

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :
<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/601-comparaison-europeenne-et-evolution-dans-le-financement-des-aides-techniques-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap-suede.pdf>

Comparaison européenne et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes en situation de handicap

Angleterre • Belgique • Suède

Étude de cas : la Suède

Alice d'Estève de Pradel

Sylvain Pichetti

2-3

Études de cas



INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
21, rue des Ardennes 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 21 •
www.irdes.fr • E-mail : publications@irdes.fr

- **Directeur de publication/Director of publication** : Denis Raynaud
- **Éditrice/Editor** : Anna Marek • **Maquettiste/Lay-out artist** : Franck-Séverin Clérembault
- **Diffusion/Diffusion** : Rougui Ndoye • **Dépôt légal** : décembre 2025
- **ISSN** : 2263-5416 • **ISBN** : 978-2-87812-656-3 (papier), 978-2-87812-655-6 (PDF)

Comparaison européenne et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes en situation de handicap

Angleterre • Belgique • Suède

Étude de cas : la Suède

Alice d'Estève de Pradel

Sylvain Pichetti

Études de cas

Remerciements

Nous remercions vivement Maude Espagnacq pour sa participation active à la réalisation de l'étude Compatec (Comparaison européenne et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes en situation de handicap), ainsi que pour ses précieux conseils et remarques lors de la rédaction de ce rapport. Nous remercions Pierre Brasseur pour sa participation à l'élaboration du questionnaire d'enquête envoyé aux personnes interrogées.

Nous adressons nos remerciements aux experts français des aides techniques qui ont contribué à la réflexion sur le choix des cas-types d'aides techniques retenus dans cette étude : Isabelle Barbet, Cécile Chevalier, Martine Delavaquerie, Evelyne Dias, Luis Godinho, Brice Jantzen, Alain Pawlowski, Fernando Pinto Da Silva.

Nous remercions enfin l'ensemble des personnes que nous avons interrogées dans le cadre des voyages d'étude réalisés en Angleterre, en Belgique et en Suède.

En Suède, nous remercions l'université d'Örebro, l'administration de la région de Scanie, une clinique privée à Stockholm, une clinique privée à Malmö, le centre d'aides techniques de Boden, l'association *Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet* (DHR), le centre privé de fauteuils roulants Sodexo à Stockholm, le centre privé d'aides visuelles Sodexo à Stockholm, l'association nationale des malvoyants *Synskadades Riksförbund* (SRF), l'agence nationale de la participation *Myndigheten för delaktighet* (MFD), le centre public d'aides techniques de Stockholm, le centre d'aides techniques d'Eskilstuna, ainsi que l'administration sanitaire et médicale de Stockholm.

Toute erreur ou omission relève de notre seule responsabilité.

Sommaire

Remerciements	2
Avant-propos	5
1. FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL ET ÉVOLUTIONS RÉCENTES DU SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE DES AIDES TECHNIQUES	7
1.1. Etat des lieux	7
Partage des compétences entre la région et la municipalité	9
1.2. Les évolutions récentes de la prise en charge des aides techniques	9
L'introduction de <i>vouchers</i> dans le système de « libre choix »	11
Une évaluation du système de « libre choix » réalisée en 2016	11
Restes à charge pour l'utilisateur : différences entre le « libre choix » et la mise à disposition des aides techniques	12
Une évaluation du système de <i>voucher</i>	14
2. FAUTEUILS ROULANTS	15
2.1. Une distribution principalement assurée par les centres d'aides techniques	15
Des appels d'offre passés au niveau régional	16
Les différences entre le secteur public et le secteur privé	17
2.2. Système de prise en charge publique	19
2.3. Des prix variables obtenus par les régions et une prise en charge quasi intégrale de l'utilisateur dans le secteur public	19
2.4. Un accompagnement au choix assuré par des ergothérapeutes et kinésithérapeutes régulièrement formés	21
Formation des professionnels de santé et des revendeurs	22
Information de l'utilisateur	23
2.5. Le recyclage, un moyen de réduire les coûts financiers et environnementaux	23
2.6. Les enjeux et défis actuels	23
Iniquités territoriales d'offres et de restes à charge	23
Une réforme du « libre choix » qui n'a pas transformé la distribution des fauteuils roulants en Suède	24
Les régions sont désormais incitées à réduire leurs coûts	27
3. AIDES AUDITIVES	29
3.1. Une distribution principalement assurée par les centres d'audition	29
Des appels d'offre passés au niveau régional	30
Un recours important au « libre choix » dans les régions de Stockholm et de Scanie	31

3.2. Système de prise en charge public	33
Prise en charge financière.....	33
Des restes à charge limités dans le secteur public	33
Des restes à charge globalement plus élevés dans le secteur privé.....	35
3.3. Un accompagnement au choix assuré par des audiologistes régulièrement formés.....	37
Suivi après acquisition de l'appareil	37
Formation des audiologistes	38
Information de l'utilisateur.....	38
3.4. Les enjeux et défis actuels	39
Iniquités territoriales des restes à charge et des critères de renouvellement.....	39
Des délais d'attente importants qui favorisent le non-recours ou le report de l'appareillage	39
Une réforme du « libre choix » qui a profondément modifié la fourniture des appareils auditifs en Scanie et à Stockholm.....	40
4. AIDES VISUELLES	45
4.1. Une distribution principalement assurée par les centres de basse vision	45
4.2. Système de prise en charge public	46
Des prix régionaux relativement élevés et une prise en charge quasi intégrale dans le secteur public pour l'utilisateur.....	46
4.3. Un accompagnement au choix assuré par des professionnels spécialisés	48
Information de l'utilisateur : le rôle important de l'association SRF	49
4.4. Les enjeux et défis actuels	49
Un service minimum pour les patients en raison de ressources jugées insuffisantes..	49
Une réforme du « libre choix » qui a eu un impact très limité sur la distribution des aides visuelles en Suède.....	50
5. CONCLUSION	53
6. BIBLIOGRAPHIE	54
TABLE DES ILLUSTRATIONS	55

Avant-propos

Dans la plupart des pays européens, l'accès aux aides techniques (fauteuils roulants, aides auditives, aides visuelles) est facilité, mais il n'existe pas de politique unifiée en matière de tarification des aides et de prise en charge publique, ce qui explique la grande variabilité des politiques mises en place (Schreyögg *et al.*, 2009 ; Panteli *et al.*, 2018).

Plusieurs pays européens ont mis en œuvre ces dernières années des réformes du mode de financement des aides techniques. Ainsi, en France, la réforme du 100 % santé audiology, déployée progressivement entre 2019 et 2021, a profondément modifié le financement des aides auditives. Une nouvelle réforme de prise en charge intégrale des fauteuils roulants, annoncée en février 2025, entrera en vigueur le 1^{er} décembre 2025.

Dans ce contexte, le projet de recherche « Comparaison européenne et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes en situation de handicap » (Compatec) est porteur d'une double ambition : d'une part, positionner la France en termes de dépenses publiques engagées pour la distribution de plusieurs types d'aides techniques (fauteuils roulants, aides auditives et aides visuelles), et de restes à charge pour les usagers, par rapport à des pays européens comparables. D'autre part, proposer une analyse approfondie des politiques mises en œuvre dans trois pays ayant récemment fait évoluer leur mode de financement des aides techniques : la Belgique, la Suède et l'Angleterre.

Ces études de cas sont le fruit de trois voyages d'étude entrepris en février 2022 (Belgique), octobre 2022 (Suède) et en avril 2023 (Angleterre) au cours desquels les chercheurs de l'Irdes ont interrogé des spécialistes des aides techniques et effectué des observations dans des magasins d'aides techniques et des centres de soins.

Cette étude est consacrée à la Suède. Dans ce pays, la mise à disposition des aides techniques se fait principalement dans des centres publics régionaux qui évaluent les besoins des usagers et leur distribuent les aides techniques, sans qu'ils en deviennent propriétaires, mais sans

reste à charge. L’approvisionnement s’effectue par des systèmes d’appels d’offre qui permettent de sélectionner les aides techniques à un prix négocié au niveau régional. En parallèle de ce système de distribution publique qui demeure largement majoritaire, six régions suédoises volontaires ont introduit depuis 2008 une réforme basée sur un système de *voucher* – réforme dite du « libre choix » (*Fritt val*) – qui propose aux usagers un chèque leur permettant de couvrir une partie du prix d’une aide technique qu’ils achètent sur le marché privé. Plusieurs caractéristiques du système suédois présentent un intérêt pour notre comparaison. D’une part, les appels d’offre passés au niveau régional permettent de réduire fortement les dépenses publiques consacrées à l’approvisionnement des aides techniques. D’autre part, l’accompagnement des usagers est confié en Suède à des professionnels de santé qui bénéficient d’un très bon niveau de formation. Enfin, la Suède bénéficie d’une longue tradition de recyclage des aides techniques, mise en œuvre dans l’ensemble des régions, qui constitue un levier très efficace de réduction des coûts financiers et environnementaux associés à la distribution de ces aides.

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

1.1. Etat des lieux

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

- Les régions conduisent 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'État suédois définit des lignes directrices pour la politique nationale de santé, dont l'application revient aux régions et municipalités. Les lois édictent des principes généraux qui laissent une grande latitude d'interprétation aux régions et municipalités pour leur mise en œuvre. Comme pour la France, un système de cotisations sociales prélevées sur les salaires permet de financer la 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, 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 :

- justifier d'un handicap permanent¹
- l'aide technique doit avoir une finalité thérapeutique, en contribuant au maintien d'une vie sociale.

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

¹ Il existe néanmoins plusieurs exceptions ; certaines aides techniques peuvent être prises en charge même pour un handicap temporaire.

Les régions sont responsables 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 aux personnes en perte d'autonomie, les régions 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 principalement des prothèses.

Chaque citoyen est rattaché à un centre d'expertise en fonction de son lieu de résidence. Ces centres 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 région décide du budget alloué à chaque type d'aides techniques, lance des appels d'offre auprès des fabricants et distributeurs présents en Suède pour se procurer les aides, 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 régions ou communes. Les régions ayant souscrit 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 ; *Aides techniques dans les municipalités et les conseils de région*, Socialstyrelsen, 2016). Seules les procédures pour acquérir une aide technique sont invariables. D'après le rapport *Aides techniques dans les municipalités et les conseils de région* (Socialstyrelsen, 2016), non seulement les différences de frais entre régions 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 région facturent des frais liés à la prescription d'aides. Ces derniers peuvent constituer des frais de visite (pour les consultations médicales), d'aide technique (pour l'obtention de l'aide) ou 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 fournies par les régions sont gratuites, contre 56 % des aides fournies par les communes (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 existe des frais uniques (frais ponctuels de prescription ou de co-paiement) et des frais d'abonnement (concernant la location) qui doivent être versés pendant toute la période durant laquelle la personne est équipée. Les frais d'abonnement, qui représentent près d'un cinquième de l'ensemble des frais en 2021 (Socialstyrelsen, 2021), peuvent être plus coûteux que les frais uniques pour l'utilisateur qui utilise l'aide durant plusieurs années. Certaines régions facturent des frais d'assurance ou 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 régions constituent les intermédiaires entre les fabricants et les usagers, en mettant à disposition les aides techniques. L'achat par l'usa-

ger 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, en concertation avec l'utilisateur, du type d'aide 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 s'occupent quant à elles de la prise en charge sociale au niveau national, et notamment de l'accompagnement dans l'utilisation de l'aide technique à domicile. Elles sont amenées à recruter des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes et des instructeurs à domicile afin de former les usagers à bien utiliser leur aide.

Partage des compétences entre la région et la municipalité

Selon la loi suédoise sur la santé et les services médicaux (SFS 2017:30), ou *Hälso-och sjukvårdslag* (HSL), la fourniture d'aides techniques destinées à un usage quotidien dans la sphère privée fait partie intégrante du système de soins, et constitue un domaine de responsabilité à la fois pour les municipalités et les conseils de région. En général, les conseils de région sont responsables des dispositifs plus sophistiqués et onéreux (par exemple, les fauteuils roulants électriques), tandis que les municipalités sont responsables des dispositifs plus basiques et moins chers (par exemple, les fauteuils roulants manuels et les déambulateurs), même si des différences locales peuvent exister (Krantz et Örmon, 2016). Le conseil de la région gère la fourniture des aides techniques, mais la région 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 (SEK) [soit environ 8,2 millions d'€], dont environ 70 % à la charge des municipalités (Karlsson *et al.*, 2021).

1.2. Les évolutions récentes de la prise en charge des aides techniques

En 2010, un transfert des compétences au niveau local s'est opéré, avec l'objectif de viser une plus grande efficacité du système et de réduire les dépenses médico-sociales en Suède. Avant 2010, l'Institut national des aides techniques lançait un seul appel d'offre au niveau national, ce qui amenait à ne retenir qu'un seul fournisseur d'aides techniques, conduisant à un marché suédois difficile à pénétrer pour des concurrents, avec pour conséquence des niveaux de prix relativement élevés. À l'heure actuelle, le lancement d'appels d'offre par chaque région a permis de relancer la concurrence et de limiter les prix des aides techniques achetées dans le pays. Sur la période récente, on assiste à des regroupements des régions pour le lancement des appels d'offre (huit groupes de régions et environ 20 appels d'offre 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 régions 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 leurs portes dans les grandes villes suédoises pour la délivrance d'aides techniques, avec ou sans prescription. Les restes à charge des usagers ont augmenté dans certaines régions, mais restent toutefois faibles. Une importante réforme a encouragé l'essor du marché privé, la réforme du « libre choix » (*fritt val*).

Tableau 1 Application du « libre choix » (LC) selon les régions

	Stockholm	Uppsala	Scanie	Kronoberg	Södermanland
Année de mise en place du « libre choix »	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 par le « libre choix »	Marquage CE	Marquage CE		Marquage CE facultatif	Marquage CE facultatif
Montant du chèque aides auditives	3042 SEK = 296 €		2100 SEK = 205 €		
Frais de test aides auditives (« libre choix » ou non)	600 SEK = 58 €		1000 SEK = 97 €		
% d'achat par « libre choix » dans la délivrance d'aides auditives	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 le « libre choix »	FR actifs et électriques < 1 %		FR pour les enfants		
Nombre de personnes ayant eu recours au « libre choix »	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.

Source : Enquête Compatec, Irdes.

L'introduction de vouchers dans le système de « libre choix »

Une expérimentation du système de *voucher* – ou système dit de « libre choix » – a été mise en place dans trois régions (Kronoberg, Stockholm et Södermanland) de mai 2008 à décembre 2009. Par la suite, d'autres régions ont rejoint l'expérimentation (Scanie, Uppsala et Jönköping). Selon ce principe, des professionnels d'un centre de réhabilitation fournissent un chèque à leurs patients considérés comme aptes à choisir leur aide technique, ces derniers se rendant ensuite dans un magasin privé pour procéder à l'achat. Les usagers paient la différence entre le prix de l'aide technique et le montant du chèque. Un deuxième chèque peut être délivré pour les aides nécessitant des prestations supplémentaires (réglages, maintenance...). Le périmètre des aides accessibles varie en fonction des régions (Tableau 1).

Une évaluation du système de « libre choix » réalisée en 2016

En 2016, un rapport d'évaluation et d'analyse d'impact du modèle de « libre choix » des aides techniques a été réalisé par le Conseil national de la santé et du bien-être (*Socialstyrelsen*). Ce modèle était disponible dans six régions : Stockholm, Scanie (*Skåne*), Uppsala, Jönköping, Kronoberg et Södermanland. Le système de *voucher* n'a été pleinement mis en place pour les appareils auditifs qu'au sein des régions de Stockholm et de Scanie. Le rapport 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 la généralisation éventuelle du système de « libre choix », et imagine un scénario futur possible si tel était le cas.

L'objectif de ce système est d'augmenter la participation et la liberté de choix, ainsi que d'améliorer la qualité et l'efficacité de la fourniture des aides, tout en diminuant les coûts globaux. Depuis sa mise en place en 2007, le recours à ce système demeure marginal par rapport au système classique de mise à disposition des aides techniques. L'objectif d'augmenter le choix des usagers *via* le *voucher* n'a pas été atteint lors de la rédaction du rapport de 2016, le marché privé n'étant pas assez développé. Sur le marché des appareils auditifs, la tendance est à la concentration des acteurs, comme 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.

Selon ce rapport, le nombre d'utilisateurs ayant recours au « libre choix » pour obtenir une aide technique reste faible, même s'il existe des disparités en fonction des régions, certaines y recourant plus que d'autres. Par exemple, quels que soient le type d'aide technique ou la classe d'âge, on dénombre 16 307 aides techniques choisies *via* le système de *voucher* en 2014 et 19 090 en 2015 pour la région de Stockholm. Pour la région d'Uppsala, ce chiffre est seulement de six en 2014 et huit en 2015. Pour la région de Scanie, il est de 9 484 en 2014 et 8 096 en 2015. Les régions de Kronoberg et de Södermanland en ont dénombré environ 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 (*Socialstyrelsen*, 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 région et les municipalités interrogés.

Cette faible diffusion s'explique par le fait que les prescripteurs informent peu les usagers de 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 précisément défini avant son introduction : aucun groupe n'a été clairement ciblé, les critères pour bénéficier du « libre choix » sont flous, et 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 de *voucher* est en revanche fortement utilisé dans le domaine de l'audition dans les deux régions 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 concernant cette possibilité est systématiquement transmise au patient et que les audioprothésistes ont une incitation financière à vendre leurs propres produits plutôt qu'à proposer ceux de la gamme régionale. Certains centres d'audition privés (cliniques ou magasins), gérés par des grands distributeurs d'appareils auditifs, doivent proposer les appareils auditifs de la gamme régionale avant de proposer ceux qui sont accessibles en « libre choix », mais il a été observé qu'ils avaient tendance à favoriser la vente de leurs propres produits afin d'augmenter leur marge.

D'après une enquête réalisée par l'institut Hörselbron et reprise dans le rapport de Socialstyrelsen, on constate une différence de satisfaction entre la Scanie et la région de Stockholm en termes de fonctions proposées par les appareils auditifs (rétroaction, qualité du son, et communication dans un contexte bruyant ou social). Les utilisateurs sont significativement plus satisfaits à Stockholm dans le cadre du « libre choix », alors qu'en Scanie, les usagers le sont davantage des appareils auditifs sélectionnés dans la gamme de la région.

Selon le rapport, la généralisation de ce modèle de « libre choix » serait coûteuse pour les entreprises et la société, et représenterait un surcoût par rapport au modèle classique. La raison principale en est que les aides ne sont pas réutilisées dans ce cadre, alors que le ré-usage est courant pour les aides prescrites en centre. Même pour les aides non réutilisées, les coûts pour les conseils généraux sont plus élevés dans le cas du « libre choix ». En effet, le montant du *voucher* accordé au patient pour l'achat de son aide dépasse souvent le prix de l'aide payé par l'acheteur public, ce dernier bénéficiant de tarifs préférentiels par le biais de l'approvisionnement. Après avoir comparé les coûts de différentes aides à la mobilité, dont les fauteuils roulants manuels, actifs et électriques pour les régions de Stockholm et Södermanland, le rapport a montré que les coûts du « libre choix » sont bien plus élevés que ceux de la prescription : ce surcoût varie de 179 à 821 % selon l'aide. En revanche, quel que soit le mode d'acquisition, les prothèses auditives ne sont quasiment jamais réutilisées, ce qui explique que les coûts pour le conseil général sont à peu près identiques dans le cadre de la prescription et du « libre choix ».

Restes à charge pour l'usager : différences entre le « libre choix » et la mise à disposition des aides techniques

Les restes à charge pour l'usager diffèrent généralement davantage entre les régions qui n'appliquent le système du « libre choix » que dans le cas où les deux systèmes – mise à disposition des aides et « libre choix » – cohabitent au sein d'une même région. En effet, le type de frais payés par les patients et leur montant varient fortement d'une région 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 équivalents selon le système d'acquisition de l'aide technique (Tableau 2).

Tableau 2 Frais payés par le patient selon le système, mise à disposition ou « 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 <i>voucher</i>
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, dans le système du « libre choix », l'utilisateur peut régler des frais supplémentaires liés à la différence entre le chèque et le prix de l'aide, et aussi aux frais d'entretien, de réparation et d'accessoires non couverts par un compte de service², s'il en existe un. Ces frais sont difficiles à estimer et varient selon le type d'aide technique et les régions.

Concernant les aides auditives, dans la région de Scanie, les frais d'entretien et de réparation restent identiques quel que soit le mode d'acquisition, tandis que dans la 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 utilisateurs à qui l'on a prêté un fauteuil roulant électrique ont des coûts plus élevés que ceux qui l'ont acheté dans le cadre du « libre choix ».

Dans les conseils de région qui ne facturent pas de frais au patient, on considère que les frais et les coûts pour les utilisateurs d'aides techniques sont à peu près les mêmes dans le cadre des deux systèmes. Si la région facture des frais au patient lors de la mise à disposition, les coûts pour l'utilisateur sont plus élevés que dans le cadre du « libre choix ». Cependant, celui-ci est également synonyme d'incertitude pour l'utilisateur, en raison notamment du caractère imprévisible 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 associés à son aide technique. Par conséquent, il est difficile

² Le compte de service est un montant octroyé par la région 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.

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

Une évaluation du système de voucher

Lors du voyage d'étude réalisé en Suède en 2022, nous nous sommes particulièrement intéressés à la réforme du « libre choix », dans l'objectif notamment 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 Södermanland. Ce choix se justifie par le fait que ces régions ayant été les précurseurs de ce système, leur expérience de mise en œuvre est plus longue. De plus, Stockholm et la Scanie sont des régions qui ont fortement recours au « libre choix », en particulier pour les appareils auditifs. La région de Södermanland est intéressante à étudier pour comprendre les raisons qui ont empêché une diffusion large du « libre choix ». Cette région a également un PIB par habitant moins important que les régions de Stockholm et de Scanie, ce qui peut avoir un effet sur 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.

2. Fauteuils roulants

Le fauteuil roulant manuel à deux roues motrices constitue l'aide à la mobilité la plus couramment prescrite après le déambulateur. On estime, en février 2021, qu'environ 120 000 personnes en utilisent un provenant d'un centre d'aides techniques dans le pays (Socialstyrelsen, 2021). Au moins 23 000 fauteuils roulants électriques à direction manuelle ou à commande électronique sont en cours de prêt en février 2021³. Le taux d'équipement des personnes handicapées moteur ayant besoin d'un fauteuil roulant est proche de 100 %, les fauteuils étant considérés comme un produit de première nécessité. Selon la responsable du centre d'aides techniques à Boden, ce système vise à favoriser une bonne qualité de vie pour les patients et leur permettre de vivre au mieux avec leur handicap.

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

- La liste 1 regroupe les produits basiques, pour les cas « simples ».
- La liste 2 rassemble les produits plus spécifiques, pour les cas plus sévères.

En raison notamment des quotas de distribution des produits appartenant à la liste 1 imposés aux centres d'aides techniques par certaines régions, 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 public d'aides techniques de Stockholm, la prescription d'aides techniques à Stockholm ne doit respecter aucun quota, la règle étant que l'aide fournie au patient doit correspondre à ses besoins. Cependant, il semble que les plus petites villes tendent à respecter certains quotas et donc à orienter davantage les usagers vers des fauteuils de la liste 1 afin d'« écouler les stocks ».

Les produits achetés par les régions et distribués aux usagers sont jugés solides et de bonne qualité : d'une durée de vie moyenne de six à sept ans, ils peuvent être recyclés (Alcimed et CNSA, 2009), ce choix politique permettant de réaliser des économies sur le long terme.

2.1. Une distribution principalement assurée par les centres d'aides techniques

Les fabricants vendent leurs produits essentiellement aux régions, 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 sur le

³ Toutes les régions 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.

marché, dont les deux grands fabricants suédois, Etac et Permobil. Ces derniers (Permobil détenant notamment la marque très distribuée en Suède, Panthera), présents principalement en Scandinavie, occupent une place très importante sur le marché local. Seuls les grands fabricants peuvent subsister 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, ces derniers achetant leurs produits aux fabricants et distributeurs présents sur le marché suédois. Les fauteuils roulants sont ainsi commandés au niveau régional, mais achetés par les centres d'aides techniques. Les centres « louent » ensuite les fauteuils roulants aux patients, les frais de location mensuels ou annuels étant versés par la région et la municipalité, en général sans reste à charge pour les patients. Le prix de location des fauteuils manuels est plus faible que celui des fauteuils électriques. Par exemple, la région et la municipalité payent au centre la location d'un fauteuil roulant manuel pour un montant mensuel de 70 SEK (6 €), pour toute la durée du contrat. Le paiement régional versé aux centres doit 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 un à trois centres par région. Le budget de chaque centre est dépendant du budget de la région. Par exemple, le budget annuel alloué aux aides à la mobilité dans la région de Norrbotten, qui est actuellement de 50 millions de SEK (environ 4 millions d'€), augmente chaque année de 5 %. L'objectif de la région est de répondre à 80 % des besoins en aides techniques, la partie restante étant couverte par le marché privé.

Des appels d'offre passés au niveau régional

Chaque région lance un appel d'offre 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, certaines régions se regroupent pour passer les appels d'offre, c'est notamment le cas de quatre régions situées dans le nord (Norrbotten, Västerbotten, Jämtland et Västernorrland) et six régions 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 régions doivent s'accorder sur l'offre référencée. Dans l'organisation des appels d'offre, il semblerait qu'il y ait un compromis à trouver entre la nécessité d'avoir plusieurs fabricants sélectionnés, pour maintenir la concurrence sur le long terme, et l'objectif de bénéficier d'effets volumes pour baisser les prix à plus court terme. Les fabricants qui remportent les appels d'offre signent généralement un contrat avec la région pour deux ans, renouvelable une fois. Les demandes en aides techniques des régions peuvent donc évoluer tous les deux ans et, en théorie, suivre l'évolution

technologique du marché. Cependant, d'après notre interlocuteur de la DHR (*Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet*, association d'utilisateurs de fauteuils roulants en Suède), 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 quatre ans appliqué dans sa région afin de 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 vingt ans.

Les différences entre le secteur public et le secteur privé

La majorité des centres d'aides techniques est ainsi pilotée par la région, mais d'autres sont gérés par des entreprises privées, de type Sodexo. Ces entreprises sont en contrat avec la région dans laquelle se situe le centre, après avoir répondu et remporté l'appel d'offres lancé par la région pour la gestion du centre et donc la distribution des aides techniques. Pour ces centres semi-privés, les produits sont achetés selon les exigences de la région, qui sont notifiées dans le contrat entre la région et le centre. Ensuite, la région 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 régions envers les centres publics et les centres privés sont les mêmes. Ces derniers 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. À 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 cinq ans est établi avec le fournisseur. Ce contrat est souvent passé pour deux ou trois 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 (un ou deux 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, celui-ci 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 de bonnes pratiques, notamment le fait qu'un professionnel de santé ne doit pas participer à l'appel d'offre si l'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 et 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 l'association d'usagers DHR, l'expérience des usagers avec le centre privé est très bonne : par rapport au public, les délais sont plus courts et les besoins 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. Présentement, les magasins privés sont encore très peu nombreux en Suède. Il s'agit 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 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.

2.2. 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 (sauf exceptions).
- 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 rapportés au centre en bon état sont recyclés par le centre puis remis dans le circuit de distribution. Les régions 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 de la région dans laquelle ils habitent (cela dépend des politiques régionales et des appels d'offre 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 cela, ils 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 régions 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.

2.3. Des prix variables obtenus par les régions et une prise en charge quasi intégrale de l'utilisateur dans le secteur public

L'étude Compatec avait pour objectif de récolter et comparer les prix auxquels les régions achètent les fauteuils roulant aux fabricants qui ont gagné les appels d'offre régionaux. Nous sommes parvenus à obtenir ces prix d'achats pour quatre régions : Stockholm, Södermanland, Norrbotten et Scanie (Tableau 3, p. 20). 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'offrant 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 incluent 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.

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 prescrip-

Tableau 3 Prix d'achat des fauteuils roulants par les régions

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

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'offre de Scanie.

teur. 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, seules neuf facturent des frais aux usagers adultes de fauteuils roulants électriques. Ces frais varient entre 100 et 1150 SEK (9,4 € à 107,7 €). 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 (7,5 € à 140,4 €). Sur les 20 régions, seules quatre facturent des frais aux usagers adultes de fauteuils roulants manuels. Ces frais sont compris entre 100 et 780 SEK (9,4 € à 73 €). 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 certaines régions en 2023 : Stockholm, Södermanland, Norrbotten et Scanie (Tableau 4). A l'instar de l'étude de *Socialstyrelsen*, on observe des frais patients plutôt homogènes dans ces diffé-

Tableau 4 Restes à charge des patients selon les régions en 2023

	Stockholm	Södermanland	Norrbottnen	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), Région de Norrbotten (nllplus.se). Centres d'aides techniques de Boden et d'Eskiltuna.

rentes 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 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.

Concernant le marché privé (hors centres d'aides techniques), les prix sont plus élevés pour l'utilisateur final que pour les régions, 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. 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 SEK (1300 €). Les fauteuils roulants électriques (non-verticalisateurs) sont plus chers, entre 20 000 (1734 €) et 40 000 (3468 €) SEK 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 utilisateurs qui se tournent vers le « libre choix » souhaitent généralement un fauteuil plus coûteux.

2.4. Un accompagnement au choix 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 à ses 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 la région 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 vingt jours), mais les délais peuvent être plus longs dans les autres régions. Selon une interlocutrice d'un centre d'aides techniques dans la région de Norrbotten, les délais peuvent être longs. 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 la région. 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 quinze jours à l'utilisateur, période qui permet au centre de commander le fauteuil 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 utilisateurs 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 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 vingt-quatre heures, les autres sont traitées sous trois jours, quel que soit le lieu de résidence. Pour le centre d'Eskilstuna (Södermanland), le délai de réparation est de cinq jours.

Dans les trois régions qui expérimentent le « libre choix », les utilisateurs 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 trois 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 présents aient la même formation que ceux 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 reçus à leur unité de soins.

Information de l'utilisateur

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 (*Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet*) et *Neuroförbundet* 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 lors de 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.

2.5. 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 six à dix 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 donc nettement 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 sept à dix ans, ce qui lui permettra d'être utilisé par quatre ou cinq personnes. La qualité des fauteuils roulants présents sur le marché suédois et des pays nordiques est jugée très élevée, ce qui facilite le recyclage. Une loi européenne 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.

2.6. 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'offre de Stockholm) relèvent et dénoncent les disparités d'offres et de restes à charge entre les régions suédoises. L'offre proposée au niveau régional dépend du budget qui est alloué par la région à ce

poste de dépenses (ces données n'ont toutefois pas pu nous être transmises). Les régions les plus riches selon leur PIB par habitant bénéficient généralement d'offres bien dotées (Stockholm, Malmö 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 estiment que les besoins des populations sont globalement les mêmes sur l'ensemble du territoire, ce qui rend les différences d'offres régionales inévitables. Cependant, certaines différences sont justifiées. Il existe par exemple une plus grande gamme de fauteuils électriques en Norrbotten qu'en Scanie. Cela s'explique notamment par le fait qu'il y ait peu de moyens de transport dans la région Norrbotten (seulement des bus) et que les habitants aient 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 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 mieux 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 l'offre 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.

Notre interlocuteur de la DHR critique également les inégalités régionales concernant les frais appliqués aux patients. Même si ces 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 existe une multitude de petits paiements lesquels, 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 considère que devoir déboursier un reste à charge pour les fauteuils roulants électriques à Stockholm est inéquitable.

Une réforme du « libre choix » qui n'a pas transformé la distribution des fauteuils roulants en Suède

Dans la région de Stockholm, seuls 2 % environ des prescriptions de fauteuils roulants s'inscrivent 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)** affirme l'importance d'étendre l'offre de fauteuils roulants tout en soulignant les freins 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 ce système par rapport au système de distribution traditionnel. Il observe qu'aucun adhérent de l'asso-

ciation n'a opté pour le « libre choix », alors que celui-ci est accessible dans la région de Stockholm.

Selon notre interlocutrice du **centre d'aides techniques de Boden**, le système actuel est suffisamment efficient pour la fourniture des fauteuils roulants et le « libre choix » lui semble inutile (Boden se situe dans la région de Norrbotten qui n'a pas mis en place l'expérimentation). Notre interlocutrice nous indique avoir observé, à la suite de rencontres avec des organisations représentatives des usagers d'aides techniques, que celles-ci sont généralement satisfaites de l'offre publique existante (certaines se limitant 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. À Stockholm, la **gamme d'aides techniques proposées par la région étant suffisamment fournie** pour répondre aux besoins de la plupart des usagers, **la plus-value du « libre choix » serait faible**. Par exemple, pour les fauteuils roulants actifs, la région de Stockholm recourt à quatre fournisseurs différents sur les six 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 considère 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'acquiescer 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 et permet au patient de recevoir l'aide la plus adaptée : l'ergothérapeute évalue les besoins et fournit l'aide au patient, et si celle-ci ne convient pas, elle sera renvoyée au centre et remplacée par une autre. Dans le cas où l'aide serait inadaptée, le changement sera plus difficile à réaliser après que l'achat a été effectué, les aides achetées n'étant pas recyclées.

Notre interlocutrice du **centre d'aides techniques d'Eskilstuna (Södermanland)** dresse un bilan relativement négatif de l'expérimentation du « libre choix » qui a débuté en 2007 dans la région. Dans cette région, l'option du « libre choix » a été 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, l'échec de l'expérimentation s'expliquerait 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 (6 249 €) 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 public d'aides techniques et réclamer un nouveau fauteuil à la région, ce qui entraîne un gaspillage des ressources pour la collectivité.

Malgré la suppression du « libre choix » dans la région de Södermanland, des vestiges de cette politique subsistent avec la politique du *Special Appliance (demande spéciale)*, qui 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 qui en assure le suivi. Notre interlocutrice nous donne l'exemple d'un fauteuil roulant très léger construit en titane, qui n'a été demandé que par huit usagers dans la région, dans le cadre de cette possibilité offerte par la « demande spéciale ». Il s'agit d'utilisateurs très actifs qui utilisent leur fauteuil roulant pour leur entraînement sportif. Cette politique de demande spéciale, qui ne concerne qu'une minorité d'utilisateurs, est tout aussi confidentielle que la politique du « libre choix ».

Deux responsables du **centre d'aides techniques public de Stockholm** ont partagé avec nous leur expérience du « libre choix », qui 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 qui a rapidement décliné. Selon nos interlocutrices, les usagers de fauteuils roulants se sont rapidement rendu compte que le « libre choix » impliquait plus de responsabilités. Ce dernier peut convenir à certaines aides techniques (comme des appareils simples, des cannes ou déambulateurs) mais qui ne représentent qu'une petite part des aides prescrites. La majorité des aides nécessiteraient **le conseil d'un expert**. C'est notamment le cas des fauteuils roulants, qui impliquent un grand nombre 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 **pas à celui du « libre choix »**. Il n'existe pas de suivi particulier pour les prescripteurs dans ce cadre.

Un autre problème lié à ce système concerne 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 les vendent aux usagers dans le cadre du « libre choix », leur pouvoir est plus limité car, dans ce contexte, la loi du consommateur s'applique, et celle-ci s'avère plus protectrice pour l'acheteur. Le consommateur a plus de droits (ex : droit de rétractation sous trente jours) que les centres d'aides techniques. Par conséquent, le patient qui souhaite acheter son aide technique peut dans certains cas rencontrer des **difficultés pour trouver le matériel** souhaité. Les aides techniques simples sont plus facilement disponibles dans les commerces de proximité, notamment les fauteuils roulants manuels standards ou actifs, les déambulateurs, les 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, ni de l'adapter aux besoins du patient. Par conséquent, la **qualité des fauteuils roulants 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 considèrent pas que le « libre choix » permettrait de raccourcir les délais d'obtention d'une aide technique, au moins dans une ville comme Stockholm. A Stockholm, ces délais, dans les centres publics, sont assez courts car ces derniers ont à la fois beaucoup de commandes et de stocks, ce qui permet de livrer rapidement les aides techniques. Enfin, d'après nos interlocutrices de Stockholm, le **service après-vente est souvent de meilleure qualité lorsqu'il est réalisé par un centre régional que par un distributeur privé**. Par exemple, un professionnel du centre peut se rendre au domicile de l'utilisateur pour récupérer le fauteuil et le réparer au centre, ou 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 rapidement un nouveau fauteuil roulant plutôt que de le réparer.

Les régions sont désormais incitées à réduire leurs coûts

D'après les responsables des appels d'offre à Stockholm, les politiciens cherchent depuis quelques années 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. Selon nos interlocutrices, ces frais supplémentaires ne menacent pas l'accès aux fauteuils, car les usagers modestes peuvent recourir aux services sociaux, de telle sorte que personne ne se trouve dans l'incapacité d'obtenir un fauteuil. De plus, elles soulignent l'existence d'une sur-prescription pour certains fauteuils (certains usagers disposant 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 mise en place récemment consiste à vérifier que le fauteuil est bien utilisé. Toutes les informations sur le fauteuil (réparation, changement de roues, certains centres appelant les usagers pour vérifier que le fauteuil est toujours bien utilisé) sont utiles pour la région afin de déterminer s'il est nécessaire de continuer à financer le fauteuil. Si la région ne dispose d'aucune information, le financement est suspendu. Dans certaines régions, des produits autrefois remboursés ont été retirés de la liste, contraignant les usagers à les acheter eux-mêmes.

3. Aides auditives

D'après un interlocuteur de l'entreprise Eartech, on dénombre 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, avec le taux le plus élevé dans la région de Blekinge et le plus faible à Kalmar. La durée de vie moyenne d'une aide auditive est de cinq à six ans environ. Ces produits ne sont pas recyclés par les régions, chaque prothèse distribuée étant par conséquent neuve.

Deux catégories de produits sont présentes sur le marché suédois : les intra-auriculaires (ITE) et les contours d'oreille (BTE). Chaque région possède sa propre gamme de produits en fonction du contrat qu'il a signé avec le fabricant. Néanmoins, les régions ont l'obligation de fournir des appareils proposant certaines fonctions spécifiques. 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 reste 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 hauts de gamme, donc assez chers.

3.1. Une distribution principalement assurée par les centres d'audition

Le circuit de distribution des aides auditives est double : les fabricants internationaux sont en contact d'une part avec 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). Dans la mesure où aucun d'entre eux 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 à la région, mais peuvent être gérés par des entreprises privées, sous contrat avec la région. Ce dernier 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 un à trois centres par région. 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'offre puis établit des contrats de deux 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 deux ans et qui peuvent être renouvelés deux fois pour un an, ce qui fait quatre ans au maximum. Certaines régions se regroupent pour les passer, notamment sept régions du centre (hors Stockholm) et deux du nord. D'après une audiologiste et enseignante-chercheuse à Örebro, ce groupe de sept 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. Se regrouper permet d'avoir une offre plus importante d'appareils auditifs et des prix plus bas. Il s'agit des prix de l'appareil auditif seul (pour les deux oreilles), mais ces prix n'intègrent pas le réglage, l'entretien ou la réparation. 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 constituer les appels d'offre.

Une responsable des appels d'offre pour les appareils auditifs en Scanie nous a expliqué le fonctionnement détaillé des appels d'offre. Parmi les régions suédoises, la Scanie est le troisième plus gros acheteur d'aides auditives. La région a conclu 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 analyse les statistiques des quatre à six dernières années quant au 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 vont devoir être achetés et à quel prix. Les commandes prévisionnelles doivent respecter l'enveloppe budgétaire qui est provisionnée. Une fois le budget validé, un groupe constitué de six experts environ (dont des audiologistes) se réunissent pour fixer des critères de sélection des appareils auditifs. Ensemble, ils évaluent les besoins en appareils, les nouvelles technologies émergentes et leur pouvoir d'achat en regard du budget alloué. Une fois les besoins déterminés, les appels d'offre peuvent être lancés. Parmi les fabricants en lice, les experts choisissent ceux dont les appareils répondent aux critères retenus au meilleur prix, mais prennent également en compte la qualité du service après-vente.

S'il existe des règles à suivre pour passer les appels d'offre, celles-ci laissent une certaine liberté dans le choix des aides. Selon la responsable des appels d'offre de la région Scanie, le budget alloué aux régions suédoises est suffisant pour acquérir des aides de qualité, qui répondent aux besoins des patients. Pour chaque nouvel accord, la région a accès aux prix obtenus par les autres régions ainsi qu'à leurs fournisseurs, les données concernant les appels d'offre étant rendues publiques. Certaines régions paient un prix fixe pour chaque appareil auditif acquis auprès d'un fournisseur, quel que soit l'appareil. Si le fournisseur souhaite vendre un appareil de dernière génération, il doit accepter de le proposer au prix fixe. Ce prix, qui est de 1600 SEK (147 €) pour la région de Scanie, reste inchangé en cas de renouvellement du contrat. Selon la responsable des appels d'offre en Scanie, il s'agit d'un accord favorable avec un prix raisonnable.

Contrairement aux autres régions, **les régions de Scanie et de Stockholm** doivent faire face à la **concurrence du marché privé**, dont l'attractivité est liée au système du « libre choix ». Malgré cette concurrence, l'objectif de ces deux régions est de continuer à fournir le même volume d'appareils auditifs, avec une faible contribution des usagers. La seule possibilité de concurrencer le marché privé consiste à adapter leur offre d'appareils auditifs, notamment en les élargissant (en incluant plus de fournisseurs) et en choisissant les

meilleurs appareils. Lors de la réponse à l'appel d'offre, la responsable de la procédure pour la région de Scanie tente d'imposer aux fabricants d'appareils auditifs un prix d'achat aussi bas que possible dans l'optique d'optimiser la dépense publique de la région. Néanmoins, elle doit également prendre en compte le marché privé pour fixer son prix, et considérer notamment le montant du *voucher*, afin d'éviter qu'un écart trop important incite les industriels à ne fournir que le marché privé, qui serait devenu plus profitable que le marché public. Elle n'a pas la possibilité d'intervenir sur le montant du *voucher*, qui est déterminé par les pouvoirs publics.

La responsable des appels d'offre de la région de Scanie estime que 1600 SEK (143 €) est un prix raisonnable pour un appareil auditif, même si elle nous a indiqué qu'elle souhaitait encore réduire ce montant. Certaines régions parviennent à payer seulement 900 SEK (80 €) par appareil, mais cette situation est liée au fait qu'elles ne sont pas contraintes de prendre en compte le marché privé pour fixer leur prix. Elles peuvent donc se permettre de limiter les choix offerts aux usagers. Ces régions ont d'autres leviers pour faire baisser les prix. Par exemple, elles peuvent renforcer la concurrence en sélectionnant uniquement trois fabricants sur les cinq, ces derniers étant alors amenés à baisser leurs prix pour faire partie des fournisseurs sélectionnés. La région de Stockholm présente un système similaire à celui de Scanie. À Stockholm, les usagers paient plus cher qu'en Scanie les appareils achetés *via* le « libre choix ». Ces écarts s'expliqueraient par le fait que la Scanie dispose de plus de fournisseurs et propose 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 ne bénéficie pas des meilleurs appareils auditifs dans sa gamme publique favorise le développement du marché privé. Un audiologiste d'une entreprise indépendante (Audiologiska) confirme que l'offre régionale en Scanie est meilleure qu'à Stockholm même si cette dernière est en train d'améliorer son offre publique. Selon cet interlocuteur, la gamme proposée par la région de Stockholm est correcte, mais 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 deux ou trois dernières générations – qui respectent toutefois les critères de la région – et de réserver leurs appareils les plus récents au marché privé.

Un recours important au « libre choix » dans les régions de Stockholm et de Scanie

Si les régions restent les plus gros distributeurs d'aides auditives en Suède, le marché privé se développe progressivement en parallèle. Les usagers ont la possibilité d'utiliser le chèque fourni par leur centre d'audition public pour acheter leur appareil dans le privé. Les magasins privés peuvent également fournir des prothèses sans prescription aux usagers qui ne souhaitent pas bénéficier du système de prise en charge public. Des contrats d'exclusivité entre fabricants et 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 du « libre choix » (*voucher*) mis en place en 2008 à Stockholm et en Scanie. D'autres régions commencent à mettre en place ce système pour les appareils auditifs, mais avec une diffusion 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 donner plus de liberté de choix au patient. Pour en bénéficier, le patient suit la même procédure que dans 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, 54 cliniques privées ont été autorisées à Stockholm et 13 en Scanie. Le patient détermine la clinique dans laquelle il souhaite se rendre puis choisit parmi deux options : emprunter un appareil auditif de la gamme régionale ou acheter son appareil dans la gamme privée de la clinique avec le chèque octroyé par la région. À Stockholm, le montant du chèque est de 2380 SEK (216 €) pour un appareil auditif et de 1800 SEK (165 €) en Scanie. La plupart des cliniques appartenant à des fabricants d'appareils auditifs, elles sont fortement incitées à vendre en priorité leurs appareils, ce qui pose un problème éthique, car le patient doit pouvoir librement choisir entre les deux gammes.

Selon la responsable des appels d'offre en Scanie, l'offre privée, comme l'offre publique, s'appuie sur des appareils auditifs de très bonne qualité, mais à un prix beaucoup plus élevé. En Scanie, la gamme privée ne serait pas plus importante ou de meilleure qualité. 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, qui inclut les appareils les plus récents et les plus performants de chacun des fournisseurs, hormis pour deux fabricants, qui ont choisi de les conserver pour leurs propres cliniques. De même, d'après l'audiologiste et enseignante-chercheuse à Örebro, l'offre publique à Stockholm inclut des appareils auditifs d'une qualité équivalente à celle qui prévaut sur le marché privé. L'offre privée dispose certes des dernières technologies, plus avancées que ce qui est proposé dans le panier 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, dans la mesure où ces produits, déjà en circulation sur le marché international, sont en train de perdre en valeur.

En Scanie et à Stockholm, 90 % des personnes présentant une perte auditive se rendent dans une clinique privée. Les cliniques publiques sont majoritairement fréquentées 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 % de la gamme régionale. À Stockholm, sur les 7 000 prescriptions annuelles d'appareils auditifs, seuls 10 à 15 % des appareils font l'objet d'un prêt, le reste étant acquis avec le *voucher*. Si l'utilisateur 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 – soit 54 €, 1000 SEK en Scanie – soit 91 €). En Scanie, 90 % de ceux qui choisissent la gamme privée doivent payer plus de 1000 SEK (91 €) pour leur appareil auditif. Cette proportion de personnes contraintes de payer un supplément ne cesse d'augmenter. Dans la région de Scanie, il existe de fortes disparités dans la proportion des patients qui choisissent l'offre publique : si ce taux est de 40 % au niveau régional, il atteint 90 % dans certaines petites cliniques indépendantes. C'est cette répartition largement en faveur du secteur public que notre interlocutrice, tout comme les responsables publics à l'origine du « libre choix », souhaiteraient observer dans toutes les cliniques privées.

En raison des inconvénients de ce nouveau système, la région de Stockholm a décidé en novembre 2023 d'abandonner le « libre choix » pour les appareils auditifs. Cette décision a pris effet en janvier 2025⁴.

4 <https://via.tt.se/pressmeddelande/3389996/nu-avskaffas-fritt-val-av-horapparater-i-stockholm-antligen-stopp-for-ett-havererat-varsystem?publisherId=3136516&lang=sv>

3.2. 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 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'offre de chaque région. Depuis le lancement des appels d'offre au niveau des régions, 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'offre de leur région (Tableau 5, p. 34). 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 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.

Une étude menée par l'Office national de la santé et du bien-être (Socialstyrelsen, 2021) a recueilli les données relatives aux frais payés par les usagers d'aides auditives dans les régions suédoises en 2020. À cette date, 85 % des régions facturent des frais pour les prothèses auditives destinées aux adultes, mais aucune ne facture de frais pour les moins de 18 ans.⁵ Les prothèses auditives constituent l'aide technique associée à la plus forte fréquence de facturation de frais par les régions. La région de Värmland facture des frais en pourcentage de la valeur de l'aide (20 % de la valeur de l'aide). D'après cette étude, les autres régions facturent des frais compris entre 340 SEK et 1 200 SEK (32 € à 112 €). Fin 2022, selon l'audiologiste et enseignante-chercheuse en Örebro, hormis les régions qui ont des frais d'abonnement (notamment Örebro), les autres 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 paient pas leurs appareils s'ils coûtent moins d'un certain montant (par exemple, 2000 SEK (182 €)) mais paient la différence si la valeur dépasse ce montant. Par exemple, si l'appareil

⁵ 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 5 Prix d'achat régionaux des aides auditives (recueillis en 2023)

	Stockholm	Scanie	Södermanland	Norrbottn
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.

Tableau 6 Frais des patients selon les régions en 2023

	Stockholm	Scanie	Södermanland	Norrbottn	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 €)	1 000 SEK (87 €)	850 SEK (74 €)	500 SEK (43 €)	65 SEK (6 €) par mois
Frais totaux	850 SEK (74 €)	1 200 SEK (104 €)	1 250 SEK (109 €)	800 SEK (69 €)	3 320 SEK (291 €)

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

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

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'une région à l'autre.

Pour notre étude, nous avons recueilli les frais demandés aux patients dans plusieurs régions : Stockholm, Scanie, Södermanland, Norrbotten et Örebro (Tableau 6). 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 régions sont peu marquées. 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 paie 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 invariables, 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 quatre 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 quatre ans, 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.

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 régions. 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 trois ans, ainsi que les réglages et adaptations pour une période de six mois. Contrairement aux centres d'audition, les aides auditives achetées chez les revendeurs privés ne bénéficient pas de réduction de TVA, le taux étant 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 minimes. Selon un audiologiste employé chez Audionova à Stockholm, les prix des appareils varient d'un magasin à l'autre, mais tous 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, ce qui leur est plus rentable sans que cela 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 régions 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 (Tableau 7, p. 36).

Tableau 7 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 à 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 s'acquitter d'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. 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 (Audio-logiska) 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 à 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 paient 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 quatre ans. D'après un audiologiste d'une boutique Audionova à Stockholm, la plupart des clients sont satisfaits avec les appareils les moins chers et la technologie a tellement progressé jusqu'à aujourd'hui qu'avec 600 SEK (54 €), les usagers peuvent obtenir de bons appareils auditifs. L'appareil auditif le plus cher de la boutique (autour de 25 000 SEK (2 232 €)) n'est pas souvent choisi, peu de clients en ayant les moyens et le besoin. De nombreux clients choisissent le deuxième appareil le moins cher. Leur reste à charge dépend également du fait qu'ils souhaitent un appareil rechargeable ou qui fonctionne avec des piles. Les appareils rechargeables coûtent généralement plus cher, environ 2 000 SEK (180 €) en plus, mais ils sont très prisés.

3.3. Un accompagnement au choix 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 utilisateurs 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. À l'hôpital ou au centre d'audition, l'utilisateur consulte un audiologiste⁶ 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 les audiologistes, des professionnels de santé paramédicaux, plus proches des utilisateurs 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 six mois est laissée aux utilisateurs 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 à la région. 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 – de deux/trois mois à un an en fonction des centres d'audition –, ce qui peut expliquer l'attractivité du marché privé pour certains utilisateurs. Dans le système du *voucher*, si l'utilisateur veut profiter d'un chèque de la région pour acheter lui-même son produit, ses besoins doivent auparavant être évalués par les professionnels du centre d'audition. Dans ce cas, l'utilisateur subit aussi des temps d'attente. Ce dernier peut également se rendre directement chez un revendeur de prothèses auditives et acheter son appareil sans prescription, mais dans ce cas, il ne peut pas bénéficier d'une prise en charge publique. Les revendeurs privés (les audiologistes) réalisent eux-mêmes un audiogramme pour le compte des utilisateurs et définissent avec eux le type de produit le plus adapté.

Suivi après acquisition de l'appareil

D'après l'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. A Örebro, la première visite coûte 100 SEK (9 €) au patient, la seconde 200 SEK (19 €). La visite dure en général quinze à vingt minutes. En général, le patient est reçu dans la semaine, parfois dans les deux semaines. Il ne doit pas payer les réparations de son appareil sauf s'il a fait preuve de négligence dans l'entretien de celui-ci (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

⁶ Un audiologiste suédois exerce une profession équivalente à un audioprothésiste en France.

une durée de quatre 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 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 » et le secteur privé. D'après nos interlocuteurs du secteur privé, les délais pour obtenir un rendez-vous sont courts. Dans le magasin Eartech à Stockholm, le rendez-vous est fixé environ quarante-huit heures après la demande. Dans les magasins 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 portant 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 quatre centres de formation en Suède qui dispensent les mêmes enseignements pendant trois 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 exister quelques différences mineures entre les unités de soins. Par exemple, concernant les tests auditifs, ils sont souvent plus approfondis dans le secteur public. Cela s'explique en partie par le fait que le secteur public prend en charge les cas les plus complexes. D'après l'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 l'étiologie et se contenter des tests basiques pour gagner du temps. 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 ceux 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. Selon notre interlocutrice, qui est professeure à l'université et a travaillé sur le programme éducatif, il faudrait rendre obligatoire une formation continue au regard des importantes évolutions de la profession, notamment en termes de législation, de matériel utilisé, et d'appareils prescrits. Toutefois, les fabricants informent régulièrement les cliniques sur les nouveaux modèles d'appareils qui sortent sur le marché.

Information de l'utilisateur

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 (*Hörselskadades Riksförbund*), sont présentes au niveau national et font pression sur le gouvernement pour continuer à améliorer le système de prise en charge. Néanmoins, d'après nos interlocuteurs et les études portant sur le « libre choix », 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.

3.4. Les enjeux et défis actuels

Iniquités territoriales des restes à charge et des critères de renouvellement

D'après l'audiologiste et enseignante-chercheuse de la région d'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, puisque 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, un âge limite des appareils a été fixé, dans d'autres, il faut que les appareils soient totalement hors service pour qu'ils soient remplacés. À Stockholm, il n'y a pas d'âge limite officiel, mais officieusement, c'est tous les quatre ans. Néanmoins, il existe 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 douze 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 l'audiologiste et enseignante-chercheuse en Örebro, une loi interdit qu'un patient puisse figurer plus de trois 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. À la connaissance de notre interlocutrice de la région Örebro, la plus longue liste d'attente pour obtenir des appareils auditifs est de près de deux ans (vingt-et-un mois), dans une région du Nord du pays. En moyenne, l'attente dure entre trois et douze 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 ce système. 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 » qui a profondément modifié 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** qui l'ont également mis en place. D'après l'audiologiste de la région d'Örebro, la forme de « libre choix » mise en œuvre dans la région d'Uppsala fonctionne mieux, notamment parce que l'utilisateur est bien informé sur ce système 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 que les distributeurs sont plus contrôlés et qu'une véritable concurrence s'y exerce.

Une responsable des appels d'offre en Scanie a partagé avec nous son opinion sur la réforme dans cette région. Si elle approuve le principe de la réforme du « libre choix » (donner plus de liberté au patient), elle déplore certaines des conséquences liées à son application. Selon elle, les responsables publics qui l'ont mise en œuvre n'ont pas anticipé le fait que les fabricants allaient ouvrir leurs propres magasins et favoriser ainsi la vente de leurs appareils auditifs. De nombreuses personnes ne savent pas qu'elles ont choisi un appareil auditif de la gamme privée, car le système est complexe, en particulier pour les personnes âgées qui constituent la plus grande partie de la clientèle. Si ces personnes étaient réellement en mesure de comprendre le fonctionnement du système, elles seraient, selon elle, plus nombreuses à choisir un appareil auditif de la gamme régionale. La compréhension du système dépend également de la façon dont l'audioprothésiste informe son client. Cette réforme a néanmoins, selon notre interlocutrice, des effets positifs, notamment parce qu'elle a contribué à réduire les délais pour obtenir un rendez-vous en clinique, qui sont passés à deux semaines. D'après l'institut de recherche indépendant *Hörselbron*, la Scanie est la région dans laquelle les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous sont les moins longs. L'utilisateur n'a pas besoin de consulter un médecin avant de se rendre en clinique et peut prendre rendez-vous très facilement directement avec la clinique. La Scanie est caractérisée par une bonne répartition des cliniques sur le territoire, ce qui n'était pas le cas auparavant. De plus, la région a pu réaliser des économies dans la mesure où elle n'a pas eu à rémunérer les audioprothésistes ayant créé leur clinique privée. D'ailleurs, d'après cette même source, le fait de revenir sur cette réforme serait financièrement compliqué pour la région, car cela impliquerait de recruter ces audioprothésistes sur les fonds propres de la région. Elle considère que le système de « libre choix » pourrait être réajusté, notamment en informant mieux le patient sur les options existantes.

Pour nos interlocuteurs à Stockholm (responsable du centre d'audition public, audiologiste indépendant, audiologiste dans un service public, l'Agence Nationale pour la Participation *Myndigheten för delaktighet* (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, 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 par rapport à la vente des produits de la gamme régionale. Un audiologiste exerçant en Scanie, passé du secteur privé au secteur public, nous a fait part

de son expérience. 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 faite 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 reste à charge, de moindre qualité que les appareils sans reste à charge fournis dans la gamme régionale. De nombreuses plaintes ont alors émergé à Stockholm, un certain nombre d'usagers ayant 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 aussi 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 aussi des soignants ; ils doivent viser l'appareil qui présente le meilleur coût-avantage pour le client.

Pour cela, il apparaît nécessaire à l'un de nos interlocuteurs à Stockholm (audiologiste indépendant chez Audiologiska) que **la région contrôle plus la qualité des cliniques** et maîtrise mieux l'information délivrée aux usagers 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 à respecter, le seuil minimal de qualité acceptable, le type d'appareils à 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 proposer : les tests à réaliser lors de l'évaluation des besoins, le suivi de l'utilisateur, le nombre minimal de rendez-vous avec un usager, 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 quinze 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. De son point de vue, 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. Ce problème de files d'attente persiste dans la majeure partie du territoire suédois dû à la pénurie d'audioprothésistes.

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 » 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 près d'un millier de cas de démence⁷. 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, l'audiologiste et enseignante-chercheuse dans la région d'Örebro considère au contraire que la région n'a pas réellement réalisé d'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 insuffi-

⁷ Un cas de démence représente des coûts d'environ 80 000 € à l'année, en plus des souffrances engendrées.

samment profitable pour les entreprises. Pour augmenter leur rentabilité, celles-ci doivent avoir une organisation très efficiente 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 à 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 la région 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 dominant le marché et fournissent principalement des appareils de leur marque. La décision possible 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 efficience, 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.

4. Aides visuelles

En 2022, la Suède compte environ 115 000 personnes déficientes visuelles d'après l'association SRF (*Synskadades Riksförbund*). 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 régions 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 régions, en fonction des accords passés avec les distributeurs suédois, *via* les appels d'offre.

4.1. 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'offre lancés par la région. Ceux-ci concernent chaque type de produits, ce qui implique que chaque centre est en contrat avec environ sept ou huit 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 régions. Ils sont au nombre de 30 en Suède et ont la charge 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 SEK (4,4 millions d'€). Le nombre de patients par an est d'environ 5 000 à 6 000 dans la clinique de basse vision Sodexo à Stockholm, et le volume de visites de patients par an est d'environ 21 500. 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 les deux 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 vendues 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 régions. 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 souhaitée. Néanmoins, ce système concerne peu d'aides visuelles et peu de patients dans les régions qui l'appliquent. Dans la région 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, seuls 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 pour chaque groupe de produits. Ces produits répondraient efficacement aux besoins des patients, rendant le « libre choix » plus accessoire.

4.2. 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 aux usagers avec un reste à charge faible, voire nul, par les centres de basse vision. 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'offre 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'offre lancés par les régions 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 plus bas. Quelle que soit l'aide visuelle, on remarque que les prix obtenus par les régions sont plutôt homogènes (Tableau 8, p.47). 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 régions, majorés de la TVA à 25 % (les régions en sont exonérées). Les services associés aux produits sont cependant payables en sus par les usagers.

Pour les aides à la communication pour déficients visuels, le reste à charge est faible, voire nul. S'agissant de la fourniture de l'aide technique, certaines régions font payer une

Tableau 8 Prix d'achat régionaux des aides visuelles (recueillis en 2023)

	Stockholm	Scanie	Södermanland
Plage Braille			
Freedom Scientific, <i>Focus 14 5th generation</i>	11 650 SEK (993 €)	11 700 SEK (985 €) [Focus 14 Blue V5]	12 900 SEK (1 099 €) [Focus 14 Blue]
Humanware, <i>Brailliant 14</i>	20 800 SEK (1 772 €) [Handytech; Actilino] *		
Télé-agrandisseur avec fonction vocale			
Humanware, <i>Reveal 16i full HD</i>	44 900 SEK (3 825 €)		
Koba Vision; <i>Vocatex</i>	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; <i>Victor Reader Stream</i>	2 970 SEK (253 €)		3 900 SEK (332 €) [Victor reader stream 2]
Shinano Kenshi <i>PlexTalk Linio Pocket</i>	3 400 SEK (290 €)	3 085 SEK (260 €) [Victor Reader Stratus 4]	
Humanware, <i>Victor Stratus 4 M</i>		3 242 SEK (273 €) [i-Speak 2]	
Bones <i>MileStone 312 ACE</i>	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.

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 recueilli 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 9, p. 48). On observe que le reste à charge des usagers est nul en Stockholm et en Scanie, quelle que soit l'aide. La région 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. La région 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 9 Frais des patients selon les régions en 2023

	Stockholm	Scanie	Södermanland	Norrbottnen
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).

4.3. Un accompagnement au choix 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 dont ils sont géographiquement les plus proches, 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 région. Le délai le plus long est celui pour prendre un premier rendez-vous, et peut aller jusqu'à deux à trois mois dans certaines régions, d'après l'association SRF. Légalement, le centre public de Stockholm dispose de quinze jours ouvrés pour fixer un rendez-vous. Le centre de Sodexo à Stockholm affirme cependant fixer les rendez-vous sous 14, 30 ou 60 jours selon le degré de priorité. L'aide est ensuite reçue immédiatement si elle est disponible dans le stock du centre, sinon elle est livrée sous trente 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 à 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 : ces derniers peuvent revenir au centre de basse vision s'ils en ressentent 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 une formation à l'utilisation des aides visuelles pour que les usagers bénéficient d'un accompagnement suffisant, 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 de l'utilisateur : 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 souvent une très faible connaissance des types d'aides qui existent sur le marché. 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 entre les régions. 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 afin qu'elle soit référencée le plus tôt possible.

4.4. Les enjeux et défis actuels

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

D'après nos interlocuteurs de la 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. Les personnes peuvent assez facilement obtenir ce dont elles ont besoin, même s'il existe des différences selon les régions. Néanmoins, la 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 étant 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, l'association SRF et la MFD (Agence nationale pour la participation) jugent que **les ressources consacrées à la réadaptation sont insuffisantes**. Il existe 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 la 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 la SRF, les associations pour le handicap visuel n'étaient à l'origine pas favorables à l'introduction du « libre choix », et montraient un certain scepticisme et aussi une 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 disponible en aides visuelles** au niveau régional, d'après nos interlocuteurs de la SRF et de l'Agence pour la participation (MFD). Par exemple, l'offre de cannes blanches se borne à quatre propositions dans la région de Stockholm, les personnes qui souhaiteraient un autre modèle de canne devant 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 de la région 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**. Celle-ci doit s'assurer que la région quittée a contractualisé avec la nouvelle région pour qu'elle puisse utiliser son aide sur son nouveau lieu de vie. Dans le cas contraire, la personne doit recommencer tout le processus auprès de la nouvelle région pour obtenir l'aide dont elle 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 constitué un mouvement de très grande ampleur, même parmi les membres de la SRF, qui ont été peu nombreux à l'essayer. Ceux qui l'ont fait 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 la SRF considère à titre personnel que le « libre choix » est un bon système et déplore que peu de régions l'aient expérimenté.

té. Les autres membres de l'association ont cependant des positions très différentes sur le « libre choix ».

Selon nos interlocuteurs de la SRF et de 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 que celui-ci soit peu utilisé. Elle estime que cela peut être lié au fait qu'il existe déjà **un système relativement 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 étant toujours prêtée par la région.

5. Conclusion

Le système suédois des appels d'offre permet de réduire les dépenses publiques liées à la mise à disposition des **fauteuils roulants** comparativement aux dépenses engagées dans les systèmes qui reposent sur un marché privé. Toutefois, compte tenu du socle régional de ces appels d'offre, une très forte hétérogénéité des offres publiques locales est constatée par les observateurs de la politique publique et les associations. Le maillage insuffisant de centres publics de distribution occasionne d'importants délais d'attente pour accéder à l'équipement, et l'offre est limitée par rapport au marché privé. Pour les fauteuils roulants, la réforme du « libre choix » n'a pas transformé la distribution, car le dispositif, peu connu du public, a été très peu diffusé. En outre, les usagers ont montré des réticences à endosser la responsabilité de choisir un fauteuil roulant alors qu'ils bénéficient d'un accompagnement de bonne qualité par des ergothérapeutes formés, lorsqu'ils suivent le parcours d'équipement classique dans le secteur public.

La réforme du « libre choix » n'a été diffusée que dans deux régions suédoises sur 21 (Stockholm et Malmö) pour **les aides auditives** mais elle y a rencontré un très grand succès auprès des usagers. Les *vouchers* proposés sont pourtant d'un montant faible, couvrant à peine 10 % du prix des aides auditives du marché privé, ce qui laisse aux usagers d'importants restes à charge. A Stockholm, 93 % des prescriptions d'appareils auditifs se font par le « libre choix ». Ce succès révèle les limites du système traditionnel de mise à disposition des aides auditives – moins diversifiées que dans le secteur privé – et caractérisé par d'importantes files d'attente (de trois mois à deux ans en fonction des régions). Dans la région de Stockholm comme en Scanie, celles-ci ont disparu au tournant des années 2010 du fait de l'introduction de ce système. Dans les autres régions, les appels d'offre publics permettent d'approvisionner les régions en aides auditives mais conduisent à des disparités d'offre importantes sur le territoire.

L'évaluation des besoins **d'aides visuelles**, ainsi que la distribution, est assurée par les centres régionaux de basse vision. Les prix des aides visuelles négociés dans les appels d'offre restent relativement élevés : les volumes commandés par les régions ne sont pas suffisamment importants pour inciter les industriels à consentir des rabais vraiment significatifs. Pour autant, les usagers qui optent pour le circuit public de distribution des aides visuelles peuvent les obtenir sans reste à charge. L'absence de revalorisation des budgets consacrés à ces aides empêche certaines régions de se doter des appareils les plus récents et les plus technologiques : les iniquités d'offre sont importantes entre les régions. Si le « libre choix » est disponible dans cinq régions suédoises, il n'a pas rencontré le succès : le reste à charge plus élevé qui doit être supporté par l'utilisateur quand il achète son aide sur le marché privé constitue un obstacle à la diffusion de cette politique pour les usagers d'aides visuelles.

6. Bibliographie

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.

Karlsson M. (2021) *Att styra mot uthållig organisatorisk samverkan i hälso- och sjukvårdsprocesser*. Lulea Tekniska Universitet

Krantz O. et Örmon K. (2016). «Municipal information on assistive devices in Sweden», *Life Span and Disability*, n°2, pp. 131-151.

Kylberg M., Löfqvist C., Tomsone S., Phillips J., Liepina Z. et Iwarsson S. (2015). "A European perspective on the service delivery systems for assistive technology--differences and similarities between Latvia and Sweden», *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, vol. 30, no 1, pp. 51-67.

Socialstyrelsen (2016). Utvärdering och konsekvensanalys av fritt val av hjälpmedel (*Évaluation et analyse des conséquences du « libre choix » des aides techniques*).

Socialstyrelsen (2021). Uppdrag statistik på hjälpmedelsområdet – slutrapport (*Mission statistique dans le domaine des aides techniques – rapport final*).

Table des illustrations

Tableau 1	Application du « libre choix » (LC) selon les régions	10
Tableau 2	Frais payés par le patient selon le système, mise à disposition ou « libre choix »	13
Tableau 3	Prix d'achat des fauteuils roulants par les régions.....	20
Tableau 4	Restes à charge des patients selon les régions en 2023	20
Tableau 5	Prix d'achat régionaux des aides auditives (recueillis en 2023)	34
Tableau 6	Frais des patients selon les régions en 2023	34
Tableau 7	Prix d'un appareil auditif et restes à charge à Stockholm et en Scanie en 2022	36
Tableau 8	Prix d'achat régionaux des aides visuelles (recueillis en 2023).....	47
Tableau 9	Frais des patients selon les régions en 2023	48

Comparaison européenne et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes en situation de handicap

Angleterre • Belgique • Suède

Étude de cas : Suède

Alice d'Estève de Pradel, Sylvain Pichetti (Irdes)

Le système suédois des appels d'offre permet de réduire les dépenses publiques liées à la mise à disposition des fauteuils roulants comparativement aux dépenses engagées dans les systèmes qui reposent sur un marché privé. Toutefois, compte tenu du socle régional de ces appels d'offre, une très forte hétérogénéité des offres publiques locales est constatée par les observateurs et les associations. Le maillage insuffisant de centres publics de distribution occasionne d'importants délais d'attente pour accéder à l'équipement et l'offre est limitée par rapport au marché privé. Pour les fauteuils roulants, la réforme du « libre choix » (*Fritt Val*) n'a pas transformé la distribution, car le dispositif a été très peu diffusé, car peu connu du public. En outre, les usagers ont montré des réticences à endosser la responsabilité de choisir un fauteuil roulant alors qu'ils bénéficient d'un accompagnement de bonne qualité par des ergothérapeutes formés quand ils suivent le parcours d'équipement classique dans le secteur public.

La réforme du « libre choix » n'a été diffusée que dans deux régions suédoises sur 21 (Stockholm et Malmö) pour les aides auditives mais elle y a rencontré un très grand succès auprès des usagers. Les *vouchers* proposés sont pourtant d'un montant faible, couvrant à peine 10 % du prix des aides auditives du marché privé, ce qui laisse aux usagers d'importants restes à charge. 93 % des prescriptions d'appareils auditifs se font par le « libre choix » à Stockholm. Ce succès révèle les limites du système traditionnel de mise à disposition des aides auditives – moins diversifiées que dans le secteur privé – et caractérisé par d'importantes files d'attente (de trois mois à deux ans en fonction des régions). Dans la région de Stockholm comme en Scanie, celles-ci ont disparu au tournant des années 2010 du fait de l'introduction du système de « libre choix ». Dans les autres régions, les appels d'offre publics permettent d'approvisionner les régions en aides auditives mais conduisent à des disparités d'offre importantes sur le territoire.

Les prix des aides visuelles négociés dans les appels d'offre restent relativement élevés : les volumes commandés par les régions ne sont pas suffisamment importants pour inciter les industriels à consentir des rabais significatifs. Pour autant, les usagers qui optent pour le circuit public de distribution des aides visuelles peuvent les obtenir sans reste à charge. L'absence de revalorisation des budgets consacrés aux aides visuelles empêche certaines régions de se doter des aides les plus récentes et les plus technologiques : des iniquités d'offre sont importantes entre les régions. Le « libre choix » est disponible dans cinq régions suédoises mais n'a pas rencontré le succès : le reste à charge plus élevé qui doit être supporté par l'utilisateur quand il achète son aide sur le marché privé constitue un obstacle à la diffusion de cette politique pour les usagers d'aides visuelles.