</b>	<b>RAC 0€</b>
QUICKIE « Life R » (code LPP : 9166630)	<b>1 148€</b>	<b>RAC 480€*</b>	<b>2 277€</b>	<b>RAC 0€</b>	Non référencé		Non référencé		<b>1 579€</b>	<b>RAC 0€</b>	Non référencé		Non référencé		Non référencé	
VERMEIREN « Sagitta » (code LPP : 9122064)	<b>1 148€</b>	<b>RAC 286€*</b>	<b>2 277€</b>	<b>RAC 0€</b>	<b>2 353€</b>	<b>RAC 0€</b>	Non référencé		<b>1 500€</b>	<b>RAC 0€</b>	Non référencé		Non référencé		Non référencé	
<b>Fauteuil roulant électrique verticalisateur</b>																
OTTO BOCK, « C 1000 SF » (code LPP: 9161615)	<b>10 657€</b>	<b>RAC 4 424€**- 17 962€*</b>	Non référencé		Non référencé		Non référencé		Non référencé		Non référencé		<b>3 906€</b>	<b>RAC 0€</b>	Non référencé	
PERMOBIL, « F5 Corpus VS » (code LPP : 9155483)	<b>10 657€</b>	<b>RAC 4 424€**- 18 771€*</b>	<b>6 702€</b>	<b>RAC 25 224€</b>	<b>6 926€</b>	<b>RAC 25 598€</b>	<b>10 258€</b>	<b>RAC 39€/ an</b>	Non référencé		<b>10 867€</b>	<b>RAC 47€/ an</b>	Non référencé		Non référencé	
SUNRISE MEDICAL, « Q 700 UP M » (code LPP: 9167090)	<b>10 657€</b>	<b>RAC 4 424€**- 16 317€*</b>	Non référencé		Non référencé		Non référencé		<b>7 154€</b>	<b>RAC 39€/an</b>	Non référencé		Non référencé		Non référencé	

Note : Toutes les dépenses publiques et les restes à charge sont calculés en tenant compte des indices de pouvoir d'achat de l'OCDE 2022.

\* En France, restes à charge après financements légaux (Assurance maladie obligatoire et PCH), sans prise en compte des financements complémentaires (complémentaire santé et financements extra légaux).

\*\* Les données de l'enquête Phedre nous ont permis d'estimer des restes à charge moyens après intervention des financements extra-légaux (Fonds départemental de compensation, centre communal d'action sociale...) et de la complémentaire santé pour les usagers qui font l'acquisition d'un fauteuil roulant verticalisateur (données Phedre).

Les dépenses publiques françaises sont deux fois plus élevées pour les fauteuils roulants de base que dans le comté de Stockholm (le reste à charge est nul dans tous les pays) mais 35% plus faibles qu'en Flandre où les dépenses publiques sont les plus élevées. L'absence de régulation des prix contraint la France à

engager des dépenses publiques 20% plus élevées pour les fauteuils roulants actifs par rapport au comté de Stockholm (mais avec des restes à charge qui peuvent atteindre 1 100€ en France (avant intervention des complémentaires santé) *versus* des restes à charge nuls dans les autres pays). Les écarts de dépenses publiques sont en revanche plus réduits pour les fauteuils électriques verticalisateurs (4% seulement entre la France et le comté de Stockholm), mais avec des restes à charge compris entre 4 400€ et 19 000€ selon que les usagers mobilisent ou non les financements extra légaux et leur complémentaire santé ou se contentent des seuls financements légaux (Assurance maladie obligatoire et PCH) vs 40€/par an dans le comté de Stockholm et en Scanie. Seuls les restes à charge observés en Belgique pour les fauteuils électriques verticalisateurs sont plus élevés que les restes à charge français. En contrepartie, l'offre de fauteuils roulants est beaucoup plus étoffée en France dans toutes les catégories assurant une représentation de tous les distributeurs, censée couvrir une grande diversité de besoins. Dans les pays qui y recourent massivement, la logique des appels d'offre provoque l'éviction de certains distributeurs qui ne sont plus référencés du panier public. L'Angleterre, qui pousse à l'extrême la logique de réduction de la dépense publique, choisit d'ailleurs de ne référencer aucun fauteuil roulant électrique verticalisateur, contraignant les usagers qui souhaiteraient en obtenir à se reporter sur le marché privé, sans bénéficier d'aucun financement public. Les nouvelles politiques de voucher introduites en Suède et en Angleterre -respectivement réforme du *Libre choix* et du *Personal Wheelchair Budget*- qui permettent aux assurés de s'orienter vers le marché privé pour bénéficier d'une offre plus élargie n'ont eu pour l'heure qu'un impact très modeste pour les fauteuils roulants.

#### Comparaison des dépenses publiques et restes à charge (RAC) 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	France	Stockholm (prix région)	Scanie (prix région)	Södermanland (prix région)	Norrbottn (prix région)	Angleterre (NHS)
<b>Appareils auditifs</b>	Exemples de modèles	Deux montants de remboursement, qui couvrent le coût du suivi de l'utilisateur, plus généreux pour les pertes auditives >70dB (600€ par Assurance maladie obligatoire et PCH)** versus 400€* (Assurance maladie 240€ (soit 60% de la base de remboursement de 400€) et prise en charge du ticket modérateur par la PCH) (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	Le coût indiqué est le prix de l'appareil, le coût complet comprend le suivi de l'utilisateur.
<b>Classe 1</b>								

RIC ("receiver in the ear")	OTICON Siya RIC (code LPP :2351057)	<b>435€ (950€</b> coût complet partagé entre public et complémentaires santé)	<b>RAC# 0€</b> [Prix privé : 950€]	Pas de modèle équivalent		[Bernafon Zerena 5 minirite] <b>134€</b>	<b>RAC 67€</b>	[Bernafon Alpha 9 minirite] <b>126€</b>	<b>RAC 95€</b>	Pas de modèle équivalent		Pas de modèle équivalent		Pas de modèle équivalent	
CIC/IIC/ITE Intra auriculaire	SIGNIA Silk 3NX (code LPP : 2351057)	<b>435€ (950€</b> coût complet partagé entre public et complémentaires santé)	<b>RAC# 0€</b> [Prix privé : 950€]	Pas de modèle équivalent		[Bernafon Zerena 5 Custom] <b>166€</b>	<b>RAC 67€</b>	[Bernafon Alpha 9] <b>126€</b>	<b>RAC 95€</b>	Pas de modèle équivalent		Pas de modèle équivalent		Pas de modèle équivalent	
BTE Contour	PHONAK B30 P (code LPP : 2351057)	<b>435€ (950€</b> coût complet partagé entre public et complémentaires santé)	<b>RAC# 0€</b> [Prix privé : 950€]	<b>903€</b>	<b>RAC 536€</b>	[Bernafon Zerena 5 BTE] <b>166€</b>	<b>RAC 67€</b>	[Bernafon Alpha 9 MNB] <b>126€</b>	<b>RAC 95€</b>	Pas de modèle équivalent		Pas de modèle équivalent		<b>50€</b> Coût complet : <b>417€</b>	<b>RAC 0€</b>
<b>Classe 2</b>															
RIC ("receiver in the ear")	OTICON More 2 (code LPP : 2392530)	<b>435€*/652€**</b>	<b>RAC# 745€*/471€**</b>	Pas de modèle équivalent		[Phonak Audéo M70-RT] <b>119€</b>	<b>RAC 67€</b>	[Phonak Audéo M90-RT] <b>126€</b>	<b>RAC 95€</b>	Pas de modèle équivalent		[Oticon More 1 Minirite T] <b>111€</b>	<b>RAC 63€</b>	Pas de modèle équivalent	
CIC/IIC/ITE Intra auriculaire	STARKEY Muse iQ i2000 (code LPP:2392530)	<b>435€*/652€**</b>	<b>RAC# 750€*/533€**</b>	<b>903€</b>	<b>RAC 1 589€</b>	Pas de modèle équivalent		Pas de modèle équivalent		Pas de modèle équivalent		[Resound Quattro 9 ITE] <b>112€</b>	<b>RAC 63€</b>	Pas de modèle équivalent	
BTE Contour	SIGNIA Motion 5nx (code LPP :2392530)	<b>435€*/652€**</b>	<b>RAC# 859€*/641€**</b>	Pas de modèle équivalent		Pas de modèle équivalent		[SIGNIA Motion 13 7Nx] <b>126€</b>	<b>RAC 95€</b>	Pas de modèle équivalent		[Signia Motion 7X] <b>131€</b>	<b>RAC 63€</b>	Information manquante	
<b>Classe 3</b>															
RIC ("receiver in the ear")	PHONAK Audéo Paradise 90R (code LPP : 2392530)	<b>435€*/652€**</b>	<b>RAC# 1 076€*/859€**</b>	<b>903€</b>	<b>RAC 2 063€</b>	[Signia Charge & Go 7X] <b>143€</b>	<b>RAC 67€</b>	[Signia Pure Charge&Go T 7AX] <b>126€</b>	<b>RAC 95€</b>	<b>126€</b>	<b>RAC 103€</b>	<b>144€</b>	<b>RAC 63€</b>	Pas de modèle équivalent	

CIC/IIC/ITE <i>Intra auriculaire</i>	WIDEX Moment 440 CIC (code LPP : 2392530)	<b>435€*/652€**</b>	<b>RAC# 1 130€*/913€**</b>	Pas de modèle équivalent	<b>176€</b>	<b>RAC 67€</b>	<b>126€</b>	<b>RAC 95€</b>	Pas de modèle équivalent	<b>108€</b>	<b>RAC 63€</b>	Pas de modèle équivalent	
BTE <i>Contour</i>	STARKEY Livio AI 2400 BTE (code LPP : 2392530)	<b>435€*/652€**</b>	<b>RAC# 1 076€*/859€**</b>	Pas de modèle équivalent	[Widex Moment BTE 13 D 440] <b>176€</b>	<b>RAC 67€</b>	[Widex Moment BTE 13 D 440] <b>126€</b>	<b>RAC 95€</b>	Pas de modèle équivalent	[Resound Omnia RU977 DWC] <b>128€</b>	<b>RAC 63€</b>	<b>111€ Coût complet : 483€</b>	<b>RAC 0€</b>

Note : Toutes les dépenses publiques et les restes à charge sont calculés en tenant compte des indices de pouvoir d'achat de l'OCDE 2022.

\*/\*\* L'appareil OTICON More 2 (classe 2) bénéficie d'un remboursement public de 400€ pour les pertes auditives inférieures à 70 dB (valeur 435€ en tenant compte des indices de pouvoir d'achat de l'OCDE), ce qui porte le reste à charge de l'utilisateur à 745€ en tenant compte de la parité de pouvoir d'achat. Pour une perte auditive supérieure à 70 dB, le remboursement public cumulé atteint 600€ (652€ en tenant compte de la parité de pouvoir d'achat), ce qui porte le reste à charge à 471€.

# En France, restes à charge après financements légaux (Assurance maladie obligatoire et PCH), sans prise en compte des financements complémentaires (complémentaire santé et financements extra légaux).

En Angleterre, la régulation par appel d'offres permet d'engager un niveau de dépenses publiques deux fois plus faibles pour les aides auditives (en intégrant le coût du parcours de l'utilisateur) par rapport à la France ou la France, dès lors que l'on ajoute à la participation publique celle des couvertures santé complémentaires. Toutefois, la recherche d'une efficacité maximale qui guide les appels d'offre anglais conduit à concentrer les commandes sur les seuls appareils BTE (contour) -seuls accessibles par le NHS- et ne permettent donc pas de couvrir l'intégralité des besoins, au contraire du marché français qui est celui qui offre le plus grand nombre de références. Le système de voucher introduit en Suède -*Libre choix*- qui octroie aux usagers qui le souhaitent un chèque qui leur permet de faire l'acquisition de leur aide auditive sur le marché privé, gage d'une offre plus étoffée, a rencontré un vif succès dans les rares comtés qui l'ont mis en œuvre. Dans la région de Stockholm, 93% des prescriptions d'appareils auditifs se font par le *Libre choix*. Le système de libre choix illustre ainsi les limites du système traditionnel de mise à disposition des aides auditives, caractérisé par une offre moins diversifiée que le secteur privé et par les files d'attente importantes qu'il impose aux usagers.

L'avantage comparatif de la régulation des prix est en revanche plus réduit pour les aides visuelles.

Les écarts de dépenses publiques entre pays sont moins élevés pour les aides visuelles, hormis toutefois dans la catégorie des téléagrandisseurs pour laquelle les dépenses suédoises sont plus de quatre fois plus faibles que celles qui prévalent en France (et alors que les usagers français doivent encore supporter des restes à charge entre 2000€ et 2800€ avant intervention des aides extra légales).

**Comparaison des dépenses publiques et restes à charge (RAC) consacrés aux 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 (NHS)
Aides visuelles	Exemples de modèles [Marque, modèle]											
Plage braille	• Freedom Scientific; Focus 14 5th generation	<b>1 433€</b>	RAC 0€*	<b>1 385€</b>	RAC 0€	<b>919€</b>	RAC 0€	[Focus 14 Blue] <b>1 018€</b>	RAC 0€	[Focus 14 Blue V5] <b>912€</b>	RAC 0€	<b>Non disponible 1 427€ (privé)</b>
	• Humanware; Brailiant 14	<b>1 283€</b>	RAC 0€*	Pas de modèle équivalent		Pas de modèle équivalent		Pas de modèle équivalent		Pas de modèle équivalent		<b>Non disponible</b>
Téléagrandisseur avec fonction vocale	• Humanware; Reveal 16i full HD	<b>4 365€</b>	RAC 2 191€*	Pas de modèle équivalent		<b>3 542€</b>	RAC 0€	[Magnilink Zip Premium FHD 17] <b>1 412€</b>	RAC 47€ par an	[Mezzo Focus 20 med X/Y bord] <b>1 131€</b>	RAC 0€	<b>Non disponible 2 190€ (privé)</b>
	• Koba Vision ; Vocatex	<b>4 300€</b>	RAC 2 772€*	<b>4 502€</b>	RAC 0€	[Low Vision International; Magnilink Zip 17] <b>1 356€</b>	RAC 0€	Pas de modèle équivalent		Pas de modèle équivalent		<b>Non disponible 4 768€ (privé)</b>
Lecteur de livres (Daisy)	• Humanware ; Victor Reader Stream	<b>347€</b>	RAC 0€*	<b>316€</b>	RAC 0€	<b>234€</b>	RAC 0€	[Victor reader stream 2] <b>307€</b>	RAC 8€ par an	Pas de modèle équivalent		<b>Non disponible 406€ (privé)</b>
	• Shinano Kenshi; PlexTalk Linio Pocket Humanware Victor Stratus 4 M	<b>347€</b>	RAC 0€*	Pas de modèle équivalent		<b>269€</b>	RAC 0€	Pas de modèle équivalent		[Victor Reader Stratus 4] <b>273€</b> (3 242 SEK); [i-Speak 2] <b>241€</b>	RAC 0€	<b>Non disponible 493€ (privé)</b>



	• Bones ; MileStone 312 ACE	<b>399€</b>	<b>RAC 0€*</b>	Pas de modèle équivalent	<b>323€</b>	<b>RAC 0€</b>	Pas de modèle équivalent	[Milestone 312] <b>417€</b>	<b>RAC 0€</b>	<b>Non disponible 493€ (privé)</b>
--	-----------------------------	-------------	--------------------	-----------------------------	-------------	-------------------	-----------------------------	-----------------------------------	-------------------	--

RAC : Reste à charge. Toutes les dépenses publiques et les restes à charge sont calculés en tenant compte des indices de pouvoir d'achat de l'OCDE 2022.

\*En France, restes à charge après financements légaux (Assurance maladie obligatoire et PCH), sans prise en compte des financements complémentaires (complémentaire santé et financements extra légaux).

Plusieurs obstacles au recours ou à l'usage des aides techniques apparaissent en France et sont rendus encore plus visibles par la comparaison mise en œuvre dans cette étude.

**La mise en place d'une transparence accrue dans l'information, à l'instar du modèle suédois, apparaît essentielle pour éliminer les barrières à l'entrée du parcours de soins.** De ce point de vue, l'expérimentation française des Equipes Locales d'Accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT) en cours apparaît comme un levier particulièrement intéressant et prometteur pour améliorer l'information des usagers et garantir peut-être des choix plus éclairés d'aides techniques. Ces équipes composées d'ergothérapeutes et d'intervenants sociaux qui accompagnent les bénéficiaires de la PCH ou de l'APA et/ou leurs aidants pour les informer, leur faire essayer les aides techniques et orienter vers celle qui est la plus appropriée pour l'utilisateur. La généralisation des EqLAAT à l'ensemble du territoire français est prévue pour le 1er janvier 2025. En parallèle de ce dispositif et avant même la généralisation des EqLAAT, la mise en place d'un site public d'information sur le modèle du 1177 suédois permettrait de mettre à disposition une information objective et neutre d'intérêts commerciaux au service des usagers.

**Un autre obstacle à l'accès aux aides techniques est de nature financière,** avec des restes à charge possiblement élevés et difficiles à anticiper. Le meilleur levier pour réduire les restes à charge associés aux aides techniques en France serait une régulation des prix entre la tutelle publique et les industriels, qui n'est pas d'actualité dans notre pays. Nos résultats mettent toutefois en garde sur les revers d'une régulation des prix qui peut conduire à un appauvrissement de la diversité et de la qualité des aides techniques proposées. En Angleterre, la pression imposée aux industriels pour obtenir des prix plus réduits peut se traduire par le choix de certains de ne pas servir le marché aux conditions imposées par le régulateur. En France, en l'absence de projet d'introduire une régulation des prix des aides techniques, les autorités publiques lui préfèrent une politique de dispositifs de 100% santé mobilisant financeur public et complémentaires santé privées pour assurer un reste à charge nul sur un périmètre restreint d'aides techniques, quitte à moins bien rembourser les usagers des aides qui se situent en dehors du périmètre du 100% santé. Cette politique du 100% santé n'est toutefois pas dénuée de risques. Un premier porte sur l'équité de traitement entre assurés, l'accès au 100% santé étant conditionné au fait de détenir une complémentaire santé. Un deuxième risque est lié au fait qu'une partie des usagers peut être orientée vers les offres du 100% santé alors que leurs besoins nécessiteraient des offres plus sophistiquées. Il existe alors un risque d'augmentation du non-usage des aides, risque bien identifié en Angleterre pour les aides auditives.

**Notre étude met également en évidence l'importance de l'accompagnement au choix des aides techniques.** Cet accompagnement au choix est confié depuis plusieurs années aux ergothérapeutes en Suède et au Royaume-Uni et cette stratégie est associée à de bons résultats ainsi que le montre notre étude. Le rôle plus central accordé dorénavant en France aux ergothérapeutes (depuis juillet 2023) dans la prescription d'aides techniques pourrait avoir un impact positif sur la qualité de l'accompagnement -impact qu'il conviendra d'évaluer le temps venu- à condition toutefois que les médecins acquièrent le réflexe de l'adressage à l'ergothérapeute pour les patients qui en ont besoin. Toutefois, dès lors que les ergothérapeutes en ville ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire, un adressage auprès de ces professionnels laissera un reste à charge pour les usagers. L'alternative sera d'adresser l'utilisateur aux équipes pluridisciplinaires qui comportent des ergothérapeutes dans les MDPH, au risque toutefois de créer des files d'attente importantes, préjudiciables à la prise en charge des usagers. Pour limiter les files d'attente, des financements supplémentaires devront être alloués par les conseils départementaux pour embaucher des ergothérapeutes en renfort -à condition de trouver ces financements-, avec un risque de fortes iniquités territoriales entre les départements qui réaliseront cet investissement et ceux qui ne seront en mesure de les réaliser, faute de moyens financiers.

### Apports potentiels de ces résultats pour la communauté de recherche

**La méthodologie développée dans ce projet de recherche**, reposant sur l'articulation d'un terrain à distance (questionnaire envoyé) et d'un terrain de proximité (voyages d'études), **s'est avérée très adaptée pour collecter des informations complexes** à rassembler comme des données de prix, de remboursements publics et de restes à charge. Les deux modes de collecte de l'information se sont montrés complémentaires : le questionnaire à questions fermées envoyé à distance à des interlocuteurs sélectionnés a permis de récupérer des informations descriptives et chiffrées des différents systèmes tandis que les voyages d'études donnant lieu à des entretiens et observations de terrains ont permis de recouper les informations recueillies dans le terrain à distance tout en recueillant des informations de nature explicative et interprétative. **Cette méthodologie originale peut être mobilisée pour réaliser d'autres études** reposant sur des comparaisons internationales. Par ailleurs, le projet a permis de constituer un **réseau de chercheurs et institutionnels spécialistes des aides techniques** dans plusieurs pays européens ayant engagé des réformes récentes sur la mise à disposition des aides techniques (Belgique, Suède, Angleterre). Les chercheurs de l'Irdes entendent conserver un lien avec ces spécialistes des aides techniques afin de les mobiliser le cas échéant dans l'hypothèse où de nouvelles réformes du financement des aides techniques adviendraient dans les années à venir dans ces pays. Des collaborations scientifiques basées sur la corédaction d'articles scientifiques avec certains de ces spécialistes seront de nature à renforcer et à pérenniser ce réseau.

### Perspectives de recherche

Les résultats de cette comparaison des politiques de mise à disposition des aides techniques -et plus particulièrement l'étude de l'exemple anglais des appareils auditifs- soulignent l'importance d'une définition adéquate du panier d'aides techniques intégralement pris en charge par les financements publics, pour éviter un problème de non-recours ou de non-usage des aides techniques. **La politique de 100% santé audiologie introduite en 2021 en France, gagnerait à être évaluée au regard de ce critère de juste définition du panier au regard des besoins.** Les premières analyses de la réforme, plutôt superficielles, se bornent à constater une augmentation du taux d'équipement en aides auditives mais elles ignorent la problématique de l'adéquation de l'offre 100% santé

aux besoins. Les besoins des personnes âgées qui deviennent sourdes à des âges déjà avancés, peuvent sans doute davantage être compensées par l'offre de 100% santé que ne le sont les besoins des personnes jeunes sourdes qui les contraignent à opter pour des appareils sophistiqués. Il existe donc un besoin de connaître plus précisément les caractéristiques des usagers qui optent pour le 100% santé *versus* le « hors périmètre » de même qu'il conviendrait de mieux évaluer la variation de reste à charge à laquelle est confrontée chaque population. En effet, pour les personnes qui sont contraintes de choisir un appareil hors périmètre 100% santé, les conditions de remboursement se sont potentiellement détériorées, sur la partie assurance complémentaire depuis la mise en place de la réforme, avec une diminution de la prise en charge des complémentaires santé. **Les chercheurs de l'Irdes envisagent de proposer une évaluation de cette réforme à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS).**

### Principales références bibliographiques

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.

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. Inspection générale des affaires sociales. RM2013-033P.

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 ».

**D'Estève de Pradel, A., Pichetti S., Espagnacq, M. (2024, à paraître) Information, accompagnement au choix et restes à charge : quels modèles de mise à disposition des aides techniques maximisent la satisfaction des usagers ? *Questions d'Economie de la Santé*, Irdes.**

European Parliament (2018). Assistive technologies for people with disabilities - In-depth analysis, EPRS | European Parliamentary Research Service.

HiT Belgique. <https://kce.fgov.be/fr/publications/les-systemes-de-sante-en-transition-hit-le-systeme-de-sante-belge>

Kylberg Marianne, Löfqvist Charlotte, Tomson 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, no 1, pp. 51-67.

Marchildon, G. P. and A. Peckham (2018). "Assistive Devices Coverage: Ontario Compared to Other High-Income Jurisdictions."

Motability and the Wheelchair Alliance (2022) An Economic assessment of wheelchair provision in England. *Frontier Economics*

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.

**Pichetti S., d'Estève de Pradel, A., Espagnacq, M. (2024, à paraître) Comparaison et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes handicapées, Rapport Irdes.**

**Pichetti S., d'Estève de Pradel, A., Espagnacq, M. (2024, à paraître) Quel impact de la régulation des prix des aides techniques sur les dépenses publiques et les restes à charge des usagers ? *Questions d'Economie de la Santé*, Irdes.**

Schreyögg, J., M. Bäuml, et al. (2009). "Balancing adoption and affordability of medical devices in Europe." *Health policy* 92(2-3) : 218-224.

S'il s'agit d'un **projet d'amorçage, projet pilote, contrat de définition** ou de soutien à la **mise en place de projets européens** :

Ce projet a-t-il permis de construire un projet de recherche complet ?

Oui Non

Si non, précisez les raisons :

Si oui, précisez bien dans la synthèse les perspectives : projet envisagé, conditions de faisabilité, principaux points d'attention et perspectives de financement.



## Rapport scientifique complet

**Rappel : Ce document n'est requis que pour les projets soutenus par la CNSA**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
« Modalité du projet ( Choisissez un élément. Modalité du projet »

*[Rédiger votre rapport scientifique ici]*

## II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

---

## **CONSIGNES DE REMPLISSAGE**

Pour rappel, la politique de Science ouverte à l'IReSP vise à ce que les coordonnateurs des projets financés par l'IReSP déposent en priorité les articles scientifiques issus des projets de recherche financés dans des revues ou ouvrages en accès ouvert. À défaut, le bénéficiaire ainsi que les équipes participant à la réalisation du projet s'engagent à déposer dans une archive ouverte publique comme HAL. **L'article 30 de la Loi pour une République Numérique fixe comme délai maximum d'embargo :**

· **6 mois** pour les publications dans le **domaine des sciences, de la technique et de la médecine (STM)**.

· **12 mois** pour les publications dans le **domaine des sciences humaines et sociales (SHS)**.

Pour les publications non accessibles en accès ouvert, merci d'indiquer les raisons n'ayant pas permis de favoriser cette démarche.

### 1. Publications scientifiques

#### **1. Liste des articles et communications écrites**

*Préciser s'il s'agit d'articles dans des revues à comité de lecture ou toute autre revue / d'ouvrages ou de chapitres d'ouvrage / de communications dans des colloques ou des congrès / de dépôt de brevet...*

*Référencer selon les normes habituelles. Indiquer également les publications prévues à venir.*

Pichetti S., D'Estève de Pradel A., Espagnacq M. (**2024- en cours de soumission**) What impact does price regulation of assistive devices have on public spending and out-of-pocket expenses for users? An international comparison. Cible de revue scientifique *Health Policy*

D'Estève de Pradel A., Pichetti S., Espagnacq M. (**2024 -en cours de soumission**) Information, support for choice and out-of-pocket costs: which models for distributing assistive technology maximise user satisfaction? Cible de revue scientifique : Disability and Rehabilitation. Assistive Technology.

#### **2. Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet**

*Préciser le titre, date de soutenance (prévue ou réelle), soutien financier, activité actuelle des étudiants ayant soutenu leur thèse.*

#### **3. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisés durant la période concernée**

*Préciser la date, le lieu, l'objet, le nombre des participants si possible.*

12th Alter Conference « Disability Research for the Real World » 3-5 juillet 2024, Louvain, Belgique.





#### 4. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet

Préciser la date, le lieu, l'objet, les équipes ou autres acteurs rencontrés

##### Belgique (février 2022).

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

##### Suède (octobre 2022).

Nom de l'institution	Type	Aides techniques	Nombre d'interlocuteurs
Université d'Örebro	Institutionnel, Universitaire	Appareils auditifs	1
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

### Angleterre (avril 2023)

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
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

## 2. Communications autres

D'Estève de Pradel, A., Pichetti S., Espagnacq, M. (2024, à paraître) Information, accompagnement au choix et restes à charge : quels modèles de mise à disposition des aides techniques maximisent la satisfaction des usagers ? *Questions d'Economie de la Santé*, Irdes.

Pichetti S., d'Estève de Pradel, A., Espagnacq, M. (2024, à paraître) Comparaison et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes handicapées, Rapport Irdes.

Pichetti S., d'Estève de Pradel, A., Espagnacq, M. (2024, à paraître) Quel impact de la régulation des prix des aides techniques sur les dépenses publiques et les restes à charge des usagers ? *Questions d'Economie de la Santé*, Irdes.

*Lister les communications autres qu'académiques. Il peut s'agir de site internet, interview, questionnaire, forum, plaquette de présentation, capsule vidéo, ...*



## **FICHE A RENSEIGNER**

### Publications scientifiques

**Ajouter tous les liens URL des publications, si possible.  
Merci de préciser quand l'article n'est pas disponible en accès ouvert, le cas échéant,  
joindre l'article en format PDF.**

#### **1. Liste des articles et communications écrites**

Pichetti S., D'Estève de Pradel A., Espagnacq M. (2024- en cours de soumission) What impact does price regulation of assistive devices have on public spending and out-of-pocket expenses for users? An international comparison. Cible de revue scientifique Health Policy

D'Estève de Pradel A., Pichetti S., Espagnacq M. (2024 -en cours de soumission) Information, support for choice and out-of-pocket costs: which models for distributing assistive technology maximise user satisfaction? Cible de revue scientifique : Disability and Rehabilitation. Assistive Technology.

#### **2. Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet.**

- ...
- ...
- ...

#### **3. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisé durant la période concernée**

12th Alter Conference « Disability Research for the Real World » 3-5 juillet 2024, Louvain, Belgique.

#### **4. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet**

**Belgique (février 2022).**

<b>Nom de l'institution</b>	<b>Type</b>	<b>Aides techniques</b>	<b>Nombre d'interlocuteurs</b>
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 (VAPH) –</i>	Institutionnel	Aides visuelles	2



Agence flamande pour les Personnes handicapées			
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

### **Suède (octobre 2022).**

<b>Nom de l'institution</b>	<b>Type</b>	<b>Aides techniques</b>	<b>Nombre d'interlocuteurs</b>
Université d'Örebro	Institutionnel, Universitaire	Appareils auditifs	1
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

### Angleterre (avril 2023)

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
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

### Communications au grand public



**Ajouter les liens URL et/ou joindre le fichier en annexe, si possible**

- ...
- ...
- ...
- ...
- ...