

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

Enquête de terrain
en Belgique, Suède et Angleterre

Alice d'Estève de Pradel, *Irdes*
Sylvain Pichetti, *Irdes*

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 Jantzem, Alain Pawlowski, Fernando Pinto Da Silva.

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

Les auteurs remercient la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui a financé cette recherche dans le cadre d'un appel à projets déposé auprès de l'Institut pour la recherche en santé publique (Iresp) en 2019.

IRDES

21, rue des Ardennes
75019 Paris
www.irdes.fr
01 53 93 43 06
publications@irdes.fr

INSTITUT DE RECHERCHE
ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Directeur de publication : Denis Raynaud
Éditrice : Anna Marek • **Maquettiste** : Franck-Séverin Clérembault
Diffusion : Rouguiyatou Ndoye • **Imprimeur** : CIA Graphic (58320)
Dépôt légal : décembre 2025 • **ISBN papier** : 978-2-87812-650-1
ISBN PDF : 978-2-87812-649-5 • **ISSN** : 2263-5416

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

Enquête de terrain
en Belgique, Suède et Angleterre

Alice d'Estève de Pradel, *Irdes*
Sylvain Pichetti, *Irdes*

ISBN papier : 978-2-87812-650-1 / ISBN PDF : 978-2-87812-649-5 / ISSN : 2263-5416

Les reproductions de textes, graphiques ou tableaux sont autorisées
à condition de mentionner la source et le(s) auteur(s).

Sommaire

1.	Introduction	7
2.	En France, le dispositif de la Prestation de compensation du handicap (PCH) limite le reste à charge des aides techniques pour les personnes en situation de handicap.....	11
2.1.	Un empilement complexe de financements.....	11
2.2.	Des financeurs multiples mais éparpillés, à la source d'un système complexe et peu lisible	14
2.3.	De longs délais d'attente pour bénéficier de la prise en charge publique .	14
2.4.	Une solvabilisation publique théoriquement élevée, mais qui peut laisser des restes à charge importants	14
2.5.	A besoin égal, des situations d'inéquité de financement.....	16
2.6.	Au niveau macro-économique, l'absence de régulation des prix fait courir le risque d'une dérive du coût public des aides techniques	16
3.	Apports et limites de la littérature pour les comparaisons internationales des politiques de financement des aides techniques	19
3.1.	Une grille d'analyse qui permet de comparer les politiques publiques de financement des aides techniques	20
3.1.1.	<i>Un premier axe d'analyse qui évalue l'effort du régulateur national pour maîtriser les coûts</i>	<i>21</i>
3.1.2.	<i>Un deuxième axe d'analyse qui interroge l'expérience de l'utilisateur : solvabilité de la dépense, satisfaction des usagers et degré d'équité</i>	<i>22</i>
3.2.	La littérature a permis d'identifier des pays qui ont changé de politique	24
3.2.1.	<i>La Belgique.....</i>	<i>25</i>
3.2.2.	<i>La Suède</i>	<i>25</i>
3.2.3.	<i>Le Royaume-Uni</i>	<i>26</i>
3.3.	Limites de la revue de littérature pour les comparaisons internationales	27
3.3.1.	<i>La littérature ne permet pas une comparaison systématique et standardisée des pays sur la solvabilisation publique, le reste à charge pour l'utilisateur et le contrôle des prix</i>	<i>27</i>
3.3.2.	<i>La littérature ne permet pas non plus de rendre compte des changements de politique en cours dans les pays</i>	<i>28</i>

4.	Les objectifs du projet Compatec	31
4.1.	Positionner la France en termes de prix, de solvabilisation publique et de restes à charge par rapport aux autres pays	31
4.2.	Comprendre la logique du changement dans les pays qui ont modifié leur politique de financement des aides techniques	32
4.2.1.	<i>Le passage à un financeur public unique en Belgique pour les fauteuils roulants : quelles améliorations par rapport à la superposition de financements publics français ?</i>	<i>32</i>
4.2.2.	<i>Un panier anglais d'audioprothèses gratuites peu plébiscité par les usagers : quels enseignements pour le 100 % santé auditif français ?</i>	<i>32</i>
4.2.3.	<i>Quels enseignements pour la France de l'expérience suédoise ?</i>	<i>33</i>
5.	Méthodologie de la collecte des informations.....	35
5.1.	Une méthodologie qui repose sur l'articulation d'un terrain à distance et de voyages d'étude	35
5.1.1.	<i>Le public visé</i>	<i>35</i>
5.1.2.	<i>Le terrain à distance permet de recueillir des informations descriptives</i>	<i>36</i>
5.1.3.	<i>Les voyages d'étude visent à améliorer la compréhension des changements de politiques en cours</i>	<i>36</i>
5.2.	Terrain à distance : mise en place du questionnaire	36
5.2.1.	<i>Les objectifs du questionnaire</i>	<i>37</i>
5.2.2.	<i>Choix des cas types pour chaque type d'aide</i>	<i>38</i>
5.2.3.	<i>Construction d'une vignette : le cas fictif de M. Smith</i>	<i>41</i>
5.2.4.	<i>Une enquête diffusée par l'outil numérique LimeSurvey</i>	<i>41</i>
5.3.	Bilan de la collecte d'informations par les questionnaires	42
5.3.1.	<i>Méthode d'enquête pour la phase des questionnaires</i>	<i>42</i>
5.3.2.	<i>Bilan sur la collecte de données : les objectifs et les difficultés rencontrées</i>	<i>43</i>
5.3.3.	<i>Bilan général sur le terrain à distance</i>	<i>47</i>
5.4.	Les voyages d'étude	48
5.4.1.	<i>Méthodologie de l'enquête de terrain</i>	<i>48</i>
5.4.2.	<i>Bilan de l'enquête de terrain.....</i>	<i>53</i>
6.	Résultats : quel impact de la régulation des prix des aides techniques sur les dépenses publiques et les restes à charge des usagers ?	59
6.1.	Une régulation des prix des aides techniques assurée par des appels d'offre en Suède et au Royaume-Uni	60
6.1.1.	<i>Principes des appels d'offre</i>	<i>60</i>
6.1.2.	<i>La régulation des prix et l'encadrement de l'offre ont pour objectifs de réduire la dépense publique.....</i>	<i>62</i>
6.1.3.	<i>... et les restes à charge des usagers</i>	<i>62</i>

6.2.	La prise en charge publique des aides techniques dans un système sans régulation des prix (France et Belgique).....	63
6.2.1.	<i>Une régulation qui porte sur les niveaux de remboursement.....</i>	63
6.2.2.	<i>Une distribution confiée à une multitude d'acteurs privés qui peuvent pratiquer des prix libres et occasionner des restes à charge pour l'utilisateur</i>	63
6.3.	Méthodologie de comparaison des dépenses publiques et des restes à charge dans les deux systèmes	64
6.3.1.	<i>Une comparaison basée sur les dépenses publiques</i>	64
6.3.2.	<i>Une comparaison qui neutralise les différences de niveaux de vie entre pays</i>	65
6.3.3.	<i>Une comparaison qui neutralise les différences de qualité des aides techniques</i>	65
6.4.	Résultats de la comparaison des prix publics et des restes à charge	65
6.4.1.	<i>Comparaison des dépenses publiques et des restes à charge pour les fauteuils roulants</i>	65
6.4.2.	<i>Comparaison des prix et des restes à charge des aides auditives</i>	71
6.4.3.	<i>Comparaison des dépenses publiques et des restes à charge des aides visuelles.....</i>	77
7.	Conclusion générale.....	81
8.	Bibliographie	85
 Annexes		
	Annexe 1.....	91
	Algorithme de recherche pour la revue de littérature	91
	Annexe 2	93
	Grille d'analyse des politiques publiques.....	93
	Annexe 3	97
	Questionnaire Compatec complet.....	97
	Annexe 4	163
	Les grilles d'entretien	
	1. Grille d'entretien générique pour les aides visuelles (AV) en Belgique	163
	2. Grille d'entretien générique pour les centres d'aides techniques en Suède (en anglais).....	168
	3. Grille d'entretien pour une responsable du budget dédié aux fauteuils roulants au NHS en Angleterre (en anglais)	171
	Table des illustrations.....	173

1. Introduction

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

Dans la plupart des pays européens, l'accès à ces aides techniques 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. En France, la réforme du 100 % santé audiologie, 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 a été annoncée, avec une mise en œuvre prévue à partir du 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 » (Compacec) est porteur d'une double ambition : d'une part, positionner la France en termes de dépenses publiques engagées pour la distribution des aides techniques, et de restes à charge pour les usagers, par rapport à des pays européens comparables. Cette comparaison ne pouvant être entreprise pour l'ensemble des aides techniques, le périmètre recouvre trois types d'aides : les fauteuils roulants (fauteuils roulants manuels de base, fauteuils roulants actifs et fauteuils roulants électriques verticalisateurs), les appareils auditifs et les aides visuelles (plages Braille, téléagrandisseurs et lecteurs de livres Daisy). Ces aides techniques renvoient à des situations de handicap majeures, qui concernent une population importante. Au sein de chaque catégorie, les différents modèles sélectionnés correspondent à des usages diversifiés et renvoient également à des niveaux de restes à charge différenciés en France : sans reste à charge, reste à charge modéré et reste à charge important.

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

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

Le choix de ces trois pays permet de comparer les dépenses publiques et les restes à charge dans des systèmes fortement différenciés de distribution des aides techniques : la France et la Belgique se caractérisent par des marchés privés dans lesquels la distribution des aides est confiée à une multitude d'offres privés qui disposent d'une liberté de fixation

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

1. Introduction

Irdes - décembre 2025

de leurs prix. À l’opposé, en Suède et en Angleterre, les aides techniques sont distribuées *via* des marchés publics dans lesquels s’opère une régulation des prix par appels d’offre. En outre, ces deux pays ont initié dans les années récentes un changement de politique susceptible d’apporter un éclairage sur l’orientation de la politique française.

Jusqu’en 2019, la Belgique disposait d’un système de financement des fauteuils roulants associant une prise en charge publique nationale et une autre, au niveau régional, assez comparable au système qui prévaut en France, dans lequel un premier financement prévu par l’Assurance maladie obligatoire peut être complété par la PCH pour les fauteuils roulants les plus coûteux ; si les financements de l’Assurance maladie et de la PCH ne sont pas suffisants, la complémentaire santé peut intervenir, de même que le Conseil régional, l’aide extra-légale du département et le Centre communal d’action sociale (CCAS). Enfin, chaque département met en place un Fonds départemental de compensation (FDC), qui a vocation à couvrir le reste à charge. La réforme belge de 2019 confie au seul acteur régional le financement des fauteuils roulants, ce qui représente un intérêt majeur vu de France. L’expérience belge est en effet susceptible d’éclairer les résultats qu’il serait possible d’atteindre en France si l’on suit l’une des recommandations du rapport Denormandie et Chevalier (2020) consistant à faire de l’Assurance maladie le financeur unique des aides techniques, afin d’éviter le cumul des financements.

En 2021, la réforme du *Personal Wheelchair Budget* introduite en Angleterre généralise un système de *voucher* accordant aux usagers un chèque pour faire l’acquisition d’un fauteuil roulant sur le marché privé, et ainsi bénéficiaire d’une liberté de choix accrue par rapport au système de mise à disposition classique du *National Health Service* (NHS). Outre les enseignements de cette réforme, l’étude du système anglais de mise à disposition des aides auditives peut apporter des éléments de comparaison intéressants entre l’offre gratuite proposée par le NHS et l’offre du 100 % santé audiology français.

À l’image de l’Angleterre, la Suède a introduit à partir de 2008, dans un petit nombre de régions volontaires, un système de *voucher* — ou système dit de « Libre choix » — qui propose aux usagers un chèque leur permettant d’acquérir leur aide technique en s’affranchissant du système traditionnel de mise à disposition des aides techniques qui prévaut dans le pays. Plusieurs caractéristiques du système suédois présentent un intérêt pour notre étude. D’une part, la Suède pratique depuis plusieurs années une régulation des prix assise sur des appels d’offre passés au niveau régional, qui permettent de réduire fortement les dépenses publiques consacrées à l’approvisionnement des aides techniques. L’expérience suédoise permet de mieux comprendre les mécanismes des appels d’offre et de quantifier par la même occasion la réduction des dépenses publiques, par rapport à un système sans régulation des prix. En outre, l’accompagnement des usagers est confié en Suède à des professionnels de santé qui bénéficient d’un très bon niveau de formation. Ces paramédicaux — audiologistes pour les prothèses auditives et ergothérapeutes ou kinésithérapeutes pour les fauteuils roulants — disposent d’une excellente connaissance des produits disponibles, et le fait qu’ils soient spécialisés dans un type de handicap leur permet de proposer un suivi de qualité aux usagers. L’expérience suédoise présente donc un intérêt de premier plan pour identifier les conditions susceptibles de garantir une meilleure évaluation des besoins des usagers et un meilleur accompagnement dans le choix des aides techniques. Par ailleurs, la Suède bénéficie déjà d’une longue tradition de recyclage des aides techniques, mise en œuvre dans l’ensemble des régions, qui constitue un levier très efficace de réduction des coûts financiers et environnementaux associés à la distribution des aides.

Le présent rapport est structuré en sept parties : après une première partie introductive, la partie II est consacrée à la présentation et à l’analyse du dispositif de la Prestation de

compensation du handicap (PCH) comme mode de financement additionnel des aides techniques pour les personnes en situation de handicap (p. 11). La partie III traite des apports et limites d'une revue de la littérature dans la perspective d'une comparaison internationale des politiques de financement et de mise à disposition des aides techniques (p. 19). La partie IV présente les objectifs du projet Compatec (p. 31), tandis que la partie V décrit la méthodologie de l'étude et des données collectées, basée sur l'articulation entre un terrain à distance (questionnaire) et un terrain de proximité, réalisé au cours de trois voyages d'étude (p. 35). La partie VI analyse l'impact de la régulation des prix sur les aides techniques, les dépenses publiques et les restes à charge des usagers (p. 59). Enfin, la partie VII propose une conclusion générale (p. 81).

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

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

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

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

Une barrière d'âge s'applique en revanche pour une personne de plus de 60 ans dont le handicap serait apparu postérieurement à cet âge et qui n'est plus en activité professionnelle : cette personne ne peut dans ce cas revendiquer le droit de percevoir la PCH (Penneau *et al.*, 2019) mais peut prétendre à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour ses besoins en aide humaine.

Outre la PCH, d'autres financements « extra-légaux » (comme le Fonds de compensation (FDC), le Centre communal d'action sociale (CCAS) ou l'Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) ...) sont mobilisables par les personnes en situation de handicap pour réduire les restes à charge associés à l'acquisition d'aides techniques.

2.1. Un empilement complexe de financements

Le système français est construit sur un empilement complexe de financements publics. Les règles sont différenciées (Figure 1) selon les trois types d'aides techniques concernées par cette étude : les fauteuils roulants, les aides auditives et les aides visuelles.

Parmi les fauteuils roulants commercialisés en France, certains ont des prix alignés sur les tarifs de remboursement qui figurent dans la Liste des produits et prestations remboursables (LPP), tandis que d'autres affichent des dépassements de tarifs.

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

2. En France, la PCH limite le reste à charge des aides techniques

Irdes - décembre 2025

Figure 1 Comparaison des modes de financement pour trois types d'aides techniques^a en France

		Aides légales	Aides extra-légales
FAUTEUILS ROULANTS	AIDES AUDITIVES		
	Appareillages d'entrée de gamme	Autres appareillages	
1. Assurance maladie	100 % santé <i>(financé par l'Assurance maladie et la complémentaire santé)</i>	1. Assurance maladie	
2. PCH		2. PCH	
3. Complémentaire santé		3. Complémentaire santé	
4. Agefiph		4. Agefiph	
5. Conseil régional		5. Conseil régional	
6. Aide extra-légale du département		6. Aide extra-légale du département	
7. FDC			
			AIDES VISUELLES
			1. PCH
			2. Agefiph
			3. Conseil régional
			4. Aide extra-légale du département
			5. FDC

Agefiph : Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

FDC : Fonds départemental de compensation du handicap.

PCH : Prestation de compensation du handicap.

Source : Enquête Compatec.

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

Pour les fauteuils roulants sans dépassement de tarifs, l'Assurance maladie obligatoire constitue le principal financeur (remboursement à 60 % ou 100 % si l'assuré est exonéré du ticket modérateur). Pour les fauteuils avec dépassements de tarifs, différents financeurs peuvent être mobilisés. Les usagers en situation de handicap avant l'âge de 60 ans (quel que soit l'âge au moment de la demande), ou encore en activité professionnelle, peuvent bénéficier de la PCH au moment de la demande. La PCH double la prise en charge de l'Assurance maladie uniquement en ce qui concerne les fauteuils pour activité sportive et l'ensemble des fauteuils électriques, et augmente de 50 % la prise en charge pour d'autres codes LPP. Si les financements de l'Assurance maladie obligatoire et de la PCH ne sont pas suffisants, la complémentaire santé peut intervenir, de même que le Conseil régional, l'aide extra-légale du département et le CCAS. Les personnes qui travaillent peuvent solliciter l'Agefiph à hauteur de 5 250 € maximum.

Enfin, chaque département français met en place un FDC, qui a vocation à garantir que les frais de compensation du bénéficiaire de la PCH n'excèdent pas 10 % de ses ressources, selon les conditions définies par décret. Mais le décret d'application qui doit en fixer les conditions précises n'a toujours pas été publié.

Pour les aides auditives, il convient de distinguer les règles de financement qui prévalaient avant la mise en place de la réforme du 100 % santé audiology, et celles qui ont cours depuis.

Avant 2019, tous les prix des prothèses auditives étaient libres : le prix moyen s'élevait à 1 500 € et la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire était fixée à 199,71 €. En dehors de la prise en charge du ticket modérateur, les complémentaires santé remboursaient de manière variable le reste de la dépense dans le cadre de la liberté contractuelle (Drees, 2024). Avant la réforme, les usagers faisaient généralement face à des restes à charge importants freinant l'accès à ces aides.

La réforme du 100 % santé audiologie, déployée progressivement entre 2019 et 2021, a scindé le marché en deux : d'un côté, le panier dit 100 % santé et, de l'autre, le panier libre. Cette réforme s'est accompagnée d'un doublement du financement par l'Assurance maladie obligatoire, dont la base de remboursement est passée à 400 € en 2021, et d'une obligation pour les complémentaires santé de prendre en charge le reste de la dépense dans le panier 100 % santé, sur lequel s'appliquent des prix limites de vente de 950 €¹. L'Assurance maladie rembourse 60 % de la base de remboursement fixée à 400 € par oreille, soit 240 €, et les organismes complémentaires couvrent le copaiement de 710 €.

Sur le panier libre, les prix ne sont pas limités et le remboursement par l'Assurance maladie obligatoire est identique à celui qui s'applique sur le 100 % santé (240 €). Les contrats responsables n'ont aucune obligation de remboursement supérieure au montant du ticket modérateur (160 €). Ainsi, la prise en charge minimale est de 400 € et le remboursement par l'assurance complémentaire est plafonné à 1 460 € (soit un remboursement maximal global de 1 700 €) afin d'éviter qu'une solvabilisation excessive n'induisse une hausse des prix (Drees, 2024).

Les personnes correspondant aux critères d'attribution de la PCH peuvent mobiliser celle-ci pour compléter en partie le financement public (c'est-à-dire les personnes ayant une surdité bilatérale avant 60 ans). Le premier étage de financement reste garanti par l'Assurance maladie obligatoire, à hauteur de 240 € (soit 60 % de la base de remboursement de 400 €). Pour les pertes auditives inférieures à 70 dB, la PCH prend en charge le ticket modérateur de l'aide auditive, 160 €, ce qui porte le financement public à 400 €. Pour les pertes auditives supérieures à 70 dB, la PCH rembourse le ticket modérateur et ajoute 200 €, portant la prise en charge publique à 600 €. La prise en charge de la complémentaire santé peut compléter ces financements légaux si un reste à charge demeure au-delà du ticket modérateur (déjà pris en charge par la PCH), et que cette prise en charge est prévue. Pour les moins de 20 ans, la prise en charge est obligatoirement de 1 400 € par oreille, quelle que soit la classe d'appareil auditif (dans le panier de soins 100 % santé ou non), avec une prise en charge de 60 % par l'Assurance maladie. La complémentaire santé peut, dans le cadre des contrats responsables, augmenter son remboursement jusqu'à 1 460 € pour les aides hors 100 % santé. Les personnes en situation de handicap engagées dans un parcours professionnel ou un parcours vers l'emploi peuvent solliciter l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) afin d'aider au financement de l'achat d'une audioprothèse pour un montant qui peut atteindre 850 € pour une prothèse et 1 700 € pour deux.

Les aides visuelles ne sont pas financées par l'Assurance maladie obligatoire, mais peuvent l'être par la PCH. D'autres aides émanant de l'Agefiph, du Conseil régional, de l'aide extra-légale des départements, de même que des FDC, sont également envisageables.

¹ Le prix limite de vente a d'abord été fixé à 1 300 € en 2019, puis a progressivement diminué au cours du temps : 1 100 € en 2020 puis 950 € en 2021.

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

2. En France, la PCH limite le reste à charge des aides techniques

Irdes - décembre 2025

Ce mode de financement, qui fait intervenir une multitude de financeurs, laisse penser en théorie à un haut niveau de solvabilisation publique² pour les personnes éligibles à la PCH et ayant une connaissance fine du système, mais suscite aussi de nombreuses interrogations.

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

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

Malgré le guichet unique que constitue la MDPH, la multiplicité des financeurs extralégaux complexifie le parcours de financement des aides techniques. Cet empilement des démarches peut conduire à l'abandon de demandes de financement, ou allonger exagérément les délais d'attente pour obtenir un financement public.

2.3. De longs délais d'attente pour bénéficier de la prise en charge publique

Les délais d'obtention d'un financement pour les aides peu coûteuses peuvent être très réduits, mais au contraire atteindre jusqu'à douze, voire dix-huit mois, pour les aides techniques les plus onéreuses (Denormandie et Chevalier, 2020). Le financement d'aides techniques plus coûteuses nécessite l'intervention d'un plus grand nombre de financeurs dont les délais de traitement sont le plus souvent cumulatifs. Les demandeurs doivent en effet procéder chronologiquement, attendre la réponse à leur première demande auprès d'un financeur pour enclencher la suivante. Jusqu'en 2015, l'utilisateur n'avait pas la possibilité d'acheter l'aide technique avant d'avoir l'accord pour la PCH. En 2017, le délai moyen de traitement d'une demande de « PCH aide technique » s'établissait à six mois (CNSA, 2019a), auxquels s'ajoutaient en moyenne quatre mois (CNSA, 2019b) pour obtenir une réponse du FDC. Cette complexité, ainsi que la lenteur qu'elle induit dans l'obtention d'une prise en charge publique, peuvent expliquer des phénomènes d'auto-censure qui peuvent conduire les usagers à choisir des aides techniques entièrement financées par l'Assurance maladie obligatoire et leur complémentaire santé (sans intervention d'autres financeurs additionnels), ou inciter les usagers à s'orienter vers des aides techniques moins onéreuses (Denormandie et Chevalier, 2020).

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

La récente réforme du 100 % santé sur les audioprothèses oblige les audioprothésistes à proposer des appareils intégralement financés par les complémentaires santé, garantissant ainsi un reste à charge nul pour les usagers. Cette réforme, très efficace pour réduire les restes à charge, mais qui implique que les personnes aient préalablement souscrit un contrat

² La solvabilisation publique correspond au montant de la dépense couvert par un financement public.

Encadré 1.

L'enquête Phèdre (Prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée et reste à charge), un outil de connaissance des restes à charge associés aux aides techniques

Cette enquête, issue d'une collaboration entre la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) est soutenue par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Elle porte sur les bénéficiaires de la Prestation de compensation du handicap (PCH) ayant eu une notification à la suite d'une demande faite en 2012 et vise à répondre à deux questions principales autour de la PCH :

- 1) Existe-t-il des écarts entre les plans notifiés par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et ce qui est réellement mis en place par le bénéficiaire ?
- 2) Quels sont les montants des restes à charge financiers pour les bénéficiaires de la PCH ?

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

Les résultats de l'enquête Phèdre permettront de connaître avec précision les restes à charge et la partie prise en charge par chaque financeur. Ces résultats seront d'autant plus intéressants à analyser s'ils peuvent être mis en perspective avec les restes à charge observés dans les autres pays.

de couverture complémentaire, n'a toutefois pour l'instant pas été étendue à d'autres aides techniques³.

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

Les données du Système national des dépenses de santé (SNDS) permettent d'avoir une visibilité sur les financements publics accordés par l'Assurance maladie obligatoire pour les produits inscrits sur la Liste des produits et prestations remboursables (LPP). En revanche, il n'est pas possible de relier ces données de remboursement à celles de la PCH et des FDC, ni à celles des organismes de couverture complémentaire. Le remboursement des aides techniques par la PCH est régi par un arrêté ministériel de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) qui spécifie les tarifs de prise en charge. Ceux-ci interviennent de façon complémentaire ou subsidiaire au financement de l'Assurance maladie obligatoire. Les données sur la PCH collectées sont agrégées pour l'ensemble de la PCH Aides techniques, sans possibilité d'individualiser ces dépenses (Denormandie et Chevalier, 2020).

L'enquête Phèdre (Prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée et reste à charge) permet d'améliorer de manière significative la connaissance fine des restes à charge associés à l'acquisition d'aides techniques (Encadré 1).

Dans l'attente des premiers résultats de l'enquête Phèdre, qui permettront de disposer d'une vision complète des restes à charge liés aux acquisitions d'aides techniques, une étude récente (Espagnacq, 2022) permet de quantifier le reste à charge associé à l'achat de fauteuils roulants en tenant compte à la fois de la partie prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire et en simulant le remboursement PCH, mais sans tenir compte des autres financements possibles (complémentaire santé et aides extra-légales). Cette étude montre que ce

³ Une réforme de prise en charge intégrale des fauteuils roulants doit entrer en vigueur à partir du 1^{er} décembre 2025.

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

2. En France, la PCH limite le reste à charge des aides techniques

Irdes - décembre 2025

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

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

Une latitude très importante est laissée à l'organisation de chaque FDC. Cette variabilité s'exprime tant au niveau des ressources collectées par le fonds — le nombre de financeurs et le montant de leur participation peuvent fluctuer très fortement selon les départements — qu'au niveau des règles d'attribution propres à chaque fonds (périmètre des aides techniques éligibles au financement, existence ou non de critères de ressources conditionnant l'accès au financement du fonds de compensation...). Ainsi, la dépense départementale médiane des FDC en 2017 (derniers chiffres disponibles) pour l'ensemble des aides techniques s'élevait à 44 352 € : le montant minimum dépensé par un FDC s'établissait à 1 978 €, tandis que le montant maximal dépensé par le fonds de compensation le plus généreux s'élevait à 399 316 € (CNSA, 2019b). Cette variabilité et l'absence d'une régulation nationale des fonds créent des situations d'inégalité très fortes entre les bénéficiaires de la PCH selon leur département de résidence, ce qui a déjà été souligné dans de nombreux rapports (Igas, 2011 ; Igas, 2013). Comme il s'agit d'une aide extra-légale, il n'existe aucune garantie d'obtenir le même niveau de financement à une année d'intervalle pour un même niveau de compensation identifié.

2.6. Au niveau macro-économique, l'absence de régulation des prix fait courir le risque d'une dérive du coût public des aides techniques

En France, la distribution des aides techniques est confiée au marché privé dans lequel l'offre est importante et les prix ne font pas l'objet d'une régulation⁴, à l'exception du périmètre des aides auditives de classe 1 dans le cadre de la réforme du 100 % santé audio-logie mise en application depuis le 1^{er} janvier 2020. Dans la LPPR, il n'existe pas de prix limite de vente. Les prix réels des aides techniques sont souvent déconnectés des bases de remboursement. La forte solvabilisation publique « théorique » des aides techniques associée à l'absence de régulation des prix ne permettent pas de contrôler le budget. Les caracté-

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

ristiques du système français encouragent au contraire une augmentation continue des prix (Igas, 2013), alors que la demande des usagers demeure relativement peu élastique au prix compte tenu des besoins et de la forte solvabilisation publique.

*

* *

Ces nombreuses interrogations soulevées par le système français incitent à interroger l'efficacité et l'efficience de modes d'organisation alternatifs, tels qu'ils peuvent être mis en œuvre dans des pays européens voisins de la France. Dans ce contexte, l'Irdes a entrepris, à partir d'une analyse de la littérature, un premier travail de comparaison du système français de financement des aides techniques avec celui d'autres pays.

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

Le projet Compatec vise d'une part à comparer les prix des aides techniques, les restes à charge associés pour l'utilisateur et le niveau de solvabilisation publique des dépenses associées aux aides techniques dans différents pays, et d'autre part à comprendre les changements de politiques de financement qui sont en cours dans certains pays européens.

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

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

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

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

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

Une comparaison internationale des systèmes de mise à disposition des aides techniques doit donc intégrer à la fois des pays représentatifs des systèmes de libre choix et de systèmes de choix contraint. Pour mener à bien ce projet, la revue de la littérature apparaît comme une étape préalable qui permet à la fois de définir le périmètre des pays les plus pertinents à intégrer dans la comparaison, d'établir une grille d'analyse afin de comparer les politiques publiques de financement des aides techniques, et d'identifier les pays qui ont

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

3. Apports et limites de la revue de littérature

Irdes - décembre 2025

changé récemment de politique de financement des aides techniques. La revue de littérature n'apparaît toutefois pas suffisante pour recueillir des informations sur les prix et les restes à charge d'aides techniques, ni pour comprendre avec suffisamment de finesse les raisons qui ont amené certains pays à changer de mode de financement, ni à obtenir des premiers éléments d'évaluation de l'impact des réformes.

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

Une revue de la littérature a été réalisée par l'Irdes dans le but de produire un panorama du financement des aides techniques pour les personnes handicapées (Encadré 2). Celle-ci est centrée sur le financement de trois types d'aides techniques :

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

Encadré 2. Méthodologie de la revue de littérature

La recherche de la littérature, réalisée en 2019, s'est basée sur des algorithmes de recherche qui ont identifié sept pays entrant dans le périmètre de l'étude (France, Allemagne, Belgique, Danemark, Norvège, Royaume-Uni, Suède). Ces algorithmes ont vocation à récupérer pour chaque pays, et pour les trois différentes catégories d'aides techniques, toute la littérature portant sur les restes à charge et le remboursement (Annexe 1 p. 91).

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

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

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

Cette revue de littérature a ensuite été actualisée en 2022 et 2023 pour les pays en définitive retenus pour l'analyse (France, Belgique, Suède, Royaume-Uni). Nous l'avons complétée à partir de la littérature grise de chaque pays (souvent dans la langue nationale et, dans ce cas, traduite afin d'être exploitée) et à partir d'une recherche sur le site Pubmed Medline. Toutes les thématiques constituant le périmètre du projet de recherche ont ainsi été couvertes : les prix, les restes à charge associés aux aides techniques, mais aussi le parcours de soins, l'accompagnement des usagers avant l'acquisition des aides techniques et après, ainsi que la satisfaction des usagers.

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

Si les modes de prise en charge des fauteuils roulants et des aides auditives sont similaires en France (Figure 1, p. 12), le mode de financement des aides visuelles se différencie par l'absence d'intervention de l'Assurance maladie obligatoire et des organismes de couverture complémentaire, ce qui justifie en premier lieu d'étudier ces trois types d'aides techniques. En outre, ces derniers représentent des figures typiques des modes de financement : le fauteuil roulant est, de façon schématique, systématiquement financé dans la plupart des pays ; les aides auditives sont dans une position intermédiaire puisqu'elles bénéficient d'un financement complet dans certains pays, au moins pour les propositions d'entrée de gamme, et d'une absence de financement dans d'autres pays ; enfin, les aides visuelles bénéficient d'une prise en charge moins systématique.

La comparaison internationale initiale était menée sur sept pays : la France, l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, la Norvège, le Royaume-Uni et la Suède. Le choix de ces pays se justifie par une volonté de comparaison avec les précédentes études sur le sujet (Revue de la littérature Alcimed CNSA, 2009) et de conserver des pays représentatifs des deux types de systèmes de mise à disposition des aides techniques mis en évidence précédemment – système de libre choix et système de choix contraint.

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

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

La grille d'analyse, qui a été conçue pour comparer les politiques de financement des aides techniques très différentes de ces pays, avait pour objectif de considérer le point de vue de toutes les parties prenantes concernées, soit le point de vue du régulateur public et celui de l'utilisateur, afin de mieux catégoriser chaque système (Annexe 2 p. 93).

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

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

- **Contrôle des prix** : existence d'institutions qui conseillent ou légifèrent sur les prix des aides techniques.
- **Maîtrise du budget** : existe-t-il une possibilité de refuser le financement d'une aide technique pour une question de budget, ou au contraire une obligation de financement par la loi, comme au Danemark ?
- **Liste des aides techniques prises en charge par le financeur public**. L'étendue de la solvabilisation publique des dépenses décidée par le régulateur (Arnold, Hyer

and Chisolm, 2017) conditionne les dépenses. Les aides techniques sont-elles limitées à quelques-unes (le plus souvent inscrites sur une liste établie par un centre d'aides techniques où sont indiquées les références des modèles et les montants de remboursements publics correspondants) ou bien le choix est-il ouvert à une grande variété d'aides techniques, chez un nombre important d'intermédiaires et de vendeurs (à la fois les centres d'aides techniques publics, mais aussi les revendeurs privés) ? La France se distingue par une liberté totale de choix des aides techniques⁵, alors que les autres pays ont des listes plus ou moins contraignantes. Lorsqu'elles existent, les listes sont-elles exclusives ou seulement indicatives, offrant dans ce dernier cas l'option de procéder à des choix « hors liste » ?

- **Possibilité de prêt.** Par ce critère, on cherche à apprécier l'étendue du périmètre des aides fournies gratuitement aux utilisateurs. S'agit-il d'une gratuité sur l'ensemble des aides techniques (comme en Suède) ? Ou bien s'agit-il de quelques aides techniques bien remboursées, mais qui ne permettent pas de répondre nécessairement à toutes les situations, notamment en cas de handicap très lourd ? S'agit-il d'une gratuité sur quelques aides techniques d'entrée de gamme ou de qualité « standard » ? On cherche ici à distinguer des pays comme la Norvège qui mettent à disposition les aides techniques gratuitement et, à grande échelle, des pays tels que le Royaume-Uni qui proposent aux utilisateurs des aides gratuites, mais dans le cadre de listes très limitatives et portant surtout sur des dispositifs de qualité moyenne.
- **Possibilité de recyclage.** Le recyclage des aides techniques usagées (Suède : Coahu *et al.*, 2003 ; Québec : NUH, 2007) pour les attribuer à de nouveaux usagers demandeurs permet au régulateur une utilisation plus efficiente de son budget qu'un modèle de distribution des aides techniques reposant uniquement sur l'achat neuf (France, Belgique). Existe-t-il un système de remise dans le circuit des aides techniques déjà utilisées ? On mesure avec ce critère la possibilité que les usagers puissent bénéficier d'aides techniques recyclées, représentant *a priori* un coût plus faible pour le financeur public que des aides techniques neuves.

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

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

- **Degré de solvabilité.** Ce critère permet de mesurer la proportion de la dépense en aides techniques de l'utilisateur qui est prise en charge par le financement public, et donc le reste à charge de l'utilisateur. Par exemple, la France est plutôt généralement classée dans les pays qui assurent un niveau important de solvabilisation publique des dépenses d'aides techniques (Igas, 2013) mais cette dernière dépend de la possibilité de mobiliser la couverture

⁵ A condition de respecter le cadre suivant :

- Les aides visuelles se rattachent à l'article L.245.3 du Code de l'action sociale et des familles qui définit une aide technique comme "un instrument, équipement ou système technique adapté ou conçu spécialement pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne handicapée".
- Les fauteuils roulants, dans le Code de la sécurité sociale (articles R.165-1 et suivants), sont considérés comme des dispositifs médicaux inscrits sur la Liste des produits et prestations remboursables (LPP).
- Les aides auditives sont définies dans le Code de la santé publique comme « un dispositif médical destiné à compenser une déficience auditive » (Art. L5211-1 du CSP).

complémentaire privée, la Prestation de compensation du handicap (PCH) et le Fonds de compensation (FDC). Plusieurs éléments ont permis de mesurer le degré de solvabilité :

- a. La possibilité de prise en charge intégrale *via* la mise à disposition, le prêt, le don, la prise en charge par l'assurance maladie publique.
 - b. Si la prise en charge n'est pas intégrale, quelle est l'amplitude du reste à charge par rapport à la dépense totale ?
 - c. La solvabilisation des besoins spécifiques en fonction de la complexité de l'aide. On cherche à mesurer le périmètre de financement des aides techniques non standards (qui demandent des adaptations importantes, comme cela peut être le cas avec certains handicaps complexes). Ainsi, certains pays comme le Royaume-Uni refusent plus souvent que d'autres pays de prendre en charge des aides techniques non standards (Rose, Ferguson-Pell, 2002) alors que d'autres comme la Suède assurent un financement quasi systématique pour tout type d'aide (Arnell, 1999 ; Frick-Meijer, 2005 ; Dahlberg *et al.*, 2014).
 - d. La population concernée. L'objectif est de connaître l'étendue de la population concernée par la prise en charge publique, c'est-à-dire de comprendre si le financement public est proposé pour un faible nombre de personnes qui sont bien remboursées ou si, au contraire, la population cible du financement public est plus étendue, mais avec un remboursement par personne d'un montant faible.
- **Satisfaction des usagers.** L'objectif est de comprendre si les aides techniques répondent véritablement aux besoins des usagers, à partir de trois indicateurs :
 - a. Le délai de l'obtention de l'aide technique. De nombreuses études ont montré que le délai entre le moment où le dossier de demande de financement de l'aide technique est déposé et la livraison peut parfois dépasser une année (par exemple, en France et au Royaume-Uni). Ces délais importants peuvent être source d'insatisfaction pour les usagers, notamment car leurs besoins de compensation peuvent avoir évolué entre le moment où ils ont formulé leur demande et la livraison. Ces délais peuvent constituer un frein au recours au financement public des aides techniques.
 - b. L'adéquation des aides délivrées aux besoins de l'utilisateur. L'adéquation de l'aide technique aux besoins de l'utilisateur est une autre dimension importante de la satisfaction, car elle conditionne l'utilisation de l'aide (Rica, 2014). Les aides techniques mises à disposition ou vendues sont-elles utilisées ?
 - c. L'existence d'un accompagnement au choix et d'un suivi de la personne équipée. Des études ont montré que l'absence d'information de la personne en situation de handicap sur l'utilisation et l'entretien de son aide technique constituait l'une des raisons principales de non-utilisation (Samuelsson and Wressle, 2008 ; Knudsen *et al.*, 2010 ; Hougaard and Ruf, 2011 ; Montcharmont, 2013). Certains pays comme la Suède intègrent ce suivi au coût global de mise à disposition de l'aide, tandis que d'autres pays comme l'Allemagne n'accordent pas d'importance à cette dimension.
 - d. L'éventail des aides techniques disponibles avec ou sans financement : marché restreint, marché intermédiaire (accessible uniquement sur prescription par exemple) ou marché libre (possibilité d'acheter son aide technique au sein d'un réseau privé).
 - **Degré d'équité.** Dans les pays étudiés, la revue de littérature a mis en évidence une tendance assez répandue à la décentralisation (Cohu *et al.*, 2005 ; Dahlberg *et al.*, 2014) des politiques publiques de financement des aides techniques au niveau régional (pays scandinaves notamment (Cohu *et al.*, 2003 ; NUH, 2007), Royaume-Uni (OFT, 2011) et Belgique). Dans ces configurations, une interrogation porte sur la capacité de la politique publique à garantir une prise en charge financière équitable sur l'ensemble du territoire pour un besoin de compensation identifié. Les systèmes qui proposent un socle de financement national, comme c'est le cas en France (Blanchard *et al.*, 2013), sont susceptibles de garantir un niveau d'équité de la prise en charge *a priori* plus élevé. Au contraire, les systèmes

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

3. Apports et limites de la revue de littérature

Irdes - décembre 2025

fortement régionalisés — comme c’est le cas en Belgique depuis la réforme de 2019 qui a fait basculer le financement des fauteuils roulants du niveau national à l’échelon régional — font peser sur l’assuré le risque de dépendre de financements locaux potentiellement très hétérogènes d’un point à l’autre du territoire (Kylberg *et al.*, 2015). Dans ce panorama, la France se situerait à un niveau intermédiaire en adoptant, d’un côté, un système d’aides légales nationales visant à assurer une forte équité de traitement sur le territoire ; mais en confiant de l’autre côté le financement extra-légal aux FDC dont les niveaux et les règles de financement sensiblement hétérogènes sont susceptibles de dégrader l’équité. Lorsque le financement public est confié à plusieurs échelons territoriaux, la question de leur coordination est également évaluée, ainsi que la possibilité de s’adresser à un guichet unique pour faciliter les démarches de l’usager. La dimension d’équité de la politique publique est évaluée en considérant les critères suivants :

- a. La coordination entre les financeurs. Existe-t-il un intermédiaire qui prend en charge le dossier du début à la fin, y compris lorsque sont en présence plusieurs financeurs à différents échelons ?
- b. L’existence d’une aide extra-légale, mesurée par la possibilité de mobiliser des aides au financement non définies dans le cadre national (par exemple, le FDC en France). Cette variable permet de mesurer le risque d’inégalité territoriale.
- c. L’existence de critères sociaux. Y a-t-il des critères de revenus pour bénéficier du financement de l’aide technique ?
- d. La comparaison des offres d’aides techniques proposées par le financeur public dans les différentes régions d’un même pays, pour caractériser une éventuelle variabilité (Dahlberg *et al.*, 2014).

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

Cette grille de lecture a constitué un guide pour orienter notre réflexion pendant toute la réalisation du projet Compatec, car elle propose une vision panoramique des dimensions à considérer quand on souhaite comparer différents systèmes de financement des aides techniques. La revue de la littérature nous a permis en outre d’identifier des pays qui ont changé récemment de politique de financement des aides techniques.

3.2. La littérature a permis d’identifier des pays qui ont changé de politique

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

3.2.1. La Belgique

En Belgique, toutes les aides techniques sont distribuées sur des marchés privés concurrentiels sur lesquels interviennent de multiples vendeurs qui fixent librement leurs prix, situation correspondant aussi à celle de la France. Les configurations de financement public diffèrent toutefois en fonction des types d'aides techniques, même si à chaque fois un seul financeur public est mobilisé.

Les aides auditives sont financées au niveau national par l'assurance maladie à partir d'un forfait de remboursement unique quelle que soit la gamme, mais actualisé pour tenir compte de l'inflation. Pour certaines aides, le prix correspond au forfait de remboursement, mais la plupart des usagers optent pour des modèles plus onéreux qui leur laissent des restes à charge.

Le financement des fauteuils roulants et des aides visuelles est pris en charge par les régions à partir de forfaits de remboursement révisés annuellement pour tenir compte de l'inflation. Ce financement public régional présente l'avantage de la simplicité car un seul financeur public est mobilisé pour solvabiliser l'achat d'aides techniques. Certains forfaits couvrent intégralement le prix de vente des aides mais le système laisse persister des restes à charge pour les usagers qui font porter leur choix sur des aides techniques plus onéreuses.

Le financement régional des fauteuils roulants a été introduit dans le cadre d'une réforme mise en place en 2019 ; il se substitue à un ancien système de double financement comportant une partie nationale et un supplément régional, comparable au système français associant financement de l'Assurance maladie et de la PCH pour les fauteuils roulants les plus coûteux, qui prévaut avant la mise en place annoncée de la future réforme de prise en charge intégrale des fauteuils roulants. Ce passage d'un système de financement à deux étages à un financement uniquement régional permet d'anticiper les effets de la réforme française. Si la littérature mentionne l'existence de la réforme belge du financement des fauteuils roulants, elle n'expose que peu les motifs de la mise en place de cette réforme, ses modalités précises ou ses effets observables sur les assurés comme sur les financeurs.

Le voyage d'étude entrepris en Belgique en février 2022 a permis aux chercheurs de l'Irdes d'interroger des spécialistes belges des aides techniques et d'effectuer des observations dans des magasins d'aides techniques et des centres de soins. La réforme de 2019 a fait l'objet de nombreux échanges avec nos interlocuteurs, pour mieux en comprendre les motivations et les effets. Les enseignements de cette recherche de terrain font l'objet d'une publication distincte (d'Estève de Pradel et Pichetti, 2025b).

3.2.2. La Suède

Le système suédois de mise à disposition des aides techniques se distingue nettement du système français. Les aides techniques sont prêtées aux usagers sans reste à charge et demeurent la propriété du régulateur public. La mise à disposition des aides est assurée par des centres publics régionaux qui gèrent également la réparation, la maintenance, voire le recyclage des aides. L'approvisionnement de ces centres s'appuie sur un système d'appels d'offre qui regroupe à l'échelle régionale l'ensemble des commandes. De nombreuses caractéristiques du système suédois présentent un intérêt dans le cadre d'une comparaison des systèmes de distribution des aides techniques : les appels d'offre permettent de réduire fortement les dépenses publiques, l'accompagnement des usagers est assuré par des profes-

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

3. Apports et limites de la revue de littérature

Irdes - décembre 2025

sionnels de santé très bien formés et le recyclage des aides techniques mis en œuvre dans l'ensemble des régions est un levier de réduction des dépenses financières et environnementales.

En parallèle de ce système public bien établi, **la réforme dite du « Libre choix » (Fritt Val) portée depuis 2008 par six régions suédoises volontaires** a introduit une rupture en proposant aux usagers d'acheter leur aide technique sur le marché privé. Les usagers intéressés se voient proposer un chèque pour leur permettre d'acquérir leur aide technique auprès de revendeurs privés de plus en plus présents dans les grandes villes suédoises. Même si elle faiblement diffusée, cette réforme, qui vise à donner plus de place au secteur privé dans le secteur de la distribution des aides techniques, est intéressante à étudier dans la mesure où elle permet de comprendre les limites du système public de mise à disposition des aides techniques.

Le voyage d'étude réalisé en Suède en octobre 2022 par les chercheurs de l'Irdes avait pour objectif d'approfondir la compréhension du fonctionnement du système public traditionnel, déjà bien documenté dans la littérature scientifique, tout en recueillant des informations sur la réforme du « Libre choix », encore peu abordée dans les travaux existants. Pour cette enquête de terrain, les chercheurs de l'Irdes se sont concentrés sur trois régions qui ont mis en place ce modèle : Stockholm, la Scanie et Södermanland. 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 aides auditives. La région de Södermanland, caractérisée par un PIB par habitant moins élevé, offre un cas d'étude pertinent pour comprendre les difficultés de l'implantation de la réforme et le choix de finalement y renoncer.

Les enseignements de ce voyage d'étude en Suède font l'objet d'une publication distincte (d'Estève de Pradel et Pichetti, 2025c).

3.2.3. Le Royaume-Uni

Le système anglais de mise à disposition des aides techniques est bien documenté dans la littérature scientifique. Le circuit principal est assuré par un réseau de centres publics qui gèrent la mise à disposition, la maintenance, voire le recyclage des aides. *Le National Health Service England (NHS)* passe des appels d'offre au niveau national pour acquérir les aides techniques au prix le plus compétitif possible et alimenter les centres publics. Ces aides sont ensuite mises à disposition, sans reste à charge pour les usagers.

Parallèlement à ce circuit public se développe depuis plusieurs années un marché privé pour toutes les aides techniques, mais qui est particulièrement encouragé pour les fauteuils roulants par un **système de voucher public financé par le NHS depuis 2019 – le *Personal Wheelchair Budget***. La réforme du *Personal Wheelchair Budget* étant récente et de diffusion finalement assez limitée, elle fait l'objet d'un très petit nombre de publications scientifiques à ce jour.

L'objectif du voyage d'étude en Angleterre entrepris en avril 2023 était de mieux comprendre la genèse de la réforme, ses différentes modalités et son fonctionnement. Les chercheurs de l'Irdes ont également souhaité interroger leurs interlocuteurs sur ses effets et sur le bilan qui peut en être dressé. Ce voyage a également permis de mesurer la progression du secteur privé dans la gestion du système de mise à disposition des fauteuils roulants (40 % des centres de fauteuils roulants sont désormais dirigés par des acteurs privés) et d'affiner la connaissance du système d'appels d'offre qui permet d'approvisionner l'Angleterre en aides

auditives pour un prix unitaire très réduit. L'étude du système anglais de mise à disposition de ces aides apporte également des éléments de comparaison entre l'offre gratuite proposée par le NHS et l'offre du 100% santé audiology français.

Le voyage d'étude a permis également d'évaluer les limites du système anglais traditionnel de mise à disposition des aides techniques : indisponibilité de certains modèles (fauteuils roulants électriques verticalisateurs, appareils auditifs intra-auriculaires plus discrets), absence de financement public pour les aides visuelles, files d'attente pour accéder à l'équipement, offres publiques d'aides techniques très variables selon le lieu d'habitation.

Les enseignements de ce voyage d'étude font l'objet d'une publication distincte (d'Estève de Pradel et Pichetti, 2025a).

3.3. Limites de la revue de littérature pour les comparaisons internationales

La revue de littérature présente d'importantes limites pour mener à bien des comparaisons internationales dans la mesure où elle ne permet pas de recueillir des informations sur les prix et les restes à charge. Par ailleurs, si elle est utile pour identifier les changements de politique de financement en cours dans certains pays, elle n'est pas suffisante pour rendre compte des facteurs qui motivent ces changements, ni de leurs premiers effets.

3.3.1. La littérature ne permet pas une comparaison systématique et standardisée des pays sur la solvabilisation publique, le reste à charge pour l'utilisateur et le contrôle des prix

La littérature mentionne peu d'informations sur la façon dont les différents financeurs prennent en charge les aides techniques dans les différents pays. Bien qu'il existe quelques synthèses internationales à ce sujet (Bryant and Bryant 2003, Beguin, Deggouj *et al.*, 2008 ; McLean *et al.*, 2008 ; Schreyögg, Bäumlér *et al.* 2009 ; Stack, Zarate *et al.*, 2009 ; European Union, 2011 ; Cullen, McAnaney *et al.*, 2012 ; Encarnaçào, Azevedo *et al.*, 2013 ; European Parliament, 2018 ; Marchildon et Peckham, 2018), l'information existante n'apparaît pas toujours exacte. Par exemple, pour le cas français, certains travaux ne mentionnent pas la PCH et les Fonds de compensation départementaux parmi les financeurs des aides techniques. La plupart du temps, les données sont issues de questionnaires adressés à un interlocuteur unique dans le pays étudié, sans véritable mise en perspective de la qualité des réponses recueillies.

Si ces sources ne permettent pas d'avoir une visibilité complète sur les leviers de financements publics des aides techniques disponibles dans chaque pays, elles apparaissent encore moins mobilisables pour en comparer les prix. Les rares données concernant les prix ne portent jamais sur les mêmes aides techniques, ce qui interdit de les comparer. Par ailleurs, la collecte de ces données demeure très complexe à mettre en œuvre. Dans les systèmes de libre choix, dans lesquels il n'y a pas de régulation publique des prix (France, Belgique), la distribution est assurée par une multitude d'opérateurs privés qui peuvent fixer des prix différents pour la même aide technique, ce qui ne facilite pas l'obtention d'un prix indicatif unique. Dans les pays de choix contraint, dans lesquels les commandes d'aides techniques se font par le biais d'appels d'offre organisés au niveau d'une région ou du pays, les informations peuvent également être difficiles à obtenir, car elles sont parfois confidentielles.

Par ailleurs, on constate une forte variabilité des informations obtenues selon les pays. Pour certains, l'accès à une littérature abondante et directement exploitable est possible, tandis que pour d'autres pays, tels que la Belgique, l'information est plus rarement disponible. Cette différence s'explique à la fois par l'intérêt variable porté aux questions de compensation du handicap dans les pays, tant par les chercheurs que par les acteurs institutionnels, mais aussi par la variabilité de moyens financiers investis sur ces questions. Même lorsque la littérature est *a priori* riche pour un pays donné, elle ne permet pas toujours d'éclairer toutes les dimensions de l'évaluation de la politique publique. C'est le cas par exemple des pays ayant opté pour un système fortement régionalisé, dans lequel chaque échelon local applique ses règles propres, tant en termes de listes d'aides techniques disponibles, de règles de prise en charge par les financements publics que de contrôle des prix. Il est rare que la littérature propose une vision panoramique de cette diversité. Des informations sur des aspects importants, tels que les montants de restes à charge moyens ou les modalités de contrôle des prix des aides techniques, ne sont que rarement accessibles dans la littérature grise et scientifique. Lorsque de telles données existent, elles sont peu comparables et ne permettent pas de consolider un panorama des politiques publiques.

3.3.2. La littérature ne permet pas non plus de rendre compte des changements de politique en cours dans les pays

La revue de la littérature que nous avons réalisée nous a permis d'identifier plusieurs réformes en cours dans plusieurs pays : en Belgique (Obyn *et al.*, 2020 ; Verbrugghe *et al.*, 2015), en Suède (Lilja *et al.*, 2003 ; NUH, 2007 ; Dahlberg *et al.*, 2014 ; Kylberg *et al.*, 2015) et au Royaume-Uni (Alcimed, 2009 ; OFT 2011 ; RICA, 2014 ; Panteli *et al.*, 2018).

La littérature a notamment permis de mettre au jour deux grandes tendances qui traversent actuellement les politiques des aides techniques dans les pays européens :

D'une part, **la privatisation**, qui se traduit par la mise en place de systèmes de « *vouchers* » dans lesquels le régulateur public remet un chèque à l'utilisateur, lui permettant de se tourner vers une offre privée plus étendue que l'offre publique habituellement proposée. La mise en place du *voucher* peut s'interpréter comme une façon d'inciter l'utilisateur à s'orienter vers le marché privé auquel le régulateur public délègue l'accompagnement, la fourniture de l'aide technique et le service après-vente.

Le système anglais a souvent été caractérisé par le fait de mettre gratuitement à disposition de l'utilisateur un périmètre restreint d'aides techniques de qualité de type « moyenne gamme ». Ce système pouvant générer un faible niveau de satisfaction, et donc une sous-utilisation des aides, le *voucher* offre aux utilisateurs la possibilité de choisir leur aide (par exemple un fauteuil roulant) en dehors de l'offre mise à disposition par le NHS, même si le montant du *voucher* ne couvre qu'une partie seulement du prix d'achat de l'aide technique privée.

La Suède a été le terrain d'expérimentation d'une réforme très comparable – réforme dite du *Fritt Val* (libre choix) – introduite de façon expérimentale dès 2008 et qui repose, elle aussi, sur la mise en place d'un système de *voucher* permettant à l'utilisateur de devenir propriétaire de son aide technique sur le marché privé.

La seconde tendance observée renvoie à **la régionalisation**, c'est-à-dire à la mise en place de systèmes de financements et de fourniture des aides techniques à l'échelle locale, en lieu et place d'un système national. La Belgique a engagé en 2019 une réforme de son système de financement des aides à la mobilité. Jusqu'à cette période, l'assurance maladie obligatoire fédérale belge – l'Institut national d'Assurance maladie (Inami) – proposait un

premier étage de financement des aides techniques, qui pouvait être complété par un financement additionnel de la région. Depuis cette réforme, le financement des fauteuils roulants a basculé intégralement à l'échelon régional, sans intervention de l'Inami.

Toutefois, au-delà de ces deux grandes tendances, la littérature décrit rarement les réformes en détail.

En effet, ne sont en général précisés ni le périmètre exact des réformes, ni les montants des chèques proposés en Suède et au Royaume-Uni pour l'achat d'une aide technique sur le marché privé, ni les restes à charge pour les usagers souhaitant bénéficier de la réforme, ni les profils des personnes ayant décidé d'opter pour ces dispositifs. La littérature scientifique, comme la littérature grise, ne renseigne pas non plus sur les facteurs des changements de politiques qui ont cours dans les différents pays. La littérature grise, lorsqu'elle n'est disponible que dans la langue d'origine du pays (c'est le cas de la Suède), peut générer des incertitudes au niveau de l'interprétation.

Parmi les réformes précédemment décrites, un grand nombre ont été mises en place très progressivement dans chaque pays : le système de *voucher*, introduit en 2003 au Royaume-Uni dans un très petit nombre de services du NHS, a connu une montée en puissance très lente puisque vingt ans après, 21 % des centres d'aides techniques du NHS continuent de ne pas le proposer (Motability and the Wheelchair Alliance, 2022). En Suède, une expérimentation du système de *voucher* – ou système dit de « Libre choix » – a été mise en place dans trois régions (Kronoberg, Stockholm et Södermanland), de mai 2008 à décembre 2009. Deux autres régions suédoises ont peu après introduit à leur tour ce système : la Scanie en 2011 et Uppsala en 2012. Compte tenu de la nature très progressive de ces réformes, l'évaluation ou le bilan de celles-ci n'ont fait l'objet d'aucun article scientifique. Même les rapports issus de la littérature grise deviennent rapidement obsolètes, car ils ne sont pas actualisés suffisamment fréquemment pour permettre de suivre l'évolution des réformes en cours dans les pays.

Une comparaison internationale approfondie des systèmes de financement des aides techniques ne peut donc s'appuyer uniquement sur une revue de littérature, celle-ci présentant des limites importantes. C'est ce constat qui a alimenté la réflexion à l'origine du projet de recherche Compatec.

4. Les objectifs du projet Compatec

En France, le choix de proposer une forte solvabilisation publique des aides techniques associée à une absence de régulation des prix –à l’exception récente du périmètre du 100 % santé aides auditives⁶– est susceptible d’encourager des tendances inflationnistes. Les comparaisons des prix et restes à charge liés aux aides techniques étant rares, et jamais exhaustives, le projet Compatec répond à ce premier besoin d’améliorer la connaissance à ce sujet en France et dans des pays ayant aussi opté pour un haut niveau de solvabilisation publique de la dépense. En outre, les réflexions en cours pour proposer des pistes d’amélioration du modèle français de financement et de mise à disposition des aides techniques peuvent s’inspirer des expériences étrangères, et particulièrement celles qui ont connu des changements de modèles de financement récents.

4.1. Positionner la France en termes de prix, de solvabilisation publique et de restes à charge par rapport aux autres pays

En France, de nombreux observateurs considèrent que l’absence d’encadrement explicite du marché des aides techniques conduit à une situation de prix élevés comparativement aux autres pays dans lesquels une régulation des prix existe (Igas, 2013). Ces hypothèses ont été corroborées à ce jour par une seule étude menée par l’Igas en 2013, qui a montré que le prix des audioprothèses françaises était plus élevé que dans les autres pays.

Pour autant, les informations sur les prix des aides techniques restent rares en France, et il est difficile d’établir si ce constat pour les audioprothèses se vérifie également pour les autres aides techniques. Un observatoire du marché et des prix des aides techniques a été créé en 2007, mais n’a pas perduré, et les travaux ponctuels qui y ont été menés, n’ont pas permis de réaliser un tableau comparé suffisamment consolidé des prix des aides techniques françaises. Au cours des dernières années, des associations ou des professionnels ont fait part de tendances inflationnistes au niveau des prix de ces aides (Denormandie et Chevalier, 2020), mais il serait utile de disposer de données chiffrées actualisées permettant de situer le niveau des prix français par rapport à celui de pays comparables, qui assurent un niveau élevé de solvabilisation publique.

Si la connaissance des prix est déjà parcellaire, on ne connaît pas non plus avec précision les restes à charge liés à l’acquisition des aides techniques pour les personnes en situation de handicap. Cette situation s’explique par le fait que plusieurs financeurs – l’Assurance maladie obligatoire en première ligne, la PCH, la couverture complémentaire, les fonds de compensation départementaux, d’autres financeurs extra-légaux – peuvent intervenir pour financer une aide technique, sans aucune coordination entre ces différents niveaux de financement et sans possibilité de centraliser les données relatives aux remboursements. La superposition des financements publics assure en théorie une forte solvabilisation publique, qui garantit des restes à charge réduits. Toutefois, toutes les aides techniques ne sont pas couvertes par les prises en charge légales et des restes à charge importants peuvent persister

⁶ Les prix des scooters pour personnes à mobilité réduite sont également encadrés par des prix limites de vente négociés entre le Comité économique des produits de santé (CEPS), les fabricants et les Prestataires de services et distributeurs de matériel (PSDM).

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

4. Les objectifs du projet Compatec

Irdes - décembre 2025

(Denormandie et Chevalier, 2020). La mobilisation d'aides extra-légales permet de réduire les restes à charge pour les personnes en situation de handicap, mais cela nécessite une connaissance très fine de la complexité du système, et d'accepter des « *démarches longues et compliquées par la personne et sa famille, souvent qualifiées de « parcours du combattant* » » (Denormandie et Chevalier, 2020).

4.2. Comprendre la logique du changement dans les pays qui ont modifié leur politique de financement des aides techniques

Les trois pays sélectionnés dans le cadre du projet Compatec sont susceptibles d'éclairer la réflexion sur l'évolution de la politique de financement des aides techniques en France.

4.2.1. Le passage à un financeur public unique en Belgique pour les fauteuils roulants : quelles améliorations par rapport à la superposition de financements publics français ?

Avant 2019, les systèmes français et belge de financement et de distribution des aides techniques étaient très similaires. Les deux pays pratiquaient une politique de libre choix sans régulation des prix, avec un haut niveau de solvabilisation publique assuré par une superposition de financements publics. Comme présenté dans la figure 1 p. 12, le financement français des aides techniques repose sur des financements légaux, privés et extra-légaux. En Belgique, le financement des fauteuils roulants reposait avant 2019 sur le financement de l'assurance maladie au niveau national (Inami), en dessous duquel s'ajoutait un financement régional. Selon la zone géographique, trois organismes régionaux distincts intervenaient pour compléter le financement de l'Inami : le service Phare (Personne Handicapée Autonomie Recherchée) dans la région de Bruxelles-capitale, l'Agence pour une vie de qualité (Aviq) pour la région Wallonne et l'Agence flamande pour les personnes handicapées (VAPH) pour la Flandre. En 2019, le système de cumul de financements pour les fauteuils roulants a été abandonné au profit d'un transfert intégral à la région.

Ce changement de politique publique, qui consiste à confier le financement des fauteuils roulants à un seul acteur public plutôt qu'à plusieurs, présente un intérêt vu de France dans un contexte où la réforme de prise en charge intégrale des fauteuils roulants par l'Assurance maladie, qui devient le financeur unique, est entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2025.

On peut supposer que le passage à un financeur unique est susceptible d'avoir un impact sur les usagers en termes de lisibilité du système de financement, de simplification des démarches administratives et de réduction des délais pour obtenir un fauteuil roulant.

Le calendrier du projet Compatec – de 2020 à 2023 – nous a permis d'interroger des experts institutionnels et chercheurs belges qui ont été soit des acteurs, soit des témoins directs de la réforme de 2019, et qui ont contribué à nous décrire le système qui prévalait avant celle-ci, l'exposé des motifs de la réforme, ainsi que ses premiers effets.

4.2.2. Un panier anglais d'audioprothèses gratuites peu plébiscité par les usagers : quels enseignements pour le 100 % santé auditif français ?

Pour tenter de réduire significativement le renoncement à l'équipement en audioprothèses en France (Blanchard, Stohl-Maffesoli *et al.*, 2013), la réforme du 100 % santé, qui s'est déployée de façon progressive entre 2019 et 2021, propose une offre sans reste à charge

sur un panier d'aides auditives pour les assurés détenteurs d'un contrat de couverture complémentaire. Les restes à charge élevés associés aux aides auditives ont en effet été identifiés comme un facteur de renoncement aux soins, et plus particulièrement pour les personnes âgées (Cnam, 2022).

Outre le remboursement intégral, le dispositif prévoit un plafonnement des prix des aides auditives qui figurent dans la classe du 100 % santé au niveau de 950 €. À côté du panier 100 % santé (classe 1) à prix réglementés, une offre d'aides auditives à prix libres est maintenue (classe 2), sans minimum de prise en charge.

En France, la réforme du 100 % santé sur les prothèses auditives a permis une amélioration très significative du recours aux aides auditives, avec un accroissement de 73 % du nombre de patients équipés entre 2019 et 2021 (773 000 patients ont bénéficié d'une aide auditive en 2021 *versus* seulement 447 000 en 2019), qui s'explique principalement par l'augmentation du nombre de bénéficiaires d'aides auditives 100 % santé (Cnam, 2022).

Au Royaume-Uni comme en Suède, le panier « gratuit » d'audioprothèses n'a pas suscité une adhésion complète des usagers. Les aides gratuites sous forme de prêt par le NHS présentaient souvent une qualité faible ou moyenne, ce qui a conduit à leur sous-utilisation. Au Royaume-Uni, ce problème de l'inadéquation entre la demande d'aides techniques et une offre de qualité jugée médiocre, a été identifié il y a plusieurs années. Ce constat a conduit à la mise en place d'expérimentations locales successives visant à faciliter l'accès de l'utilisateur à une offre de dispositifs un peu plus élargie et de meilleure qualité dans le secteur privé. L'étude du Royaume-Uni permet d'identifier les caractéristiques de l'offre gratuite proposée par le NHS et de les comparer à celles de l'offre 100 % santé française.

4.2.3. Quels enseignements pour la France de l'expérience suédoise ?

Le système suédois de financement et de mise à disposition des aides techniques est très différent du système français. En Suède, les services de santé et les services sociaux sont décentralisés au niveau des régions et des municipalités. Les régions sont très indépendantes dans leur prise de décision et adoptent différentes règles, ce qui se traduit par une variabilité des offres d'aides techniques, des prix et même des restes à charge (qui restent pour l'heure très réduits). Les budgets publics de financement des aides techniques sont partagés entre les régions et les municipalités. Pour autant, plusieurs caractéristiques du système suédois présentent un intérêt pour offrir des pistes de réformes de politiques publiques pour la France.

Le système suédois pratique depuis de nombreuses années une **régulation des prix des aides techniques** assise sur des appels d'offre passés au niveau régional qui permettent d'obtenir des prix très réduits. Les contrats passés entre les régions et les industriels portent sur des périodes variant de deux à quatre ans. Les évolutions récentes constatées montrent une tendance au regroupement de plusieurs régions suédoises pour passer des appels d'offre à plus grande échelle et bénéficier de prix encore plus réduits pour leur approvisionnement en aides techniques, ce qui permet en outre aux régions concernées d'harmoniser leurs offres d'aides techniques. L'étude de l'expérience suédoise permet de mieux comprendre les mécanismes des appels d'offre, et de quantifier la réduction des prix qui est permise par ce système par rapport à un système sans régulation des prix (comme la France).

Dans une de ses préconisations, la mission Denormandie et Chevalier (2020) appelle à **mettre fin à l'hégémonie du modèle dominant de l'achat neuf des aides techniques pour s'orienter vers une logique d'usage avec le financement d'un**

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

4. Les objectifs du projet Compatec

Irdes - décembre 2025

trptyque de solutions : location courte durée, location longue durée ou achat d'aides techniques neuves ou remises en bon état d'usage. Pour y parvenir, la France doit recycler davantage ses aides techniques et gagnerait à s'inspirer de pays qui bénéficient déjà d'une solide expérience dans ce domaine (Québec, Scandinavie). La Suède peut se prévaloir d'une longue expérience de recyclage de ses aides. L'analyse de l'expérience suédoise doit permettre de comprendre les conditions qui permettent de favoriser l'introduction d'un tel système à la fois du côté de la demande et du côté de l'offre.

Une autre préconisation de la mission Denormandie et Chevalier (2020) pointe le **besoin de renforcer l'évaluation des besoins des usagers et leur accompagnement**. Cette préconisation fait écho au constat de défaillance de l'information des usagers sur les aides techniques et à celui d'un accompagnement qui n'est pas systématiquement assuré par des professionnels formés et neutres d'intérêts commerciaux pour l'évaluation des besoins. En Suède, l'accompagnement des usagers est confié à des professionnels de santé qui bénéficient d'un très bon niveau de formation (Alcimed, 2009 Suède). Leur spécialisation dans un type de handicap leur permet d'assurer un accompagnement des usagers de haut niveau. Ces paramédicaux – audiologistes pour les prothèses auditives et ergothérapeutes ou kinésithérapeutes pour les fauteuils roulants – disposent d'une excellente connaissance des produits disponibles et sont censés assurer un accompagnement de très bonne qualité. L'expérience suédoise présente donc un intérêt de premier plan pour comprendre les conditions qui permettent de garantir une meilleure évaluation des besoins des usagers et leur assurer un meilleur accompagnement dans le choix des aides techniques.

*

* *

La littérature étant insuffisante pour mener à bien la comparaison détaillée des politiques de financement des aides techniques que nous souhaitons réaliser, nous avons mis en œuvre une enquête qualitative séquencée en deux phases que nous décrivons dans la partie méthodologique suivante.

5. Méthodologie de la collecte des informations

Les comparaisons internationales présentent un intérêt important pour le décideur public, car elles permettent de révéler les pratiques originales mises en œuvre dans certains pays qui peuvent inspirer des réformes. Pour autant, les comparaisons de systèmes constituent toujours un exercice délicat : elles nécessitent au préalable d'identifier les dimensions de la politique publique qui doivent faire l'objet de la comparaison et de retenir pour chacune de ces dimensions des indicateurs permettant de réaliser la comparaison. Les informations qu'il convient de collecter sont aussi de natures très différentes : chiffrées et descriptives quand elles concernent des données de prix, de restes à charge et de budgets consacrés au financement des aides techniques par exemple, mais analytiques ou explicatives quand elles ont pour objet de décrire le niveau de satisfaction des usagers ou le degré d'équité des différents systèmes, mais aussi les raisons qui ont poussé les pouvoirs publics à changer de politique de financement des aides techniques dans certains pays. Dès la conception du projet Compatec, il est apparu que ces informations diversifiées appelaient des méthodes différenciées de collecte.

Dans le projet Compatec, la stratégie de collecte de l'information a consisté à recueillir dans une première étape des informations chiffrées et descriptives des systèmes par le biais d'un questionnaire à questions fermées envoyé à distance à des interlocuteurs sélectionnés, et à articuler dans un deuxième temps des voyages d'étude donnant lieu à des entretiens et des observations qui ont permis de recueillir des informations de nature explicative et interprétative.

5.1. Une méthodologie qui repose sur l'articulation d'un terrain à distance et de voyages d'étude

5.1.1. Le public visé

Les spécialistes visés sont à la fois des chercheurs dont les thématiques de recherche portent sur les aides techniques de façon générale ou sur un type spécifique d'aides (fauteuils roulants, aides auditives, aides visuelles) et des institutionnels spécialistes dans ce domaine : membres de ministères en lien avec la politique de fourniture des aides techniques, membres d'instituts ou d'organismes chargés du financement public de ces aides, membres d'organismes de couverture complémentaire, membres d'organismes consultatifs sur la politique nationale du handicap, directeurs de centres de soins... Ces personnes ont d'abord été identifiées par la revue de la littérature, ainsi que par le réseau d'experts français constitué pour le projet Compatec (cf. 5.2 p. 36). Les chercheurs signataires d'articles scientifiques portant sur les aides techniques dans leur pays ont été contactés, de même que les personnes travaillant dans le domaine institutionnel qui ont participé à des rapports portant sur la politique de fourniture de ces aides. En outre, nous avons systématiquement sollicité dans tous les pays des représentants des associations d'usagers, très souvent spécialisées sur un type de handicap (limitations motrices, visuelles ou auditives), dans l'objectif de récupérer de leur part un discours plus critique sur la politique de financement du handicap dans leur pays. Ces associations étaient généralement référencées dans la littérature ou sur les sites administratifs expliquant les démarches pour acquérir une aide technique.

Les informations que nous cherchons à recueillir auprès de ces spécialistes sont de diverses natures, ce qui appelle des modes de recueil de l'information différenciés.

5.1.2. Le terrain à distance permet de recueillir des informations descriptives

Nous cherchons d'abord à collecter des informations de nature très descriptive destinées à conforter la compréhension que nous avons acquise de chaque pays à partir de la revue de la littérature (cf. Partie 3, p. 19). Les thématiques qui nous intéressent portent sur les modalités de mise à disposition des aides techniques pour les usagers dans le pays considéré, sur le parcours de l'usager, sur son accompagnement au choix et après acquisition de l'aide, sur les prix des aides techniques et les financements publics qu'il peut obtenir pour réduire son reste à charge. Il n'aurait pas été judicieux d'essayer de récupérer ces informations au cours d'un entretien en face-à-face, car la quantité d'informations descriptives à collecter est très importante, ce qui aurait eu un impact sur la durée des entretiens et aurait empêché d'aborder d'autres thématiques. Compte tenu de la nature des informations à récupérer dans cette première phase de l'enquête, un questionnaire nous a semblé constituer le meilleur support de recueil de l'information, car il permet aux enquêtés de répondre aux questions descriptives sur le système sans nécessité d'interactions avec l'enquêteur. Il permet en outre de familiariser les personnes enquêtées avec les problématiques développées dans le projet Compatec, notamment celles des prix, du financement public et des restes à charge des usagers. Le questionnaire permet enfin de repérer les experts qui sont les meilleurs connaisseurs de leur système national, qui peuvent constituer des interlocuteurs à rencontrer lors des voyages d'étude.

5.1.3. Les voyages d'étude visent à améliorer la compréhension des changements de politiques en cours

Au-delà de ces informations descriptives, une partie importante du projet Compatec consiste à récupérer, dans le cadre des voyages d'étude, des informations de nature plus explicative et interprétative permettant de comprendre les changements de politiques publiques de financement qui ont cours dans les pays. Il s'agit d'abord d'identifier les principes de la politique antérieure à la réforme, les constats des dysfonctionnements des anciens systèmes qui ont amené les pouvoirs publics à changer de politique, et d'avoir une vision la plus complète possible des paramètres des réformes (périmètre et modalités concrètes de la réforme, conditions d'accès des usagers à la réforme...). Il s'agit en outre de récolter des premiers éléments de bilan des réformes en cours en comparant sur la base de critères objectifs (prix et restes à charge par exemple) l'impact des réformes, à la fois du point de vue du régulateur et des usagers.

La section suivante décrit l'élaboration du questionnaire qui a été mobilisé dans le cadre du terrain à distance.

5.2. Terrain à distance : mise en place du questionnaire

Dans cette phase du projet, l'objectif est d'analyser tous les pays étudiés sur une base commune afin de collecter des informations sur un format standardisé de nature à favoriser les comparaisons. Pour ce faire, le même questionnaire a été envoyé à chaque pays (Belgique, Suède, Angleterre), ce qui permet de récolter les informations de façon systématique. Pour pouvoir recouper et fiabiliser les éléments recueillis dans chaque pays, le questionnaire

a été envoyé à plusieurs spécialistes (experts, institutionnels, associations d'usagers) d'une même aide technique.

5.2.1. Les objectifs du questionnaire

Le questionnaire (Annexe 3 p. 97) vise à récolter des informations qui ne sont pas disponibles dans la revue de la littérature ou qui ont besoin d'être actualisées ou confirmées.

L'objectif de cette phase de l'enquête est principalement descriptif : il s'agit prioritairement de confirmer la bonne compréhension du système obtenue par la revue de la littérature et d'acquiescer le cas échéant de nouvelles informations qui n'étaient pas accessibles par la seule étude de la littérature. Comme la finalité principale de ce terrain à distance est celle d'une confirmation de la compréhension du système, nous veillons à ce que pour chaque aide technique appartenant au périmètre de l'enquête (fauteuils roulants, aides auditives, aides visuelles) nous disposions d'au moins trois réponses afin de recouper les informations transmises et vérifier leur convergence, ou noter les divergences éventuelles pour essayer d'obtenir des explications lors des voyages d'étude.

Quatre questionnaires ont été rédigés : un questionnaire « fauteuils roulants », un questionnaire « aides auditives », un questionnaire « aides visuelles » et un questionnaire complet (comprenant toutes les aides).

La structure de chaque questionnaire est identique. Elle est présentée dans l'encadré 3 ci-dessous.

Encadré 3. Structure des questionnaires

A. Informations sur la personne qui complète le questionnaire

- Pays pour lequel les informations sont collectées
- Identité, profession et entreprise de rattachement de la personne enquêtée

B. Acquisition de l'aide technique

- Passage devant une commission pour bénéficiaire d'un financement public
- Modalité d'acquisition la plus fréquente dans le pays/la région (modèle dominant) : (1) achat neuf auprès d'un fournisseur public, (2) achat neuf auprès d'un fournisseur privé (avec financement public), (3) achat reconditionné auprès d'un fournisseur public, (4) achat reconditionné auprès d'un fournisseur privé (avec financement public), (5) location à long terme auprès d'un fournisseur public, (6) location à long terme auprès d'un fournisseur privé (avec financement public), (7) mise à disposition (ou prêt) par un fournisseur public, (8) mise à disposition (ou prêt) par des associations ou organisations caritatives, (9) achat privé sans aide publique

C. Financement de l'aide technique

- Financement public national, infranational ou local

- Prix de l'aide technique neuve (reconditionnée) sur le marché privé/ Prix de l'aide technique neuve (reconditionnée) payé par le régulateur public en cas de mise à disposition/ Prix de l'aide technique payé par l'acheteur public en cas de location à l'utilisateur/Prix de l'aide technique payé par l'organisation caritative
- Nombre d'aides techniques disponibles dans le pays par catégorie
- Reste à charge de l'utilisateur après prise en compte des financements publics pour chacune des modalités de mise à disposition de l'aide
- Part du prix de l'aide technique financée par le public au niveau national/régional/municipal (pour chaque modalité d'acquisition)

D. Accompagnement au choix de l'aide technique et suivi post-acquisition

- Accompagnement au choix de l'aide technique
- Prise en charge financière par le public de cet accompagnement
- Suivi post-acquisition de l'aide technique
- Prise en charge financière par le public de cet accompagnement

E. Producteur national d'aide technique

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

5. Méthodologie de la collecte des informations

Irdes - décembre 2025

Pour faciliter la collecte des informations sur les prix et les restes à charge des aides techniques, nous avons défini des cas types pour chaque type d'aide.

5.2.2. Choix des cas types pour chaque type d'aide

Notre objectif était de sélectionner des aides techniques disponibles en France comme dans les trois autres pays inclus dans le périmètre de la comparaison (Belgique, Suède et Royaume-Uni). Nous avons eu recours à plusieurs experts français (Tableau 1) qui disposent d'une bonne connaissance des pratiques à l'international. Ils nous ont proposé des aides techniques répondant à nos critères de catégories et de disponibilité à l'international, et ont en outre testé les questionnaires finaux correspondant à leurs champs de compétence.

Tableau 1 Liste des experts français rencontrés pour sélectionner les cas types

Nom des experts	Conseils pour	Affiliation
Chevalier Cécile	Toutes les aides	Cheffe de projet compensation technique à la CNSA
Pinto Da Silva Fernando	Aides visuelles	Chargé de mission stratégie numérique à la Fédération des aveugles et amblyopes de France
Godinho Luis		Président du Syndicat des audioprothésistes (SDA ex-UNSAF) (2022)
Jantzen Brice		Président du Syndicat des audioprothésistes (2023-)
Hartmann Laurence		Maître de conférences en sciences économiques au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam)
Barbet Isabelle		Enseignant-chercheur au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam)
Pawlowski Alain	Fauteuils roulants	Chef de l'Unité Expertise Appareillage au Centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés (Cerah), Institut national des Invalides
Delavaquerie Martine		Adjointe au chef du Centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés (Cerah), Institut national des Invalides
Dias Evelyne		Chargée d'études documentaires, Responsable du Centre de ressources documentaires au Centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés (CERAH), Institut national des Invalides

Pour éclairer nos interrogations sur les financements, nous avons choisi des modèles d'aides techniques correspondant à la fois à des usages différents et renvoyant également à des niveaux de restes à charge différenciés en France : sans reste à charge, reste à charge modéré et reste à charge important.

Pour les fauteuils roulants (Tableau 2), le choix a été fait de distinguer **trois catégories** emblématiques de trois usages différenciés. La première catégorie, celles des fauteuils roulants manuels de base, regroupe les fauteuils qui sont les plus largement diffusés. Les fauteuils roulants actifs visent à offrir une grande autonomie aux usagers qui sortent souvent de leur domicile, ce qui peut cibler *a priori* un public actif. Enfin, les fauteuils roulants électriques verticalisateurs permettent d'améliorer l'accessibilité des personnes qui ont une très faible autonomie. Dans chacune de ces catégories, nous proposons trois références de fauteuils roulants et demandons aux personnes interrogées de renseigner leurs prix (prix

Tableau 2 Choix des modèles pour les fauteuils roulants

Fauteuil roulant manuel de base	Fauteuil roulant actif	Fauteuil roulant électrique verticalisateur
Action 3 NG (Invacare)	Action 5 Rigid (Invacare)	C 1000 SF (Otto Bock)
V500 (Vermeiren)	Life R (Quickie)	F5 Corpus VS (Permobil)
Style X Ultra (Sunrise Medical)	Sagitta (Vermeiren)	Q 700 UP M (Sunrise Medical)

déboursé par les acheteurs privés en France et en Belgique et prix négocié par l'acheteur public dans le cadre des appels d'offre en Suède et au Royaume-Uni).

Les aides auditives (Tableau 3) ont également été sélectionnées de façon à balayer une grande partie du marché, en distinguant trois classes.

Les aides auditives de la classe 1 correspondent aux aides de l'offre du 100 % santé dont les prix sont désormais réglementés en France et qui sont associés à des restes à charge nuls après intervention des couvertures complémentaires. Les aides auditives de la classe 1 reposent sur une technologie éprouvée qui assure un traitement sonore de base, et bénéficient d'un nombre limité d'options. Ainsi, les appareils de cette classe doivent comporter à minima douze canaux de réglage et peuvent bénéficier d'au moins trois options parmi les suivantes : système anti-acouphène, réducteur de bruit du vent, directivité microphonique adaptative, bande élargie supérieure à 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération. En règle générale, ils ne disposent pas des dernières technologies : connectivité, synchronisation binaurale, intelligence artificielle... Ces appareils fonctionnent par ailleurs uniquement sur piles, aucun appareil auditif rechargeable n'étant disponible dans cette gamme. De l'avis des experts français, les appareils de la classe 1 correspondent à ceux de la moyenne gamme d'il y a cinq ans.

Les appareils de la classe 2 bénéficient des dernières technologies disponibles qui permettent d'assurer un traitement sonore plus sophistiqué et peuvent être associés à un choix plus large d'options. Ils bénéficient de fonctionnalités de traitement du signal avancées améliorant la compréhension dans un environnement bruyant, de technologies innovantes (capteurs de mouvements, intelligence artificielle...), d'une meilleure qualité de son avec une bande passante élargie par rapport aux modèles de la classe 1, une connectivité aux smart-

Tableau 3 Choix des modèles pour les aides auditives

	Aide auditive de classe 1	Aide auditive de classe 2	Aide auditive de classe 3
Receiver in the ear (RIC)	Siya Ric (Oticon)	More 2 (Oticon)	Audéo Paradise 90R (Phonak)
Intra-auriculaires	Silk 3nx (Signia)	Muse Iqi2000 (Starkey)	Moment 440 CIC (Widex)
Contours d'oreille	B30p (Phonak)	Motion 5nx (Signia)	Livio AI 2400 BTE (Starkey)

L'appareil auditif intra-auriculaire : les aides auditives intra-auriculaires ou In The Ear (ITE)

Les aides auditives mini-contours (ou RIC pour Receiver In the Canal)

Les aides auditives contours d'oreille ou BTE (Behind The Ear)

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

5. Méthodologie de la collecte des informations

Irdes - décembre 2025

phones et le réglage à distance. En outre, les modèles peuvent être associés à une batterie rechargeable.

La différenciation entre les appareils de classes 2 et 3 s'opère sur le nombre d'options activées (maximum dans la classe 3 et au contraire un peu moins étendu dans la classe 2).

Nous demandons aux personnes interrogées de renseigner les prix et restes à charge pour trois aides auditives dans chaque classe.

Les aides visuelles étudiées ne sont pas prises en charge par l'Assurance maladie en France. Nous avons sélectionné des **aides visuelles** qui sont les plus couramment employées par les personnes déficientes visuelles et qui représentent donc un fort enjeu d'accès :

- Les plages Braille : ce sont des dispositifs électromécaniques utilisés par les personnes déficientes visuelles pour afficher en temps réel des caractères braille, le plus souvent issus d'un ordinateur.
- Les téléagrandisseurs avec fonction vocalisée. Ils proposent une fonction de reconnaissance des caractères couplée à une synthèse vocale qui permettent de faire lire à haute voix des documents imprimés.
- Les lecteurs de livres de poche (format Daisy) [Tableau 4]. Le Daisy est un format de livre audio conçu pour faciliter la lecture des personnes déficientes visuelles. Il permet de se déplacer à l'intérieur du livre, de reprendre la lecture là où elle avait été interrompue, de placer des marque-pages, de contrôler la vitesse de lecture...

Tableau 4 Choix des modèles pour les aides visuelles

Plage Braille 14 cellules	Téléagrandisseur fonction vocalisée	Lecteurs de livres (format Daisy) de poche
Focus 14 5 ^e génération (Freedom Scientific)	Reveal 16i full HD (Humanware)	Victor Reader Stream (Humanware)
Brailliant 14 (Humanware)	Vocatex (Koba Vision)	Plex Talk Linio Pocket (Shinano Kenshi)
Smart Beetle (Hims)		MileStone 312 ACE (Bones)

Les informations sur les prix sont demandées pour trois types de plages Braille et de lecteurs de livres Daisy et pour deux modèles de téléagrandisseurs (deux références permettent de couvrir le marché des téléagrandisseurs).

Le choix de cas types permet de collecter un nombre limité de prix pour des aides techniques bien identifiées. L'objectif du questionnaire est aussi de recueillir des informations sur les financements publics qui peuvent être obtenus par l'utilisateur souhaitant acquérir un équipement. Or, plusieurs canaux de financement sont souvent possibles dans les pays étudiés, par le biais de l'employeur, de l'institution scolaire ou de l'université, ou encore par les financeurs publics quand l'usage de l'aide se fait dans un cadre privé. Notre objectif étant d'étudier le financement public hors de la sphère professionnelle et éducative, dans une tranche d'âge de 20-60 ans qui rend la personne éligible à l'obtention de la Prestation de compensation du handicap (PCH), la construction d'un cas fictif nous a permis d'orienter le questionnaire de façon à inciter les personnes enquêtées à répondre à ces questions sans ambiguïté sur le canal de financement.

5.2.3. Construction d'une vignette : le cas fictif de M. Smith

Pour faciliter le remplissage de tous les types de questionnaires (questionnaires « fauteuils roulants », « aides auditives », « aides visuelles » et le questionnaire complet comprenant toutes les aides (Annexe 3, p. 97)), nous avons proposé le cas fictif de monsieur Smith, un homme handicapé de 35 ans qui dispose d'un revenu régulier issu de son travail et qui ne bénéficie pas des minima sociaux. Cette vignette nous permet de nous aligner sur le cas d'une personne qui en France pourrait bénéficier de la PCH pour financer au moins en partie son aide technique, en plus de l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire qui constitue le premier étage de financement public. L'âge de monsieur Smith, inférieur à 60 ans, permet justement de s'assurer qu'il peut bien prétendre à la PCH, ce qui ne serait pas le cas nécessairement si son handicap était apparu après 60 ans.

La barrière d'âge qui sépare les politiques publiques de financement du handicap et de la dépendance et l'accès aux prestations existe dans deux des quatre pays étudiés (en France à 60 ans et en Belgique à 65 ans) ; c'est la raison pour laquelle l'âge de monsieur Smith fixé à 35 ans permet de s'assurer que les personnes enquêtées dans les pays au sein desquels cette barrière d'âge existe renseigneront des informations qui concernent bien la situation des personnes en situation de handicap, et non de personnes concernées par des financements relevant du champ de la dépendance.

Par ailleurs, il a été précisé dans tous les questionnaires que le financement des aides techniques par des organismes publics liés à l'activité professionnelle ne devait pas être pris en compte dans le décompte des financements publics des aides. En effet, dans tous les pays étudiés, les circuits de mise à disposition des aides techniques par la tutelle publique (qu'elle soit nationale ou régionale) sont toujours distincts de ceux qui permettent d'obtenir une aide par le biais de la sphère professionnelle.

Une fois consolidé et testé, le questionnaire intégrant des cas types d'aides techniques et structuré autour du cas fictif de M. Smith a été envoyé aux destinataires identifiés dans chaque pays. Nous revenons sur les résultats de la collecte d'informations dans la section suivante.

5.2.4. Une enquête diffusée par l'outil numérique LimeSurvey

Une fois stabilisé en français puis traduit en anglais par l'équipe de chercheurs du projet Compatec, nous avons diffusé le questionnaire à partir du logiciel d'enquête LimeSurvey. Ce logiciel gratuit permet d'optimiser le processus d'envoi aux personnes enquêtées, de relancer automatiquement et à intervalles réguliers les personnes qui n'ont pas répondu, et garantit une parfaite traçabilité de l'activité réalisée par les répondants en ligne (début de remplissage de questionnaire, questionnaire incomplet ou au contraire questionnaire intégralement rempli). Lors du remplissage, le logiciel propose un système de filtres pour guider le répondant vers des items qui correspondent à la situation du système caractérisant son pays, afin d'éviter des questions qui sont hors-sujet (qui porteraient par exemple sur un mode de mise à disposition des aides techniques qui n'existerait pas dans le pays de la personne interrogée). Chaque questionnaire initial spécifique à une aide technique comporte 82 questions, tandis que le questionnaire complet couvre 236 questions. Une fois les filtres activés, la personne enquêtée est confrontée à une trentaine de questions au maximum dans le questionnaire individuel, ce qui correspond à un temps de réponse que nous avons estimé à une trentaine de minutes. C'est le temps qu'ont pris en moyenne les experts français ayant testé nos questionnaires.

En outre, le logiciel en ligne permet un stockage optimisé des réponses et un traitement des données facilité.

5.3. Bilan de la collecte d'informations par les questionnaires

Dans cette section, nous allons présenter la méthode et les objectifs du terrain à distance, les stratégies déployées lors de la phase de prospection et les difficultés rencontrées.

5.3.1. Méthode d'enquête pour la phase des questionnaires

L'objectif du questionnaire était de récolter des informations descriptives précises auprès des experts, et de faciliter la recherche d'enquêtés pour la phase suivante des entretiens. Ce terrain d'enquête est de nature qualitative et non quantitative : il ne s'agissait pas d'obtenir le maximum de réponses, mais d'obtenir les meilleures réponses, c'est pourquoi nous avons cherché au moins deux à trois répondants spécialistes du domaine par type d'aide technique (donc une dizaine de réponses au total par pays). Le fait d'interroger plusieurs personnes par questionnaire plutôt qu'une seule, et de varier les personnes interrogées (associatifs, chercheurs et institutionnels) permet de vérifier la bonne compréhension des questions et la concordance des réponses, et d'obtenir des réponses à toutes les questions posées. En effet, les questions portant sur un champ très large et les répondants n'étant parfois concernés que par un pan du circuit de distribution d'une aide technique, certains ne pouvaient pas répondre à l'ensemble de nos questions. De plus, varier les interlocuteurs a été également utile pour la phase des entretiens.

Une fois la liste de contacts élaborée, la prise de contact s'est effectuée par courrier électronique. Ce moyen nous a paru plus efficace qu'un courrier papier et moins invasif que le téléphone. Il est aussi plus aisé de trouver l'adresse électronique professionnelle d'une personne que ses autres coordonnées. Dans ce courriel, nous présentions notre projet de recherche et la finalité du questionnaire. Nous demandions à ceux ne pouvant le compléter de nous suggérer d'autres personnes à contacter afin d'augmenter notre liste de contacts. Pour éviter que notre courrier ne soit pris pour un courrier indésirable (spam), nous n'avons pas envoyé un message générique, mais au contraire individualisé nos messages. Nous avons relancé plusieurs fois les contacts qui ne répondaient pas, parfois par téléphone pour ceux qui nous paraissaient les plus pertinents.

Afin de trouver les spécialistes de la politique de distribution des aides techniques, nous avons procédé en deux temps. Nous avons élaboré une première liste de contacts, souvent un peu plus large qu'une liste ne comprenant que des spécialistes des prix et restes à charge des aides techniques, afin que les personnes plus éloignées du thème nous redirigent vers des contacts de leur réseau s'ils ne se considéraient pas assez compétents pour répondre aux questionnaires. Nous avons également contacté des adresses mails génériques pour les associations ou les centres de soins, qui nous ont redirigés vers des collègues experts du domaine. La deuxième phase de prospection a donc consisté à contacter les personnes recommandées, qui se rapprochent du public visé. Quand un acteur est recommandé par plusieurs personnes, il peut s'agir d'un interlocuteur particulièrement intéressant qu'il convient de contacter en priorité. Certaines recommandations nous ont à nouveau redirigés vers d'autres personnes, jusqu'à atteindre les bons interlocuteurs, ce qui peut prendre du temps. Ainsi, pour parvenir aux contacts clés (les experts aptes à répondre à l'enquête), nous avons dû d'abord recourir aux contacts réseaux (les personnes qui constituent des « ponts » vers les contacts clés).

5.3.2. Bilan sur la collecte de données : les objectifs et les difficultés rencontrées

Pour chaque pays, nous sommes parvenus à trouver les bons interlocuteurs et à obtenir suffisamment de réponses qualitatives à nos questionnaires. Néanmoins, les efforts qui ont été fournis pour atteindre le public visé ont varié selon les pays. En effet, le nombre de personnes contactées et le temps consacré à la prospection ont par exemple été bien plus importants en Suède qu'en Belgique. Ces différences peuvent notamment s'expliquer par la configuration des listes de contacts initiales comportant plus ou moins de contacts clés ou proches des contacts clés que des contacts réseaux. Une seconde explication possible est la coopération de nos interlocuteurs : les contacts clés ou réseaux sont plus ou moins disposés à répondre à notre demande. Cela peut dépendre de leur intérêt pour notre étude ou de la façon dont nous avons pris contact avec eux. Nous allons revenir en détail sur les moyens engagés dans la prospection et les résultats obtenus pour chaque pays, ainsi que les raisons des différences observées.

Premier terrain d'enquête : la Belgique

Nous avons commencé l'envoi des questionnaires en Belgique en novembre 2021 et le voyage d'étude a eu lieu à la mi-février 2022, trois mois et demi ayant donc été consacrés à la recherche des contacts clés, à la passation des questionnaires et à l'organisation des entretiens (en parallèle de la réalisation de la revue de littérature). Un courriel avec un lien vers un des questionnaires a été envoyé à 73 personnes : 34 n'ont pas répondu (malgré plusieurs relances), 25 nous ont conseillé des contacts et 14 ont accepté de répondre au questionnaire (Tableau 5, p. 46). Ces participants sont des chercheurs, des associatifs, des institutionnels et des professionnels de santé. Chaque participant a complété un questionnaire portant spécifiquement sur une aide technique, sauf une personne qui a pu répondre à la fois au questionnaire sur les fauteuils roulants et à celui sur les aides visuelles. Nous avons proposé un entretien en face-à-face à ces 14 personnes et 11 y ont répondu favorablement (quatre personnes se sont regroupées en deux groupes de deux pour nous rencontrer), ce qui donne neuf entretiens. Les refus d'entretien ont été justifiés par un manque de disponibilité ou un manque de compétence⁷. Après le voyage d'étude, deux entretiens supplémentaires ont été réalisés à distance sur les conseils des enquêtés rencontrés. **11 entretiens ont donc été réalisés au total, dont huit sur place.**

L'objectif d'obtenir au moins deux réponses par questionnaire et au moins dix entretiens⁸ a été rempli dans un temps relativement court comparé aux autres pays. Qu'il s'agisse des questionnaires ou des entretiens, nous avons obtenu des réponses pour les trois régions qui nous intéressaient (Wallonie, Flandre et région de Bruxelles-capitale). Les réponses recueillies pendant la phase des questionnaires ont été suffisamment complètes pour permettre de préparer la seconde phase des entretiens. Ces réponses concordaient avec les informations déjà récoltées dans le cadre de la revue de la littérature, et nous n'avons pas eu besoin de détailler davantage nos attentes ou expliciter certaines questions. Nous avons parfois dû spécifier aux répondants de compléter le questionnaire uniquement pour la région dans laquelle ils travaillent, car ils ne connaissaient pas les règles qui s'appliquent aux autres régions. La disparité des prix pour certaines aides techniques en Belgique a rendu plus difficile la restitution des informations sur cette dimension par les enquêtés. En outre, plusieurs parcours de soins sont possibles pour obtenir une aide technique, ce qui a expliqué quelques

⁷ Certaines personnes n'ont répondu que partiellement au questionnaire. Leurs réponses n'ont alors pas été prises en compte.

⁸ Nous verrons comment cet objectif de dix entretiens a été fixé dans la section sur les voyages d'étude.

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

5. Méthodologie de la collecte des informations

Irdes - décembre 2025

réponses divergentes sur les démarches administratives, mais cet aspect a pu être clarifié au cours des entretiens.

L'atteinte rapide de nos objectifs s'explique par une première bonne identification des contacts utiles, mais surtout par une très bonne coopération des interlocuteurs belges. Le taux de réponse à nos courriels était plus élevé et les réponses plus qualitatives que pour les autres pays. Cela pourrait s'expliquer par la proximité avec la France et notamment le partage d'une langue, car nous avons contacté davantage de personnes francophones qu'uniquement néerlandophones. La France échange également beaucoup plus dans le domaine de la santé avec la Belgique francophone que les autres pays étudiés, et son système de santé est plus proche. Nos interlocuteurs belges se sont effectivement montrés plus intéressés par les résultats de notre enquête. Néanmoins, nous avons rencontré quelques difficultés pour trouver des informations récentes sur le système belge de fourniture des aides techniques – la littérature faisant défaut sur le sujet –, et par conséquent pour identifier certains acteurs importants du système.

Deuxième terrain d'enquête : la Suède

En Suède, la phase de prospection avec envoi des questionnaires a débuté en avril 2022 et le voyage d'étude s'est déroulé début octobre 2022. Six mois ont donc été nécessaires pour trouver les contacts clés, faire passer le questionnaire et organiser la phase des entretiens. 145 personnes ont été contactées pour participer à notre enquête : 87 n'ont pas répondu ou ont refusé de participer, 58 nous ont conseillé des contacts et huit ont complété l'un des questionnaires (Tableau 25). Ces participants sont des chercheurs, des associatifs, des entreprises et des institutionnels. Ces huit répondants se sont vu proposer un entretien et quatre l'ont accepté. Les refus ont été motivés par les mêmes raisons qu'en Belgique (un manque de disponibilité ou de compétence). Certains enquêtés ont directement accepté notre demande d'entretien sans remplir le questionnaire au préalable – soit parce qu'ils ont été plus enclins à accepter un entretien plutôt qu'un questionnaire, soit parce qu'ils nous ont été recommandés par nos interlocuteurs sur place, ce qui nous a permis de réaliser **13 entretiens au total, dont 11 sur place.**

La phase de prospection a été beaucoup plus longue et compliquée que pour la Belgique : nous avons contacté près du double de personnes pour obtenir moins de participants. La difficulté à identifier les contacts clés et la faible coopération des Suédois peuvent expliquer ce délai supplémentaire. Les nombreux refus et absences de réponse nous laissent supposer que notre enquête intéresse moins les Suédois, car nos deux systèmes de santé, et notamment de délivrance des aides techniques, diffèrent considérablement et, d'après nos interlocuteurs, il y a traditionnellement peu d'échanges entre les deux pays. Par ailleurs, l'envoi de courriers électroniques en anglais, pour une demande particulière et inattendue, et la présence d'un lien pouvant faire penser à un spam, ont pu orienter nos messages dans les courriers indésirables du destinataire ou être directement supprimés. Pour éviter cette éventualité, nous avons d'autant plus personnalisé nos courriels (en fonction de la profession de la personne) ou nous avons contacté directement les personnes par téléphone quand cela était possible. Les chercheurs travaillant sur le projet Compatec ne maîtrisant pas le suédois, la navigation sur des sites suédois n'était pas toujours aisée, notamment pour trouver des centres responsables de la fourniture d'aides techniques qui ont plusieurs dénominations possibles. Avec l'expérience, nous nous sommes aussi rendu compte que ces centres répondaient davantage lorsqu'on les sollicitait sur les recommandations d'une personne de leur connaissance, travaillant notamment dans un autre centre d'aides techniques.

L'objectif d'obtenir au moins deux réponses par questionnaire et au moins dix entretiens a été rempli, mais dans un temps deux fois plus long que pour la Belgique. Nous avons attendu d'obtenir suffisamment de réponses pour commencer à prospecter pour la phase des entretiens. Le contenu des réponses correspondait globalement à notre compréhension du système suédois et les répondants n'ont pas rencontré de difficultés majeures à y répondre. Nous avons parfois dû leur spécifier de compléter le questionnaire uniquement pour la région dans laquelle ils travaillent, car la plupart ne connaissaient pas les règles qui s'appliquent pour toutes les régions⁹. Les aides techniques étant achetées au niveau régional *via* des appels d'offres, la majorité des enquêtés n'avaient pas connaissance des prix d'achat par l'acheteur public. Ces prix ont pu être demandés à certains enquêtés au cours des entretiens ou identifiés sur internet pour certaines régions. Certains répondants ont néanmoins pu nous informer sur le reste à charge des patients. Nous avons pour objectif de trouver des répondants pour au moins trois régions ayant des caractéristiques sociodémographiques différentes, et nous y sommes parvenus moyennant un délai de recherche supplémentaire par rapport au temps passé pour la Belgique. Il nous est effectivement apparu nécessaire d'interroger plusieurs régions afin de comprendre les différences d'offres, de prix et restes à charge selon les régions, ainsi que les différentes mises en œuvre de la réforme du « Libre choix » et ses premiers résultats au niveau local. C'est pourquoi nous avons interrogé (par questionnaire et entretien) des personnes travaillant dans cinq régions différentes (Stockholm, Norrbotten, Sörmland, Örebro et Scanie), dont les PIB par habitant sont hétérogènes, les localisations géographiques variées et les politiques publiques diverses (notamment concernant la réforme du « Libre choix »).

Troisième terrain d'enquête : l'Angleterre

Par suite d'un retard dans le calendrier de l'étude, notamment dû à la pandémie de Covid-19 et aux difficultés de prospection en Suède, nous avons décidé de nous concentrer avant tout sur l'Angleterre, en étudiant plusieurs localités (Londres, Birmingham et Liverpool). En effet, sachant que chaque nation constitutive du Royaume-Uni a son propre système de santé, étudier plusieurs nations aurait demandé beaucoup plus de temps et de recherches. L'Angleterre a été choisie, car elle a pour particularité d'avoir mis en place le système de *voucher* pour les fauteuils roulants (*Personal Wheelchair Budget*), et les contacts clés étaient plus faciles à trouver. En raison des différences locales dans la mise en œuvre de la réforme et dans la prise en charge des usagers d'aides techniques, il nous a semblé intéressant d'étudier plusieurs villes. Celles-ci ont été choisies en raison de leur taille et des répondants aux questionnaires.

En Angleterre, la prospection en vue de l'envoi des questionnaires a commencé en janvier 2023 et le voyage d'étude a eu lieu en avril 2023. La prospection, la passation des questionnaires et l'organisation du voyage ont donc été réalisées en trois mois. Nous avons contacté 127 personnes : 76 n'ont pas répondu ou ont refusé de participer, 44 nous ont conseillé des contacts et sept ont rempli un des questionnaires (Tableau 5, p. 46). Ces participants sont des chercheurs, des associatifs et des institutionnels. Parmi les sept répondants, cinq ont accepté l'entretien que nous leur avons proposé. Certains enquêtés ont directement accepté notre demande d'entretien sans remplir le questionnaire au préalable – soit parce qu'ils ont été plus enclins à accepter un entretien plutôt qu'un questionnaire, soit parce qu'ils nous ont été recommandés par nos interlocuteurs sur place, ce qui nous a permis de réaliser **14 entretiens au total, dont sept sur place**.

⁹ Les offres d'aides techniques, les restes à charge des usagers et les prix publics varient selon les régions.

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

5. Méthodologie de la collecte des informations

Irdes - décembre 2025

L'objectif initial d'obtenir au moins dix entretiens a été rempli, mais pas celui d'obtenir au moins deux réponses par questionnaire. Les questionnaires sur les aides auditives et les aides visuelles n'ont obtenu qu'une réponse chacun. Cela n'a toutefois pas empêché d'obtenir des entretiens par la suite qui ont confirmé et complété les informations des questionnaires remplis. Cela s'explique notamment par le fait que deux personnes ont rencontré des problèmes techniques (réponses non sauvegardées) et n'ont pas pu répondre au questionnaire en ligne. De plus, il n'existe pas d'aides financières publiques pour les aides visuelles qui nous intéressent en-dehors du cadre de l'éducation ou du travail en Angleterre, ce qui limite le remplissage du questionnaire à quelques questions. Nous pouvons dès lors conjecturer que les individus sollicités n'ont pas perçu l'intérêt de compléter ce questionnaire. Nous avons obtenu plus de réponses pour les fauteuils roulants (huit réponses), cette aide technique représentant un enjeu important du fait de l'instauration récente d'un système de *voucher* (*Personal Wheelchair Budget*) pour l'achat sur le marché privé.

Les répondants ont pu rencontrer certaines difficultés pour remplir les questionnaires, liées aux spécificités du système anglais. Certaines personnes nous ont spécifié que leurs réponses ne concernaient que leur localité et qu'il pouvait y avoir d'importantes variations dans la prise en charge des patients d'une localité à l'autre. Les aides techniques étant achetées au niveau national, la majorité des enquêtés n'avaient pas connaissance des prix d'achat par l'acheteur public. Ces prix ont pu toutefois être demandés à certains enquêtés au cours des entretiens ou identifiés sur internet. Les répondants aux questionnaires ont pu nous informer sur le reste à charge des patients.

La phase de prospection a duré moins longtemps que pour la Suède et à peu près autant que pour la Belgique. Nous avons cependant dû contacter plus de personnes qu'en Belgique. La recherche de contacts a été plus efficace, car nous avons appris des expériences précédentes et amélioré notre approche, ainsi que l'identification des contacts clés. Nous avons également pu bénéficier de contacts recommandés par d'autres chercheurs de l'Irdes. Le système anglais se rapprochant du système suédois, nous avons une meilleure idée des personnes importantes à solliciter. Les interlocuteurs anglais ont été plus coopératifs que leurs homologues suédois, nos courriels ayant effectivement reçu davantage de réponses, qu'elles soient positives ou non, ce qui a évité des relances inutiles. Cela peut notamment s'expliquer par le fait que nos courriels sont écrits dans la langue des destinataires. Nous avons aussi eu plus de facilité à trouver les coordonnées à jour de notre liste de contacts et à

Tableau 5 Nombre de personnes contactées et nombre de participants aux questionnaires et entretiens par pays

	Belgique		Suède		Angleterre	
	Contactés	Réponses	Contactés	Réponses	Contactés	Réponses
Fauteuils roulants	15	6	19	4	36	5
Aides auditives	25	3	51	2	50	1
Aides visuelles	16	6	23	1	19	1
Questionnaire complet	17	0	52	1	22	0
Total des questionnaires envoyés	73	14	145	8	127	7
Entretiens sur place		8		11		7
Total des entretiens (y compris en ligne)		11		13		14

naviguer sur les sites anglais. Nos interlocuteurs anglais ont par ailleurs posé plus de questions sur notre étude et sur la protection des données avant d'accepter de participer à notre enquête. Comme évoqué plus haut, la recherche de contacts a également été plus intensive que pour les précédents terrains, afin de pallier le manque de temps.

Ainsi, pour chaque pays, le questionnaire a rempli ses objectifs dans un temps plus ou moins long. Nous allons maintenant revenir sur les points forts et les limites du questionnaire.

5.3.3. Bilan général sur le terrain à distance

Comme envisagé au moment de leur élaboration, les questionnaires ont permis de confirmer et compléter la revue de littérature, de récolter des données factuelles actualisées et de préparer l'organisation des voyages d'étude en identifiant les personnes expertes sur notre sujet. Pour chaque pays, les questionnaires ont confirmé et apporté des détails supplémentaires sur certains aspects, tels que les parcours de soins des usagers, le modèle d'acquisition dominant pour chaque type d'aides techniques, ainsi que sur les modalités de prise en charge et du suivi de l'utilisateur. Les réponses aux questionnaires ont même apporté des informations permettant de compléter les revues de littérature, en particulier concernant les modèles d'acquisition secondaires des aides techniques, les prix, les montants de remboursement (pour la Belgique), les restes à charge des usagers, le nombre de modèles disponibles pour chaque type d'aides et les différences locales ou régionales. Cependant, nous ne sommes pas parvenus à récolter tous les prix (publics ou privés) pour tous les modèles d'aides techniques qui nous intéressaient. Nous avons aussi repéré des marges de progression dans l'élaboration des questionnaires, grâce aux réponses inattendues et aux retours des répondants.

On peut notamment relever certaines limites dans la construction des questionnaires qui peuvent avoir conduit à réduire le nombre de participants. **Une des limites que nous avons relevées a posteriori est la longueur des questionnaires.** Celle-ci a pu décourager certains participants et nous avons d'ailleurs constaté que certains questionnaires n'ont pas été entièrement complétés, sans savoir néanmoins s'il s'agit d'un manque de temps, de motivation ou de compétence de la personne enquêtée. Certaines personnes ont dépassé la limite de temps pour remplir le questionnaire en ligne, conduisant alors à la suppression de leurs réponses, ou ont rempli le questionnaire en plusieurs fois sans sauvegarder correctement leurs réponses. Nous avons parfois pu proposer directement un entretien aux personnes concernées pour leur éviter de remplir plusieurs fois le questionnaire. Cependant, sa longueur a l'avantage d'avoir sélectionné les interlocuteurs les plus motivés et les plus fins connaisseurs du domaine, ce qui était notre objectif. De même, il a permis de montrer notre propre expertise sur ce champ et donc notre légitimité. La plupart des répondants ont d'ailleurs accepté notre demande d'entretien et se sont révélés de très bons interlocuteurs pour notre étude.

Les questionnaires ont donc été un filtre efficace pour sélectionner les experts dans le domaine des aides techniques. Néanmoins, les questions ciblent avant tout les connaissances des acteurs de terrain. Nous recherchions également des personnes ayant une vision plus macroéconomique du système ou des spécialistes des politiques publiques en matière d'accès aux aides techniques, mais ces derniers ne pouvaient pas toujours répondre aux questionnaires. Les questionnaires n'ont donc pas permis de trouver suffisamment d'interlocuteurs variés pour la phase des entretiens, et nous avons dû directement proposer un entretien aux personnes intéressantes à rencontrer, mais qui n'avaient pas les connaissances nécessaires pour répondre aux questionnaires.

Par ailleurs, d'autres limites du questionnaire ont pu créer des incompréhensions. Le questionnaire ayant été réalisé de manière à pouvoir correspondre à plusieurs pays, certaines formulations générales ont pu prêter à confusion. Par exemple, à la question « Est-ce que Monsieur Smith doit déposer un dossier auprès d'une commission ou un comité ou un centre public spécialisé dans les aides techniques pour obtenir un financement public ? », les réponses se contredisaient pour un même pays en fonction des interprétations. On peut comprendre que M. Smith doit faire les démarches lui-même ou non, ou bien ne pas savoir que répondre, par exemple s'il y a plusieurs commissions. De même, à la question : « Existe-t-il un ou des producteurs nationaux d'aides auditives ? », certains ont interprété le terme « nationaux » comme « publics ». Ces problèmes mineurs ont pu être facilement éclairés en entretien.

Quelques questions d'importance secondaire ont abouti à des réponses contradictoires, notamment les questions sur les prescripteurs d'aides techniques (médecin, professionnel paramédical, centre spécialisé). Cela s'explique toutefois par l'existence de plusieurs parcours de soins pour l'accès à une aide technique au sein d'un même pays. Par ailleurs, la question concernant le nombre de modèles disponibles pour un type d'aides techniques était posée quel que soit le modèle d'acquisition, mais elle semblait plus adaptée pour la location que pour l'achat, puisque l'offre n'est limitée que dans le premier cas. Pour éviter certains malentendus, nous aurions pu demander la localité pour laquelle l'enquête répondait lorsqu'il existait des différences locales dans le financement et l'offre d'aides techniques. Ces questions auraient donc pu être modifiées, rajoutées ou supprimées.

Toutes les informations contradictoires, inattendues ou manquantes récoltées durant la phase des questionnaires ont pu être explicitées au cours de la phase des entretiens, compensant ainsi les limites des questionnaires. Nous avons ainsi procédé à une analyse individuelle puis collective des questionnaires afin de nourrir les grilles d'entretien. Nous allons maintenant aborder la méthodologie et les objectifs des voyages d'étude.

5.4. Les voyages d'étude

Une fois les questionnaires complétés, nous nous sommes rendus dans le pays pour mener des entretiens et des observations dans le but de mieux comprendre le fonctionnement de la fourniture des aides techniques et les réformes récentes. À la phase descriptive du terrain à distance réalisée en premier lieu répond donc cette phase à visée plus explicative. Trois voyages d'étude ont ainsi été réalisés : en Belgique, en Suède et en Angleterre. Nous allons revenir sur la méthodologie de ces voyages d'étude, leurs visées et les difficultés rencontrées.

5.4.1. Méthodologie de l'enquête de terrain

La revue de littérature et les réponses aux questionnaires nous ont paru insuffisantes pour mener à bien notre recherche, c'est pourquoi nous avons décidé de réaliser des entretiens et des observations durant des voyages d'étude. Nous montrons ci-après en quoi cette méthode d'enquête nous a paru pertinente et complémentaire des précédentes, comment nous avons préparé ce terrain d'enquête et la façon dont il s'est déroulé.

Définition et avantages du voyage d'étude

Un voyage d'étude peut être défini comme une expérience immersive sur le terrain visant à recueillir des données, effectuer des observations directes et interagir avec l'environnement ou les sujets d'étude. Il s'agit d'une approche pratique qui complète les méthodes de recherche traditionnelles en fournissant des informations contextuelles et en permettant aux chercheurs de développer une compréhension plus approfondie de leur sujet.

Selon Cohen, Manion et Morrison (2007), le terme de « recherche sur le terrain » regroupe diverses méthodes de collecte de données, y compris les entretiens, les observations directes, les enquêtes et les expériences pratiques. Les voyages d'étude offrent l'occasion de mettre en œuvre ces méthodes de manière intensive, souvent dans des environnements réels, afin d'obtenir des données riches et nuancées.

La littérature sur les apports des méthodes qualitatives et des voyages d'étude (Kivits *et al.*, 2016 ; Marmor *et al.*, 2009 ; Renjith *et al.*, 2021) nous a amenés à repérer plusieurs avantages significatifs du voyage d'étude pour comparer des systèmes de santé dans différents pays :

- **La compréhension contextuelle** : les voyages d'étude offrent la possibilité d'observer et de comprendre le fonctionnement des systèmes de santé dans leur contexte local. Cela nous a permis d'appréhender les nuances culturelles, les pratiques spécifiques et les défis auxquels chaque système de santé est confronté.
- **La collecte de données précises** : en se rendant sur place, nous avons pu collecter des données de manière directe et spécifique, et notamment interagir avec les professionnels de santé, les responsables politiques et les bénéficiaires des services de santé pour obtenir des informations détaillées.
- **L'identification de bonnes pratiques** : en comparant différents systèmes de santé, nous avons pu identifier des bonnes pratiques et des réussites spécifiques à chaque pays. Ces exemples peuvent servir de modèles pour améliorer le système de santé français, en l'occurrence concernant le financement des aides techniques.
- **L'analyse comparative** : les voyages d'étude permettent une analyse comparative approfondie des politiques de santé (notamment la mise en place d'un *voucher*) et des politiques de financement (appels d'offre, forfaits de remboursement). Cela offre une perspective plus large pour évaluer les forces et les faiblesses de chaque système.
- **Les échanges d'expérience** : les interactions directes avec les professionnels de santé, les chercheurs et les décideurs locaux favorisent les échanges d'expérience. Cela peut conduire à de futures collaborations internationales, au partage de connaissances et à la mise en œuvre de réformes basées sur des apprentissages mutuels.
- **La validation des théories** : ces voyages sont l'occasion de valider ou de remettre en question les théories établies en observant la réalité sur le terrain. Cela contribue à améliorer la validité externe des recherches et des conclusions.
- **L'élargissement de la perspective** : les voyages d'étude aident à élargir la perspective des chercheurs en les exposant à des approches différentes pour résoudre des problèmes de santé spécifiques. Cela peut inspirer de nouvelles idées et des innovations dans la recherche et la pratique.

Les objectifs des voyages d'étude

L'objectif premier de ces voyages d'étude était de réaliser des entretiens avec des personnes impliquées dans le système de fourniture des aides techniques afin de mieux le comprendre dans son état actuel. Il s'agissait en outre de questionner nos interlocuteurs sur les raisons qui ont amené chaque pays à apporter des modifications au système existant au

cours des dernières années, sur l'ampleur des changements de politiques, ainsi que sur ses conséquences – à la fois pour les financeurs publics et pour les usagers, informations qui ne sont pas accessibles dans la littérature scientifique et la littérature grise. Enfin, un objectif subsidiaire consistait également à observer des lieux de distribution des aides techniques, comme des magasins ou des unités de soins, afin d'obtenir une compréhension concrète du fonctionnement du système actuel. Ces terrains d'enquête avaient pour vocation de consolider et d'approfondir nos savoirs récoltés au cours de la recherche bibliographique et par les réponses aux questionnaires. Il s'agissait notamment de combler les lacunes de la littérature sur les systèmes de financement et de fourniture des aides techniques, ainsi que sur les conséquences des réformes récentes.

La méthodologie de l'enquête de terrain

Au sujet de la méthodologie mise en œuvre, nous avons choisi de réaliser des **entretiens semi-directifs**, c'est-à-dire organisés autour d'une série de questions ouvertes prédéterminées, les autres questions pouvant survenir du dialogue entre l'enquêteur et les personnes interrogées (Combessie, 2007). Ce choix a été guidé par la volonté d'approfondir les données récoltées lors de la phase des questionnaires, et ne pas influencer les réponses des enquêtés avec des questions fermées. Par la **méthode compréhensive** (Kaufmann, 2016), l'enquêté est amené à expliquer le système selon ses propres références, en priorisant lui-même les informations qu'il juge importantes et en pouvant partager librement son point de vue sur les points forts et les points faibles du système. Les relances permettent de recadrer l'entretien sur les thèmes qui nous intéressent et d'aborder des points que nous jugions obscurs. Dans le cas où nos enquêtés ne parvenaient pas à répondre aux questions généralistes, nous avons pu leur donner quelques exemples pour les aider.

Néanmoins, il ne s'agit pas seulement d'entretiens compréhensifs en tant que tels, car nous cherchons également à **recueillir des données factuelles** précises sur les systèmes. En cela, notre méthode se rapproche d'un entretien directif ou d'un questionnaire (De Singly, 2020). En posant des questions plus ciblées, nous cherchons à actualiser des points de la revue de littérature, à lever des doutes sur le fonctionnement du système et à saisir l'écart entre la législation et sa mise en pratique. Les **thèmes** abordés au cours des entretiens étaient les suivants (Annexe 4, p. 163) :

- Le parcours de soins
- L'accès à l'information
- L'accompagnement de l'utilisateur
- Les différents modèles de fourniture des aides techniques (prêt, location, achat)
- Le temps d'attente
- Les aides financières
- Les prix des aides techniques
- Les restes à charge des usagers
- La comparaison entre le marché privé et le marché public
- Les systèmes d'approvisionnement
- Le recyclage
- La satisfaction des usagers
- Le non-recours et le non-usage des aides techniques
- Les inégalités d'accès aux aides techniques
- Les origines et les évolutions du système
- Les avantages, les inconvénients et les préconisations sur le système

Seul le dernier thème amène à une évaluation subjective du système, où nous recueillons le point de vue de l'enquêté ou de son institution sur le système actuel et les réformes récentes. **Nous ne procédons donc pas à une analyse du discours des personnes, mais à une analyse du contenu.** Nos déplacements se sont aussi différenciés des voyages d'étude traditionnels dans lesquels se réalisent des échanges professionnels moyennant rémunération, nos interlocuteurs ayant accepté de répondre à nos questions de manière bénévole en nous recevant la plupart du temps dans leurs locaux professionnels. Les voyages et les entretiens ont été intégralement réalisés en binôme par l'équipe de l'Irdes.

Concernant **le choix des personnes interrogées**, comme mentionné plus haut, nous avons contacté dans un premier temps les personnes qui ont répondu aux questionnaires. Un des objectifs du questionnaire étant de repérer les bons interlocuteurs, c'est-à-dire ceux ayant une bonne connaissance du système de leur pays. Nous avons également proposé un entretien aux personnes qui n'avaient pas les compétences pour remplir le questionnaire. Dans un deuxième temps, nous avons demandé aux personnes ayant complété le questionnaire, mais refusé l'entretien, de nous recommander un autre interlocuteur, un collègue par exemple. Si ce n'était pas suffisant, nous avons cherché d'autres contacts sur internet, notamment des centres de soins ou des professionnels de santé. Enfin, les interlocuteurs rencontrés sur place nous ont aussi recommandé d'autres personnes à interroger.

La sélection des personnes interrogées devait respecter deux impératifs : celui de couvrir équitablement les trois types d'aides techniques étudiés dans le cadre du projet et d'équilibrer les différents types d'interlocuteurs (chercheurs, professionnels de santé, institutionnels et associatifs). Nous voulions alors interroger au moins trois personnes par type d'aides techniques pour chaque pays, ce qui a permis au moins une dizaine d'entretiens par pays. Nous avons parfois privilégié les interlocuteurs en lien avec l'aide technique la plus concernée par la récente réforme (fauteuils roulants en Belgique et en Angleterre, appareils auditifs en Suède).

Pour préparer les entretiens, nous avons préalablement élaboré des **grilles d'entretien** adaptées à chaque interlocuteur. Ces grilles ont été réalisées en s'appuyant sur les informations recueillies dans la revue de littérature et sur les réponses aux questionnaires. Certaines de ces réponses ont notamment été copiées dans la grille pour demander à l'enquêté de clarifier sa réponse (par exemple, sur la définition du « prix nomenclature » ou le calcul du reste à charge). Occasionnellement, la réponse de l'enquêté était comparée à celles d'autres enquêtés pour comprendre leurs divergences (par exemple sur les prescripteurs possibles pour obtenir une aide technique). Ces guides d'entretien visent ainsi à éclaircir les réponses contradictoires aux questionnaires, à obtenir des réponses sur les données manquantes, et à clarifier notre compréhension du système. Ils se présentent sous la forme d'un tableau à trois colonnes : une première colonne pour les thématiques abordées, une deuxième pour les questions ouvertes et une dernière pour les objectifs sous-jacents des questions posées pour chaque thématique (Annexe 4, p. 163). Des recherches préliminaires sur internet portant sur le parcours professionnel des personnes rencontrées ont permis d'adapter la grille en fonction de l'interlocuteur. Certaines grilles ont été envoyées au préalable aux enquêtés qui en avaient fait la demande, quelques jours avant la tenue de l'entretien, afin que ces derniers puissent se renseigner pour répondre précisément aux questions, notamment concernant les prix ou les modèles d'aides techniques les plus courants. Cependant, cela n'a concerné que deux ou trois interlocuteurs par pays, car nous évitions de les envoyer à l'avance afin que les enquêtés ne puissent préparer leur discours et être influencés par notre cadre de pensée. Les informations demandées étant davantage « objectives » et nos connaissances préalables proches de la réalité du terrain, nous n'avons pas relevé de différences majeures entre les entretiens avec envoi préalable de la grille et les autres.

Le déroulé des entretiens et des observations

Durant les entretiens, nous commençons par nous présenter et détailler les visées du projet puis nous interrogeons les enquêtés sur leur activité professionnelle et leur rôle dans le système de fourniture des aides techniques. L'ordre des thématiques abordées et les relances ont pu différer selon les interlocuteurs et les pays, puis l'entretien s'est généralement terminé sur des demandes de suggestion de contacts pour notre enquête. Pour chaque pays, les grilles d'entretien ont été révisées régulièrement en fonction des entretiens déjà réalisés afin de prendre en compte nos nouvelles connaissances sur le système et ne pas répéter des questions dont nous connaissions déjà la réponse (sauf éventuellement pour confirmer des informations). Avec l'accord des enquêtés, les entretiens ont été enregistrés, mais n'ont pas été retranscrits, ne faisant pas l'objet d'une analyse textuelle. Ils ont ensuite été analysés en regroupant les informations par thématiques.

En parallèle de ces entretiens, nous avons réalisé des observations ciblées (Knoblauch, 2005) dans des magasins d'aides techniques ou des unités de soins, et nous avons engagé des discussions informelles avec des vendeurs d'aides techniques. Ces observations ciblées étaient de durée courte et visaient à récupérer des informations brèves, précises et directement accessibles. Contrairement à l'observation directe, il ne s'agissait pas d'étudier les comportements des prestataires de soins ou des patients/clients. Les visites dans les magasins et cliniques privés duraient en moyenne une vingtaine de minutes, le temps de relever des informations sur l'offre disponible, les prix, et poser quelques questions aux vendeurs. Celles-ci concernaient notamment l'accompagnement des clients, leur spécialisation produit, la clientèle ciblée, le niveau de prise en charge des aides techniques, la période d'essai et la garantie des produits, la formation continue des vendeurs, et le cas échéant les différences entre les marchés public et privé, les effets et leur point de vue sur la récente réforme. Quant aux visites des unités de soins, elles étaient assurées par les responsables de ces unités, à la suite de l'entretien effectué avec eux. Ces visites commentées duraient en moyenne vingt minutes, qui venaient s'ajouter à l'heure d'entretien préalablement réalisée. Elles étaient l'occasion de comprendre l'organisation des soins et notamment le type de services proposés et leur importance, le type de professionnels y travaillant, la coordination entre les acteurs impliqués dans le circuit de distribution, la capacité de stockage et les produits en réserve, ainsi que le fonctionnement du recyclage des aides techniques.

Les lieux observés ont été choisis en fonction des suggestions de nos interlocuteurs ou selon la proximité géographique avec les lieux d'entretien ou nos lieux de séjour, et les horaires d'ouverture. Il s'agissait, dans la mesure du possible, de réaliser ces observations dans différentes régions et pour divers types d'aides techniques. Le but de ce terrain d'enquête additionnel était de comparer les prix et les offres entre les magasins, d'obtenir l'avis d'acteurs de terrain, ainsi que de visualiser et de comprendre l'organisation des unités de soins. Cette approche vient ainsi compléter et illustrer les entretiens. Pour préparer ce terrain d'étude, nous avons préalablement rédigé un guide d'observation où étaient notés les points à observer et les questions à poser (Combessie, 2017 ; Kivits *et al.*, 2016). Ces observations et entretiens informels ont fait l'objet d'une prise de notes qui a permis d'enrichir l'analyse des entretiens semi-structurés.

Après la préparation des guides d'entretien et d'observation, et la programmation des rendez-vous pour chaque pays, nous avons pu effectuer les voyages d'étude.

5.4.2. Bilan de l'enquête de terrain

L'objectif des voyages d'étude était de réaliser dans chaque pays une dizaine d'entretiens et visiter au moins trois magasins ou cliniques privées. Cet objectif chiffré a été fixé afin de pouvoir récolter toutes les données répertoriées dans les guides d'entretien et d'observation, et d'avoir suffisamment de sources diverses pour croiser les informations. Dans chaque pays, la préparation de l'enquête de terrain a permis de recueillir les informations attendues. Le choix des enquêtés s'est révélé approprié, en partie grâce au filtrage des questionnaires. Comme évoqué auparavant, certains enquêtés, choisis sans l'aide des questionnaires, mais par le biais de la littérature, se sont montrés pertinents. Les enquêtés ont été fiables et disponibles pour répondre à nos questions, et les visites des centres de soins furent souvent proposées par les enquêtés eux-mêmes. Seuls les cliniques privées et les magasins ont été plus réticents à participer à notre enquête, ce que nous n'avions pas anticipé. Cette difficulté aurait pu être contrée en prenant des rendez-vous au préalable avec eux et en demandant davantage de conseils aux enquêtés pour les identifier et les choisir. Cela aurait néanmoins demandé plus de préparation en amont du voyage. Malgré cette contrainte, nous sommes parvenus à observer dans chaque pays plusieurs lieux de fourniture d'aides techniques. Nous allons maintenant revenir sur les résultats obtenus et les difficultés rencontrées au cours de nos visites d'étude.

Premier terrain d'enquête : la Belgique

Le premier voyage d'étude a eu lieu en Belgique, du 15 au 24 février 2022. Nous nous sommes rendus dans les régions de Bruxelles-capitale et de Wallonie pour pouvoir comparer ces deux régions. Bien que nous ne nous soyons pas rendus en Flandre, nous avons toutefois interrogé des néerlandophones sur le fonctionnement du système de santé flamand. Au total, 11 entretiens ont été menés : huit en présentiel et trois en distanciel, neuf en français et deux en anglais, cinq individuels et six collectifs, sept avec des institutionnels et quatre avec des associatifs. Parmi ces entretiens, quatre portaient sur les aides visuelles, quatre sur les fauteuils roulants, deux sur les appareils auditifs, et un portait à la fois sur les aides visuelles et les fauteuils roulants (Tableau 6, p. 54). À Bruxelles, un magasin vendant des fauteuils roulants et trois magasins d'appareils auditifs ont également composé notre terrain d'enquête, ce qui a été l'occasion d'observer l'offre et les prix proposés, ainsi que d'interroger les vendeurs sur leur métier, leur stratégie commerciale et leurs produits. Nous avons aussi réalisé trois entretiens à distance, un pour des raisons sanitaires, et deux autres faisant suite aux recommandations d'interlocuteurs rencontrés sur place. Un entretien durait en moyenne une heure et quarante minutes. Le plus court entretien a duré quarante-cinq minutes et le plus long deux heures trente. En résumé, 11 entretiens ont été réalisés en Belgique et quatre magasins observés.

L'objectif initial était de trouver une variété d'interlocuteurs pour chaque aide technique, variété qui n'a pas été systématiquement possible pour toutes les aides. Il faut ainsi souligner que cet objectif ne correspondait pas à la réalité du terrain. En effet, excepté pour les aides auditives, nous n'avons pas trouvé de chercheurs spécialisés sur notre thématique de recherche. Nos interlocuteurs nous ont fait part du manque d'étude sur le financement et la distribution des aides techniques, notamment sur les prix, les restes à charge et la satisfaction des patients, ainsi que sur la réforme de régionalisation. Concernant les aides visuelles, nous avons interrogé en priorité des associations, car celles-ci jouent un rôle primordial dans l'accompagnement des personnes déficientes visuelles en Belgique. Au contraire, pour les appareils auditifs et les fauteuils roulants, les associations jouent un rôle très limité, qui se concentre sur le lobbying. Le financement étant régional pour les aides visuelles et les fauteuils roulants, il nous a paru pertinent d'interroger plusieurs agences régionales afin de saisir les différences d'offre et de prise en charge entre les régions. La distribution et le finan-

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

5. Méthodologie de la collecte des informations

Irdes - décembre 2025

ement des appareils auditifs sont gérés au niveau national ; les interlocuteurs que nous considérons alors les plus pertinents sont les audiologistes du privé et du public. La récente réforme de régionalisation n'impactant que les fauteuils roulants, nous nous sommes intéressés à tous les interlocuteurs concernés par la réforme (agences régionales, mutualités, orthopédistes-orthésistes, patients, unions professionnelles), ce qui explique le nombre plus important de personnes interrogées.

Cette étude de terrain s'est déroulée sans présenter de difficultés majeures. Un seul rendez-vous a été annulé en dernière minute, qui concernait un vendeur de fauteuils roulants. Quelques obstacles se sont toutefois présentés sur le terrain d'observation. Nous avons effectivement essuyé une dizaine de refus dans les magasins d'appareils auditifs. Cela peut s'expliquer par le fait que les audioprothésistes doivent respecter un agenda strict de rendez-vous, leur laissant peu de disponibilités pour répondre à nos questions. Par ailleurs, nous avons trouvé peu de magasins de fauteuils roulants accessibles en centre-ville, et nous n'avons pas toujours la possibilité de nous rendre en périphérie compte tenu des contraintes temporelles inhérentes au voyage.

Tableau 6 Les institutions belges rencontrées

Nom de l'institution	Type	Aides techniques	Nombre d'interlocuteurs
Centre de ressources et d'évaluation des technologies pour les personnes handicapées (Creth)	Association	Aides visuelles	3
Eqla	Association		1
Ligue Braille	Association		1
<i>Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap</i> (VAPH) – Agence flamande pour les personnes handicapées	Institutionnel		2
Agence wallonne pour une vie de qualité (AViQ)	Institutionnel	Aides visuelles et fauteuils roulants	3
Mutualité chrétienne	Institutionnel	Fauteuils roulants	2
<i>De meerwaarde van sociaal ondernemen</i> (SOM) – Fédération des entreprises sociales	Institutionnel		1
<i>Vlaamse Sociale Bescherming</i> (VSB) – Protection sociale flamande	Institutionnel		6
Union professionnelle belge des technologies orthopédiques (UPBTO)	Association		1
Cliniques universitaires Saint-Luc	Institutionnel, Universitaire	Appareils auditifs	3
Centre d'audiologie de l'hôpital St Luc ; Centre auditif à Bruxelles	Institutionnel		1

Second terrain d'enquête : la Suède

Le second voyage d'étude s'est déroulé en Suède, du 9 au 22 octobre 2022. Nous nous sommes rendus dans les régions de Stockholm, de Södermanland, de Norrbotten et de Scanie, afin de pouvoir les comparer. Au total, nous avons mené 13 entretiens : 11 en présentiel et deux en distanciel, tous en anglais, neuf individuels et quatre collectifs, sept avec des institutionnels, trois avec des entreprises, deux avec des associatifs et un avec une chercheuse. Parmi ces entretiens, deux portaient sur les aides visuelles, quatre sur les fauteuils roulants, quatre sur les appareils auditifs, deux sur toutes les aides et un à la fois sur les aides auditives et les fauteuils roulants (Tableau 7). Un entretien durait en moyenne une heure et trente minutes. Le plus court entretien a duré une heure et le plus long deux heures et quart.

Les trois entretiens avec des responsables de centres de fourniture d'aides techniques ont également été l'occasion de visiter les centres, et ainsi d'observer leurs activités et leur organisation. Par ailleurs, nous nous sommes rendus dans des cliniques privées spécialisées dans l'audition à Stockholm, sans prise de rendez-vous préalable¹⁰. Nous nous sommes concentrés uniquement sur le marché privé des appareils auditifs, car les marchés privés concernant les autres aides techniques se sont très peu développés. Le choix des magasins

Tableau 7 Les institutions suédoises rencontrées

Nom de l'institution	Type	Aides techniques	Nombre d'interlocuteurs
Université d'Örebro	Institutionnel, Universitaire	Appareils auditifs	1
Administration de la région de Scanie	Institutionnel		1
Clinique privée à Stockholm	Entreprise		1
Clinique publique à Malmö	Institutionnel		1
Centre d'aides techniques à Boden	Institutionnel	Fauteuils roulants	1
<i>Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet</i> (DHR) – Participation, pouvoir d'action et liberté de mouvement	Association		1
Centre privé de fauteuils roulants Sodexo à Stockholm	Entreprise		1
<i>Synskadades Riksförbund</i> (SRF) – Association nationale des malvoyants	Association	Aides visuelles	2
Centre privé d'aides visuelles Sodexo à Stockholm	Entreprise		1
<i>Myndigheten för delaktighet</i> (MFD) – Agence nationale pour la participation	Institutionnel	Fauteuils roulants, aides auditives et visuelles	2
Centre d'aides techniques à Stockholm	Institutionnel		2
Centre d'aides techniques à Eskilstuna	Institutionnel		2
Administration sanitaire et médicale de Stockholm	Institutionnel	Fauteuils roulants et aides auditives	2

¹⁰ Nos tentatives de prise de rendez-vous au préalable se sont révélées infructueuses.

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

5. Méthodologie de la collecte des informations

Irdes - décembre 2025

ou cliniques privées¹¹ a été guidé par la volonté de diversifier les marques d'appareils auditifs proposés. Pour donner suite aux recommandations de certaines personnes enquêtées, nous avons aussi réalisé deux entretiens à distance à notre retour en France. En tout, 13 entretiens ont été réalisés et quatre magasins et cliniques privées visités.

Le nombre et le type d'interlocuteurs sont assez similaires pour les trois types d'aides techniques, mais différent par rapport à la Belgique, ce qui s'explique par l'organisation du système suédois. Peu d'associations ont été interrogées, car elles n'interviennent pas dans l'accompagnement des usagers et ne proposent pas de financement. Certaines associations (notamment pour les fauteuils roulants) diffusent cependant des informations sur le parcours de soins et l'offre disponible. Comme pour la Belgique, nous n'avons pas rencontré de chercheurs spécialisés sur notre thématique de recherche, excepté pour les aides auditives. Nos interlocuteurs nous ont aussi fait part du manque d'études sur le financement et la distribution des aides techniques, et du manque d'évaluation sur la réforme du « Libre choix ». Pour les trois types d'aides, nous avons principalement interrogé les responsables des centres distribuant des aides techniques, qui ont les connaissances les plus poussées sur le financement et la fourniture des aides, et des responsables des appels d'offre. En raison de l'émergence du marché privé, des acteurs privés et publics ont été sélectionnés.

Peu de difficultés se sont présentées lors de ce voyage d'étude. Nos interlocuteurs se sont montrés fiables, accueillants et disponibles, et nous ont fourni des informations déterminantes. Nous avons essuyé moins de refus d'entretien des cliniques privées qu'en Belgique (environ trois à quatre refus) mais les horaires d'ouverture restreints ont limité nos possibilités de visite. Le nombre de cliniques privées étant plus faible en Scanie qu'à Stockholm, et notre temps sur place plus limité, nous n'avons malheureusement pas pu visiter de cliniques dans cette région, la seule avec Stockholm où le marché privé de l'audition s'est développé. Une problématique supplémentaire s'est posée par rapport à la Belgique : la barrière de la langue. Les Suédois rencontrés avaient globalement un bon, voire un très bon, niveau d'anglais, mais ils n'étaient pas tous familiers du vocabulaire technique en lien avec les aides techniques. Pour remédier à cela, nous leur avons transmis un lexique traduit en trois langues (anglais, français et suédois).

Troisième terrain d'enquête : l'Angleterre

Le dernier voyage d'étude a eu lieu en Angleterre, du 10 au 19 avril 2023. Nous nous sommes rendus à Londres, Birmingham et Liverpool, afin de pouvoir appréhender les différences régionales. Au total, nous avons mené 14 entretiens : sept en présentiel et sept en distanciel, tous en anglais, 13 individuels et un collectif, quatre avec des institutionnels, six avec des associatifs, trois avec des institutionnels universitaires, un avec un institutionnel associatif. Parmi ces entretiens, quatre portaient sur les aides visuelles, huit sur les fauteuils roulants et deux sur les appareils auditifs (Tableau 8, p. 57). Un entretien durait en moyenne une heure et dix minutes. L'entretien le plus court a duré trente minutes et le plus long deux heures et dix minutes.

Les entretiens avec des directeurs de services responsables de la fourniture d'aides techniques ont également été l'occasion de visiter leurs hôpitaux et leurs centres de rattachement, et ainsi observer leurs activités et leur organisation, et adapter les questions que nous avons préparées. Nous avons aussi visité le magasin londonien de l'association RNIB,

¹¹ On trouve deux types de distribution privée des appareils auditifs en Suède : les magasins et les cliniques privées. Ces dernières se situent dans des immeubles en centre-ville et occupent souvent un étage.

Tableau 8 Les institutions britanniques rencontrées

Nom de l'institution	Type	Aides techniques	Nombre d'interlocuteurs
Royal National Orthopaedic Hospital in Stanmore	Institutionnel	Fauteuils roulants	1
Posture and Mobility Group, Milton Keynes wheelchair service	Association, Institutionnel		1
Disability rights UK	Association		1
Northwest London wheelchair service	Institutionnel		1
Back-Up Trust	Association		1
SMART Services at NHS Lothian, University of Dundee	Institutionnel, Universitaire		1
NHS England	Institutionnel		1
Spinal Injury Association (SIA)	Association		1
Royal National Institute of Blind People (RNIB)	Association	Aides visuelles	1
Wirral society	Association		1
Focus Birmingham, Anglia Ruskin University	Institutionnel, Universitaire		1
Low vision clinic at Aston University	Institutionnel, Universitaire		1
Royal National Institute for Deaf People (RNID)	Association	Appareils auditifs	1
Basildon University Hospital	Institutionnel		2

principal distributeur d'aides visuelles au Royaume-Uni. Par ailleurs, nous nous sommes rendus dans des boutiques d'appareils auditifs à Londres, sans prise de rendez-vous préalable. Le choix des magasins a été guidé par la volonté de diversifier les marques d'appareils auditifs. À notre retour en France, nous avons aussi réalisé sept entretiens à distance avec des personnes qui n'étaient pas disponibles pendant notre séjour en Angleterre. En tout, 14 entretiens ont été réalisés et deux magasins visités. Nos interlocuteurs étaient tous anglais, excepté un Écossais¹².

Le nombre d'interlocuteurs varie selon le type d'aides techniques, mais le type d'interlocuteurs reste similaire. Le fonctionnement du système anglais nous a dicté ce choix. Comme pour la Belgique et la Suède, nous n'avons pas rencontré de chercheurs spécialisés sur notre thématique en raison du manque d'études sur le sujet, en particulier concernant la réforme du *Personal Wheelchair Budget*. Pour les trois types d'aides, nous avons principalement interrogé les responsables des lieux de fourniture des aides techniques, qui ont des connaissances approfondies sur le système. Nos interlocuteurs sont plus nombreux et diversifiés pour les fauteuils roulants qui sont concernés par la mise en place récente d'un *voucher* pour l'achat sur le marché privé. Il s'agissait de disposer des points de vue de différents acteurs sur cette réforme (associations, patients, professionnels de santé, responsables

¹² Le but n'était pas d'étudier le système écossais en profondeur mais d'obtenir quelques éléments de comparaison afin de mettre en perspective les choix politiques du système anglais. Par exemple, l'Écosse n'a pas fait le choix de recourir à la sous-traitance ou de mettre en place un *voucher* pour les fauteuils roulants.

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

5. Méthodologie de la collecte des informations

Irdes - décembre 2025

de services de soins). Les aides visuelles ne faisant pas l'objet d'une prise en charge publique en dehors des sphères de l'éducation et du travail, nous avons moins d'interlocuteurs à consulter (unités de soins, associations). Des associations ont été interrogées pour connaître leur point de vue sur cette absence de financement et mesurer dans quelle proportion elles participaient à le compenser. Seuls deux entretiens ont été réalisés pour les aides auditives, avec toutefois des interlocuteurs essentiels : l'un avec un responsable de la politique d'appels d'offre et une audiologiste en charge d'une unité d'audition, et l'autre avec un membre de la plus importante association pour les personnes déficientes auditives en Angleterre. Pour avoir une vision d'ensemble et comprendre le développement du marché privé, les entretiens ont été complétés par la visite de magasins d'appareils auditifs.

Quelques difficultés se sont présentées en amont du voyage d'étude, au moment de la prise de contact. En effet, l'identification des bons interlocuteurs n'est pas toujours évidente quand la littérature fait défaut sur le financement et la fourniture des aides techniques. D'autre part, en raison du grand nombre d'associations et du manque de lisibilité sur leur imbrication dans le système global, il a pu s'avérer compliqué de savoir lesquelles devaient être contactées en priorité. En effet, certaines dispensent des soins ou distribuent des aides techniques et financières en complément des organismes de soins traditionnels, tandis que d'autres soutiennent de diverses autres façons les personnes ayant un handicap. De même, il n'a pas été aisé de cibler des spécialistes du sujet au *National Health Service* (NHS), au vu de la taille et de la complexité de fonctionnement de cette institution. Certains contacts pertinents, tels que des services de soins auditifs ou des centres distribuant des fauteuils roulants, ont refusé de nous rencontrer par manque d'intérêt pour notre étude ou par manque de disponibilité. Pour ces derniers contacts, une demande de visite s'est montrée plus efficace pour relever le taux de réponses qu'une demande de remplissage du questionnaire, c'est pourquoi nous leur avons directement proposé un entretien en face-à-face.

À l'inverse, sur place, le choix des interlocuteurs s'est révélé pertinent ; nous avons pu récolter des informations de manière exhaustive sans rencontrer d'imprévus importants, seul un interlocuteur nous ayant fait défaut. Concernant les magasins et cliniques distribuant des appareils auditifs, une difficulté majeure a été de les identifier. Un grand nombre de magasins indiqués sur internet n'existaient plus quand nous nous sommes rendus sur place, ce qui peut s'expliquer par la difficulté de se maintenir sur un marché particulièrement compétitif. Nous avons aussi aperçu très peu de magasins d'appareils auditifs lors de nos déplacements dans les quartiers commerçants et avons essuyé quelques refus du fait du planning chargé des audioprothésistes. On trouve également des cliniques privées distribuant des appareils auditifs à une clientèle aisée, qui se situent dans des immeubles « chics » sécurisés et difficilement accessibles pour nous. Ces difficultés expliquent le peu de magasins que nous avons pu visiter.

6. Résultats : quel impact de la régulation des prix des aides techniques sur les dépenses publiques et les restes à charge des usagers ?

Les aides techniques constituent un instrument essentiel de l'autonomie des personnes en situation de handicap, et participent de leur qualité de vie (Denormandie et Chevalier, 2020). Tous les pays de l'OCDE sont confrontés à la nécessité de mettre en place des politiques publiques de mise à disposition des aides techniques afin de satisfaire une demande croissante, dans un contexte de budgets publics limités (Peckham *et al.*, 2021). Si ces politiques publiques sont contraintes par l'impératif de veiller aux équilibres budgétaires, elles doivent également prendre en compte les niveaux de restes à charge des usagers, lesquels, lorsqu'ils deviennent excessifs, peuvent conduire à un renoncement aux soins et à l'équipement.

Pour l'heure, il n'existe aucune politique de tarification et de remboursement des aides techniques unifiée à l'échelle européenne, la régulation demeurant une compétence nationale, et l'on observe par conséquent une variabilité importante de modèles de financement et de tarification des aides techniques (Schreyögg *et al.*, 2009).

Une ligne de partage sépare toutefois ces modèles, entre ceux qui confient au marché public la distribution des aides techniques (Suède et Royaume-Uni) et ceux qui délèguent celle-ci au marché privé sans régulation du prix (France et Belgique)¹³. Dans la première configuration, le régulateur public se charge d'acquérir les aides techniques au niveau national ou régional, de les distribuer aux usagers, de les réparer ou de les remplacer le cas échéant. Dans un tel système, qui repose sur un marché public, le régulateur est contraint d'encadrer strictement l'offre d'aides techniques mises à disposition des usagers, les caractéristiques des produits, ainsi que les prix. En contrepartie, les aides sont mises à disposition sans reste à charge pour les usagers, ou alors avec un faible reste à charge, ce qui contraste avec ceux parfois conséquents auxquels sont exposés les usagers dans les systèmes de « Libre choix » (Igas, 2013). Dans les systèmes reposant sur un marché privé, la distribution des aides techniques est confiée à une multitude d'opérateurs privés qui peuvent référencer l'ensemble des aides techniques disponibles sur le marché et pratiquer des prix libres. Le régulateur public borne son intervention à la fixation de montants de remboursements publics qui couvrent généralement imparfaitement les prix, laissant d'importants restes à charge aux usagers (hors périmètre du 100% santé en France).

La diversité des modèles de tarification des aides techniques devrait inciter à comparer les prix des aides techniques dans plusieurs pays, mais la littérature reste très rare sur ce sujet (Summers, 2018). La France se définit comme un marché privé au sein duquel les distributeurs fixent librement leurs prix, à l'exception du panier 100 % santé audiology sur lequel s'appliquent des prix limites de vente de 950 € et qui représente un cinquième des dépenses en 2024.

Dans cette étude, nous proposons trois analyses successives. Alors que le remboursement intégral des fauteuils roulants par la Sécurité sociale à compter du 1^{er} dé-

¹³ A l'exception du 100 % santé en France.

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

6. Résultats : comparaison des prix et des restes à charge

Irdes - décembre 2025

cembre 2025 a été annoncé, notre **première étude** compare, avant la mise en place de la réforme française, les niveaux de prix et de financements publics des fauteuils roulants en France à ceux de trois pays européens ayant connu également des évolutions de leur mode de financement : la Belgique qui assure, comme en France, la distribution des fauteuils roulants à partir d'un marché privé, la Suède et l'Angleterre, qui assurent cette distribution dans le cadre de marchés publics **(1)**. La deuxième étude vise à comparer le niveau de solvabilisation des aides auditives et les restes à charge en France, en Belgique, en Angleterre et en Suède pour différentes gammes d'aides auditives **(2)**. Enfin, la dernière étude vise à comparer la solvabilisation publique et les restes à charge de plusieurs types d'aides visuelles dans les mêmes pays **(3)**.

Nous décrivons dans un premier temps la régulation par appels d'offre, telle qu'elle est mise en œuvre en Suède et au Royaume-Uni, ainsi que ses conséquences attendues en termes de dépenses publiques engagées et de restes à charge pour les usagers, avant de l'opposer à l'absence de régulation des prix, qui caractérise les systèmes français et belge. Dans un deuxième temps, nous comparons les niveaux de prix de neuf fauteuils roulants, neuf aides auditives et huit aides visuelles dans quatre pays (France, Belgique, Suède et Royaume-Uni), dans l'objectif de quantifier les écarts de prix existant entre deux modèles opposés de tarification des aides techniques en Europe, ceux qui s'appuient sur une régulation stricte des prix assise sur des systèmes d'appels d'offre (Suède et Royaume-Uni) et ceux qui ne recourent généralement pas à la régulation publique des prix (France et Belgique). Enfin, les bénéfices d'une régulation des prix sur les dépenses publiques et le niveau des restes à charge des usagers sont interrogés en regard des limites des systèmes suédois et anglais.

6.1. Une régulation des prix des aides techniques assurée par des appels d'offre en Suède et au Royaume-Uni

En Suède et au Royaume-Uni, le contrôle des prix est assuré par des systèmes d'appels d'offre passés par le régulateur public, qu'il se positionne au niveau régional ou national. Après avoir rappelé les principes des appels d'offre tels qu'ils sont pratiqués en Suède et en Angleterre, nous expliquons dans quelle mesure la régulation des prix et l'encadrement de l'offre sont susceptibles de réduire la dépense publique et les restes à charge des usagers dans chacun de ces systèmes.

6.1.1. Principes des appels d'offre

Une délimitation stricte du périmètre de prise en charge

Dans les systèmes d'appels d'offre suédois et anglais, le régulateur public distribue lui-même les aides techniques et détermine le périmètre des produits mis à la disposition des usagers. Cette rationalisation de l'offre permet aux organisateurs des appels d'offre de concentrer les commandes sur un nombre plus réduit d'aides techniques, et donc d'augmenter les volumes afin de négocier des prix plus attractifs avec les industriels.

Selon la responsable des appels d'offre, ergothérapeute et consultante en aides techniques pour la région de Stockholm, rencontrée au cours de notre voyage d'étude, le périmètre des aides prises en charge est décidé au niveau régional par une commission composée d'experts (professionnels de santé, associations, entreprises). Pour tout nouveau type d'aides techniques, correspondant à un nouveau besoin, la région doit se tourner vers cette commission qui décidera de l'admettre ou non dans le périmètre des produits pris en charge. Une analyse coût-efficacité, généralement sous-traitée à un centre d'économie de la santé,

est conduite avant d'admettre un nouveau produit sur la liste, des aides pouvant être rejetées en l'absence de preuves d'efficacité médicale. Celles-ci ne sont pas uniquement recherchées dans la littérature suédoise, mais également dans la littérature internationale.

La délimitation du périmètre de la prise en charge par chaque région suédoise constitue également un instrument de contrôle des coûts. Selon la directrice de l'Agence suédoise MFD (*Myndigheten för delaktighet*), certaines régions peuvent réduire l'offre de produits mis à disposition, ce qui a déjà eu lieu dans quelques régions ayant décidé de transférer le coût de certaines aides techniques aux usagers (les couvertures lestées ne sont par exemple plus prises en charge par la région de Södermanland).

En Angleterre également, les *Integrated Care Boards* (ICBs), qui ont remplacé les *Clinical Commissioning Groups* (CCGs) en juillet 2022, sont chargés de la mise en place des services de santé dans leur région à partir des fonds qu'ils reçoivent du *NHS England*. Les ICB doivent décider du périmètre des aides techniques prises en charge et distribuées aux usagers, en tenant compte du budget dont ils disposent. Pour respecter l'équilibre budgétaire, certains ICB peuvent être amenés à réviser à la baisse l'offre des aides techniques mises à disposition, ce qui peut occasionner des mécontentements de la part de certains usagers habitués à une offre plus étendue.

Mise en concurrence des entreprises privées dans les appels d'offre

Les appels d'offre sont des procédures par lesquelles l'acheteur public choisit l'offre économiquement la plus avantageuse, sans négociation, sur la base de critères objectifs préalablement portés à la connaissance des candidats. Les fournisseurs intéressés par le cahier des charges déposent leur candidature. Chaque fournisseur se trouve dans une situation d'asymétrie d'information dans la mesure où il n'a pas connaissance des propositions des autres candidats, ni en termes d'approvisionnement ni en termes de prix, ce qui incite chaque acteur à proposer une offre qu'il estime suffisamment compétitive pour pouvoir remporter l'appel d'offres. Le principe de l'offre « économiquement la plus avantageuse » implique une appréciation multidimensionnelle des soumissions en fonction du prix, des performances et d'un ensemble de paramètres matérialisant la qualité du produit ou du fournisseur (localisation, service après-vente, réputation, délais de livraison...) [Naegelen, 1990]. A la fin de la période des appels d'offre, les offres de chaque industriel font l'objet d'une publication officielle, qui contribue par là-même à rendre public une information utilisable ultérieurement par chaque acteur souhaitant candidater plus efficacement à un futur appel d'offres. En Suède, les appels d'offre régionaux ont été mis en place en 2010. Auparavant, un institut de santé national passait un accord avec les fournisseurs, et tous les centres d'aides techniques de chaque région avaient la possibilité de bénéficier de cet accord. Désormais, chaque région doit préparer les appels d'offre qui concernent son approvisionnement, le budget étant calibré sur la population de bénéficiaires, la croissance prévue de la population en question, le budget précédent, ainsi que sur les prescriptions réalisées antérieurement, ce qui peut conduire à analyser l'évolution des besoins dans les quatre à six dernières années. Le système d'information permet en outre d'avoir une visibilité sur les prescriptions passées.

Des experts de chaque type d'aides techniques se réunissent ensuite pour déterminer les besoins. Une analyse des nouvelles technologies disponibles sur le marché est également réalisée pour étudier la faisabilité de leur introduction dans l'appel d'offre. En Suède, cinq principaux industriels participent aux appels d'offre pour les aides auditives et un nombre équivalent est mobilisé pour les fauteuils roulants.

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

6. Résultats : comparaison des prix et des restes à charge

Irdes - décembre 2025

En Angleterre, le NHS passe les appels d'offre au niveau national et les industriels se positionnent pour y répondre. Ces derniers doivent satisfaire à de nombreuses exigences en matière de stabilité financière, d'expérience et de connaissance du secteur. Quatre à cinq industriels de premier plan pour les fauteuils roulants, et sept industriels pour les aides auditives participent habituellement à ces appels d'offre, sans que tous soient retenus à chaque fois. Il est en général assez difficile pour un nouvel industriel d'entrer dans le processus des appels d'offre car il existe des « barrières » à l'entrée.

Les systèmes suédois et anglais retiennent donc un nombre limité d'offres, ce qui permet aussi de concentrer d'importants volumes de commandes d'aides techniques sur un petit nombre d'industriels, avec l'objectif de réduire les prix.

6.1.2. La régulation des prix et l'encadrement de l'offre ont pour objectifs de réduire la dépense publique...

La régulation par appels d'offre permet d'obtenir des prix d'autant plus réduits que les volumes d'aides techniques sont élevés. En Angleterre, le NHS achète de très grandes quantités d'aides auditives simultanément, à l'échelle de tout le pays (1,5 million d'aides auditives par an auprès de sept différents offreurs en 2023), ce qui lui permet de négocier des prix par appareil variant entre 45 £ (en entrée de gamme) et 100 £ (gamme supérieure).

En Suède, la région de Scanie, qui constitue le troisième plus gros acheteur d'aides auditives du pays, peut compter sur cet effet volume pour négocier des prix plus réduits que ceux pratiqués dans d'autres régions qui commandent des volumes plus limités. En Suède, la tendance observée est celle d'un regroupement des régions pour passer des appels d'offre sur certaines aides techniques, afin d'augmenter les volumes et obtenir des prix plus réduits. La région de Norrbotten s'est notamment associée à celle de Västerbotten, de Västernorrland et de Jämtland pour passer des appels d'offre qui concernent notamment les fauteuils roulants. De la même façon, la région de Södermanland s'est associée à cinq autres régions pour acquérir des fauteuils roulants (Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna, Uppsala). En revanche, les volumes peu importants d'aides visuelles commandées par les régions suédoises ne leur permettent pas d'obtenir des prix aussi compétitifs.

6.1.3. ... et les restes à charge des usagers

Dans les systèmes de distribution tels qu'ils sont mis en œuvre en Suède et en Angleterre, la mise à disposition des aides techniques s'effectue en règle générale sans reste à charge pour l'utilisateur. L'aide technique est prêtée à ce dernier et demeure la propriété du régulateur national ou régional, qui prend également en charge les coûts de réparation ou de maintenance. Des pratiques dérogatoires ont commencé à apparaître dans certaines régions suédoises qui cherchent à percevoir de nouvelles ressources financières, par exemple en faisant payer les assurés pour l'acquisition d'un fauteuil roulant électrique (600 couronnes suédoises par an dans la région de Södermanland, soit l'équivalent de 50 € par an). Toutefois, en règle générale, dans les systèmes anglais et suédois, le régulateur préfère conserver une prise en charge intégrale des aides techniques mises à la disposition des usagers, même si cela doit conduire à faire sortir du périmètre des aides techniques jugées moins prioritaires.

6.2. La prise en charge publique des aides techniques dans un système sans régulation des prix (France et Belgique)

6.2.1. Une régulation qui porte sur les niveaux de remboursement

En France et en Belgique, la distribution des aides techniques est confiée à une multitude d'opérateurs dans le cadre d'un marché privé au sein duquel chacun d'entre eux vend des aides en fixant librement ses prix. La régulation ne porte pas sur les prix mais sur les niveaux de remboursement par le financeur public principal, Assurance maladie obligatoire dans le cas de la France, et respectivement Aviq et VSB pour la Wallonie et la Flandre. Chaque pays a mis en place une liste positive d'aides techniques pour laquelle des niveaux de remboursement ont été fixés par les pouvoirs publics au niveau régional ou national. Dans la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) en France, aucun prix limite de vente n'est fixé mais les distributeurs ont dans l'obligation de proposer des fauteuils roulants au tarif de la Sécurité sociale. Un tarif de responsabilité sert de base de remboursement pour l'aide technique (par l'Assurance maladie et la PCH), avec un prix réel souvent déconnecté de ce tarif. Le 100 % santé auditif a introduit en 2019 un prix limite de vente pour les aides auditives du panier 100 % santé (950 €), tandis que les aides hors périmètre du 100 % santé restent sans limite de prix de vente. Les prix des scooters pour personnes à mobilité réduite sont également encadrés par des prix limites de vente négociés entre le Comité économique des produits de santé (CEPS), les fabricants et les Prestataires de services et distributeurs de matériel (PSDM). Hormis ces deux exceptions, le système français ne propose pas de prix limite de vente pour les autres aides techniques.

En Belgique également, pour les différentes aides techniques, il existe dans chaque région une liste positive des produits pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Comme en France, chaque aide est associée à un tarif de responsabilité qui est utilisé comme base de remboursement. Pour les fauteuils roulants, dont le financement a basculé au niveau régional depuis 2019, chacune des deux principales régions (Flandre et Wallonie) dispose désormais de sa propre liste positive dans laquelle chaque fauteuil roulant est associé à une base de remboursement. La liste wallonne est une réplique de l'ancienne liste qui prévalait à l'échelon national, tandis que la liste flamande a été entièrement remaniée. Les montants des remboursements sont actualisés pour tenir compte de l'inflation. Mais les prix pratiqués par les opérateurs privés qui assurent la distribution des aides techniques en Belgique ne sont pas contraints de s'aligner sur ces montants de remboursement.

6.2.2. Une distribution confiée à une multitude d'acteurs privés qui peuvent pratiquer des prix libres et occasionner des restes à charge pour l'utilisateur

En France et en Belgique, la distribution des aides techniques est confiée à une multitude d'acteurs privés qui pratiquent des prix libres. En France, pour les fauteuils roulants, la seule protection financière garantie par le système de santé renvoie à l'obligation de fournir un fauteuil manuel ou électrique au tarif du remboursement de l'Assurance maladie. D'autres fauteuils peuvent bénéficier du même tarif de remboursement mais en affichant des prix nettement plus élevés. Dans ce type de configuration, le régulateur se trouve à arbitrer entre deux objectifs non conciliables, celui de la réduction de la dépense publique et de la minimisation du reste à charge de l'utilisateur : le premier objectif impliquerait de diminuer les plafonds de remboursement, mais reviendrait à faire supporter à l'utilisateur un reste à charge supplémentaire. En France, l'absence de revalorisation du tarif de la Liste des produits et prestations (LPP), prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire et la PCH depuis plus de vingt ans, montre que le choix du régulateur a jusqu'ici consisté davantage à chercher à limiter la dépense publique en déplaçant les coûts sur les autres financeurs et en dernier lieu sur l'utilisateur, qui peut endosser des restes à charge élevés.

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

6. Résultats : comparaison des prix et des restes à charge

Irdes - décembre 2025

Pour analyser l'impact de la régulation des prix des aides techniques sur les dépenses publiques et les restes à charge, nous détaillons dans la section suivante la méthodologie qui a été appliquée.

6.3. Méthodologie de comparaison des dépenses publiques et des restes à charge dans les deux systèmes

Chaque pays est comparé aux autres selon deux axes d'analyse : celui de la dépense publique définie par les montants publics investis pour chaque aide technique et celui du reste à charge de l'utilisateur. L'objectif de la comparaison est de quantifier l'impact d'une régulation des prix des aides techniques sur ces deux indicateurs, la dépense publique et le reste à charge individuel de l'utilisateur.

6.3.1. Une comparaison basée sur les dépenses publiques

En France et en Belgique, les prix des aides techniques sont des prix de marché puisque la distribution est confiée à une multitude d'acteurs privés. Pour autant, une partie de ces prix est couverte par des financements publics : par exemple, en France, l'Assurance maladie obligatoire puis la PCH participent à la prise en charge financière des fauteuils roulants. Au contraire, en Suède et au Royaume-Uni, les prix affichés par les régulateurs publics historiques en charge de la distribution des aides techniques sont entièrement publics puisqu'ils correspondent exactement aux prix payés par l'acheteur public auprès des fournisseurs privés dans le cadre d'appels d'offre.

Les dépenses publiques associées à la distribution des aides techniques peuvent prendre différentes formes selon les pays et nous proposons de les comparer. Pour la Suède et le Royaume-Uni, nous récupérons les informations relatives aux prix payés par les acheteurs publics, soit chaque région pour la Suède et les prix négociés par le NHS au Royaume-Uni. S'agissant de la France et de la Belgique, nous utilisons les informations sur les remboursements publics des aides, qui matérialisent les montants publics investis pour chaque aide technique. En Belgique, le financeur public est unique – qu'il soit situé au niveau national (Inami) ou régional – tandis qu'en France il convient d'en considérer plusieurs : Assurance maladie obligatoire, PCH, financements extra-légaux pour les aides techniques les plus coûteuses comme les fauteuils électriques verticalisateurs. Ainsi, pour chaque pays et chaque type d'aides techniques, nous allons comparer le montant dépensé par le financeur public pour la fourniture d'une aide technique spécifique.

En France, les Fonds départementaux de compensation (FDC) peuvent également intervenir pour limiter les restes à charge des usagers. En toute rigueur, la comparaison des dépenses publiques entreprise dans cette étude devrait donc intégrer l'étage de financement assuré par les fonds de compensation. Toutefois, il existe une variabilité très forte des règles mises en œuvre par chaque FDC. Cette variabilité s'exprime tant au niveau des ressources collectées par le fonds – le nombre de financeurs et le montant de leur participation peuvent fluctuer très fortement selon les départements – qu'au niveau des règles d'attribution propres à chaque fonds (périmètre des aides techniques éligibles au financement, existence ou non de conditions de ressources conditionnant l'accès au financement du fonds de compensation...). Ces financements extra-légaux sont principalement mobilisés pour les aides techniques les plus coûteuses, telles que les fauteuils électriques verticalisateurs. Nous n'avons pas pu intégrer l'intervention des fonds de compensation départementaux dans le calcul des restes à charge finaux des fauteuils roulants les plus coûteux. Dans les autres pays

étudiés, notamment la Belgique et l'Angleterre, les assurances privées ne prennent pas du tout en charge les aides techniques, ainsi le reste à charge est bien le reste à charge final pour cette étude.

6.3.2. Une comparaison qui neutralise les différences de niveaux de vie entre pays

Par ailleurs, pour tenir compte des différences de niveaux de vie entre pays, les prix de chaque pays ont été recalculés en tenant compte des indices de pouvoir d'achat de l'OCDE 2022.

6.3.3. Une comparaison qui neutralise les différences de qualité des aides techniques

Les caractéristiques et les fonctionnalités des aides techniques peuvent varier de façon importante, même au sein d'une même catégorie (par exemple, les fauteuils roulants actifs). Pour neutraliser au maximum les différences qui peuvent exister entre ces aides, les informations sur les dépenses publiques et les restes à charge ont été recueillies dans la mesure du possible pour les mêmes modèles d'aides techniques dans tous les pays interrogés, et aux mêmes dates (lorsque l'information était disponible).

6.4. Résultats de la comparaison des prix publics et des restes à charge

6.4.1. Comparaison des dépenses publiques et des restes à charge pour les fauteuils roulants

Des prix d'achat pour les fauteuils roulants manuels de base plus faibles dans les systèmes de mise à disposition

Tous les pays proposent une solvabilisation publique intégrale des fauteuils roulants manuels de base. En France, il existe toutefois un ticket modérateur pour l'assuré, mais qui est pris en charge dès lors que celui-ci bénéficie d'une exonération de ce ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une pension d'invalidité, ce qui représente le cas le plus fréquent pour les usagers de fauteuils roulants. La dépense publique par fauteuil roulant manuel de base est plus faible dans les systèmes publics (autour de 370 € en Suède et en Angleterre) que sur les marchés privés qui solvabilisent la demande par des montants fixes de remboursement (573 € et 620 € en France et 772 € et 798 € en Belgique) [Tableau 9, p. 66]. Les prix obtenus dans les appels d'offre anglais et suédois ne tiennent pas compte du coût du stockage, de l'entretien et de la mise à disposition des fauteuils. En outre, les prix obtenus dans les appels d'offre varient fortement en Suède, compte tenu des volumes de commandes variables selon les régions.

En Suède et en Angleterre, un marché existe aussi pour ces fauteuils d'entrée de gamme, qui permet surtout aux usagers d'obtenir leur fauteuil plus rapidement qu'en passant par le centre public de mise à disposition où les délais d'attente peuvent être longs. Dans les deux pays, un système de bon d'achat (*voucher*) permet d'alléger le reste à charge des usagers qui se rendent sur le marché privé. En Angleterre, ce *voucher* est national et son montant correspond au budget qui aurait été dépensé par le NHS pour fournir un fauteuil correspondant aux besoins de l'utilisateur. En Suède, le *voucher* mis en place n'a été déployé à l'origine que dans trois régions (Stockholm, Kronoberg et Södermanland). La diffusion du dispositif a été très modeste dans chacune des régions (50-60 cas par an, soit moins de 1 % des fauteuils roulants prescrits), ce qui a conduit la région de Södermanland à renoncer à

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

6. Résultats : comparaison des prix et des restes à charge

Irdes - décembre 2025

Tableau 9 Comparaison des dépenses publiques et des restes à charge consacrés aux fauteuils roulants manuels de base selon les pays/régions

FAUTEUILS ROULANTS MANUELS DE BASE								
Marchés privés (pas de régulation des prix)				Marchés publics (régulation des prix par appel d'offre)				
Modèle de référence	France	Belgique (Flandre)	Belgique (Wallonie)	Suède (région de Stockholm)	Suède (région de Scanie)	Suède (région de Södermanland)	Suède (région de Norrbotten)	Angleterre (NHS)
INVACARE Action 3 NG	573 € Rac : 0 €	772 € 0 €	Prix marché privé/Rac : 970 €	220 € ^a PANTHERA S3 0 €	424 € ETAC Cross 6 0 €	370 € EXIGO Sunrise 0 €	513 € ETAC Cross 0 €	370 € SUNRISE Rubix 0 €
VERMEIREN V500	620 € 0 €	772 € 0 €	798 € 0 €	Prix marché privé/Rac : 1 200 € Pas de voucher	Prix marché privé/Rac : 1 200 € Libre choix ne s'applique pas aux fauteuils roulants	Prix marché privé/Rac : 1 200 € Libre choix supprimé depuis 2020	Prix marché privé/Rac : 1 200 € Pas de libre choix	Non référencé ni dans l'offre publique ni sur le marché privé
SUNRISE MEDICAL Style X Ultra	573 € 0 €	Prix marché privé/Rac : 945 €	Prix marché privé/Rac : 970 €	Prix marché privé/Rac : 800 € Pas de voucher	Prix marché privé/Rac : 800 € Libre choix ne s'applique pas aux fauteuils roulants	Prix marché privé/Rac : 800 € Libre choix supprimé depuis 2020	Prix marché privé/Rac : 800 € Pas de libre choix	Prix marché privé : 1 020 € Voucher estimé : 370 € Rac : 650 €

^a Pour la région de Stockholm et pour le modèle équivalent à Invacare Action 3 NG, le prix obtenu ne concerne que le châssis, les roues et le dossier, les autres accessoires étant achetés séparément par la région. Ce prix n'est donc pas directement comparable aux prix renseignés par les autres régions suédoises, qui concernent des fauteuils entiers.

Lecture : La France dépense 573 € pour distribuer un fauteuil roulant correspondant au modèle Invacare Action 3 NG, tandis que la Flandre dépense 772 € pour ce même fauteuil. Dans les deux cas, le reste à charge de l'utilisateur est nul.

Notes

N1. Pour la France, nous faisons l'hypothèse que l'utilisateur bénéficie d'un taux de prise en charge de 100 % pour calculer la participation publique, alors qu'un taux de prise en charge de 60 % peut aussi s'appliquer si l'utilisateur ne bénéficie pas d'une exonération du ticket modérateur (au titre d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une pension d'invalidité).

N2. Les chiffres des dépenses publiques sont tous convertis de la monnaie nationale en € et prennent aussi en considération les différences de niveaux de vie entre pays neutralisées avec les indices de pouvoir d'achat de l'OCDE 2022 : France (92), Belgique (95), Royaume-Uni (105), Suède (108). Source : OCDE 2022. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CPL#>.

N3. Tous les modèles entre parenthèses dans le tableau sont des équivalents du modèle de référence.

Sources

France : monfauteuilroulant.com et tarifs LPP, données 2023 ; **Belgique (Flandre) :** *Productenlijst mobiliteitshulpmiddelen*, Liste des aides à la mobilité (24/05/2023) ; **Belgique (Wallonie) :** <https://nomenwal.aviq.be/> (mai 2023) ; **Suède (Stockholm) :** Unités de fourniture d'aides techniques *Hjälpmedel Stockholm* et *KommSyn* (octobre 2022) ; **Suède (Södermanland) :** Annelie Söderbäck (chef de section d'un centre d'aides techniques de Sörmland) (juin 2023) ; **Suède (Norrbotten) :** Eva-Marie Fellermark, chef d'unité d'un service d'aides techniques, juin 2023 ; Angleterre (NHS) : Nathan Robson (AJM Healthcare [avril 2023]).

cette politique en 2020. En outre, à Stockholm, le *voucher* ne s'applique pas à l'acquisition des fauteuils roulants manuels de base. Pour ces derniers, la politique du « Libre choix » a été très peu diffusée, alors qu'elle a été un succès pour les aides auditives dans les deux régions qui l'ont mis en place. La communication a été moins active pour le dispositif concernant les fauteuils roulants et les réticences, de la part des usagers, à endosser la responsabilité de choisir un fauteuil roulant ont été réelles. Le bon d'achat a mieux fonctionné en Suède pour les aides auditives, car les files d'attente pour s'équiper d'un appareil auditif dans le système public ont fortement incité les usagers à se tourner vers le marché privé.

En France, un financement public des fauteuils roulants actifs en retrait par rapport aux autres pays

Les fauteuils roulants actifs combinent généralement une plus grande légèreté et une meilleure maniabilité que les fauteuils roulants manuels de base. En France, pour les modèles d'entrée de gamme pris en exemple, les prix s'établissent entre 1 500 € et 1 800 €, tandis qu'ils évoluent entre 8 000 € et 11 000 € pour les modèles haut de gamme. Avant la future réforme de prise en charge intégrale des fauteuils roulants annoncée, la France est le seul des quatre pays étudiés qui ne proposent aucun fauteuil roulant actif intégralement pris en charge, y compris en entrée de gamme. Le NHS, ainsi que les régions suédoises, proposent au moins un fauteuil roulant actif d'entrée de gamme sans reste à charge (Tableau 10, p. 68). En Belgique, les forfaits de remboursement élevés – 2 616 € en Flandre et 2 598 € en Wallonie – permettent de solvabiliser une offre importante de fauteuils roulants actifs d'entrée de gamme, ce qui a pour conséquence un prix de vente plus élevé en Belgique qu'en France pour les mêmes modèles, calqué sur le tarif de remboursement. Sur un panier de 30 fauteuils roulants actifs diffusés en France et en Belgique, 40 % de ces fauteuils sont disponibles sans reste à charge en Wallonie, tandis que 33 % le sont en Flandre. En France, le remboursement – au maximum 1 146 € avec l'intervention de la PCH – est trop faible pour assurer un reste à charge nul aux usagers de fauteuils roulants actifs. Les usagers anglais et suédois qui souhaitent bénéficier d'une offre élargie de fauteuils actifs d'entrée de gamme peuvent se rendre sur le marché privé mais le *voucher*, d'un niveau trop faible en Angleterre et de diffusion trop limitée en Suède, ne permet pas de réduire significativement les restes à charge.

Les fauteuils roulants actifs haut de gamme sont en revanche mal solvabilisés dans l'ensemble des pays, exception faite de deux régions suédoises (Scanie et Södermanland) qui mettent à disposition au moins un modèle haut de gamme sans reste à charge. Pour ces modèles à 8 000 € environ sur le marché privé, les restes à charge sont très élevés sur les marchés privés anglais et suédois car les montants des *vouchers* sont fixes. Le reste à charge est aussi élevé en France, environ 7 500 €, compte tenu du montant limité du remboursement, de 1 146 €. En Belgique, lorsqu'il y a une prise en charge, le reste à charge est légèrement plus faible mais toujours conséquent, autour de 5 000 €. Pour les fauteuils roulants exclus de la liste de remboursement, le reste à charge est supérieur à celui de la France (8 000 €). La comparaison des tarifs des fauteuils en Belgique et en France, deux systèmes relativement comparables, semble mettre en évidence un effet d'aubaine pour les vendeurs en Belgique pour les fauteuils actifs d'entrée de gamme. Ces fauteuils ont des tarifs alignés sur le remboursement de l'assurance maladie belge, sans reste à charge pour les usagers. En France, les mêmes fauteuils, moins bien remboursés qu'en Belgique, ont des tarifs plus bas tout en laissant un reste à charge aux usagers. Pour les fauteuils actifs haut de gamme en revanche, pour lesquels les restes à charge sont élevés dans les deux pays, les usagers font jouer la concurrence entre les vendeurs et les tarifs sont similaires dans les deux pays.

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

6. Résultats : comparaison des prix et des restes à charge

Irdes - décembre 2025

Tableau 10 Comparaison des dépenses publiques et des restes à charge consacrés aux fauteuils roulants actifs selon les pays/régions

FAUTEUILS ROULANTS ACTIFS								
Marchés privés (pas de régulation des prix)				Marchés publics (régulation des prix par appel d'offre)				
Modèle de référence	France	Belgique (Flandre)	Belgique (Wallonie)	Suède (région de Stockholm)	Suède (région de Scanie)	Suède (région de Södermanland)	Suède (région de Norrbotten)	Angleterre (NHS)
INVACARE Action 5 Rigid (entrée de gamme)	1 788 € 573 € Rac: 1 215 € ^a	2 616 € 2 616 € 0 €	Prix marché privé/Rac: 2 405 €	478 € 0 €	572 € 0 €	1 018 € PANTHERA S3 Sunrise 0 €	1 855 € PANTHERA 0 €	806 € 0 €
QUICKIE Life R (Entrée de gamme)	1 696 € 1 146 € ^b (AM: 573 €, PCH: 573 €) 550 € ^b	2 616 € 2 616 € 0 €	Prix marché privé/Rac: 2 875 €	1 800 € Voucher: 1 100 € 700 €	1 579 € 0 €	Prix marché privé/Rac: 1 800 € Libre choix supprimé depuis 2020	Prix marché privé/Rac: 1 800 € Pas de libre choix	2 300 € Voucher estimé: 806 € 1 494 €
PANTHERA X (Haut de gamme)	8 617 € 1 146 € (AM: 573 €, PCH: 573 €) 7 471 €	7 929 € 2 616 € 5 313 €	Prix marché privé/Rac: 7 929 €	8 000 € Voucher: 1 100 € 6 900 €	Prix non connu 0 €	Prix non connu 0 €	Prix marché privé/Rac: 8 000 € Pas de libre choix	8 067 € Voucher estimé: 806 € 7 261 €

^a Dépenses publiques et restes à charge en France après financements de l'Assurance maladie obligatoire seule.

^b Dépenses publiques et restes à charge en France après financement légaux (Assurance maladie obligatoire et Prestation de compensation du handicap).

Lecture : Le modèle Invacare Action 5 Rigid est disponible à 1 788 € en France et est remboursé à hauteur de 573 €, ce qui laisse à l'utilisateur un reste à charge de 1 215 €.

Notes

N1. Pour la France, nous faisons l'hypothèse que l'utilisateur bénéficie d'un taux de prise en charge de 100 % pour calculer la participation publique, alors qu'un taux de prise en charge de 60 % peut aussi s'appliquer si l'utilisateur ne bénéficie pas d'une exonération du ticket modérateur (au titre d'une affection de longue durée (ALD) ou au titre d'une pension d'invalidité).

N2. Les chiffres des dépenses publiques sont tous convertis de la monnaie nationale en € et prennent aussi en considération les différences de niveaux de vie entre pays neutralisées avec les indices de pouvoir d'achat de l'OCDE 2022 : France (92), Belgique (95), Royaume-Uni (105), Suède (108). Source : OCDE 2022. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CPL#>.

N3. Tous les modèles entre parenthèses dans le tableau sont des équivalents du modèle de référence.

Sources

France : monfauteuilroulant.com et tarifs LPP, données 2023 ; **Belgique (Flandre) :** *Productenlijst mobiliteitshulpmiddelen*, Liste des aides à la mobilité (24/05/2023) ; **Belgique (Wallonie) :** <https://nomenwal.aviq.be/> (mai 2023) ; **Suède (Stockholm) :** Unités de fourniture d'aides techniques *Hjälpmedel Stockholm* et *KommSyn* (octobre 2022) ; **Suède (Södermanland) :** Annelie Söderbäck (chef de section d'un centre d'aides techniques de Sörmland) (juin 2023) ; **Suède (Norrbotten) :** Eva-Marie Fellermark, chef d'unité d'un service d'aides techniques, juin 2023 ; **Angleterre (NHS) :** Nathan Robson (AJM Healthcare) (Avril 2023) ; **Angleterre privé :** bettermobility.co.uk

Une solvabilisation difficile des fauteuils électriques verticalisateurs haut de gamme dans la plupart des pays

Tous les pays, sauf l'Angleterre, proposent quelques fauteuils roulants électriques verticalisateurs d'entrée de gamme de 8 000 € à 12 000 € sans reste à charge. En revanche, pour les fauteuils roulants électriques verticalisateurs plus sophistiqués, l'accès est plus difficile.

En France et en Belgique, les prix de ces fauteuils roulants sont équivalents (autour de 25 000 €). En France, si les usagers mobilisent uniquement les financements légaux (Assurance maladie obligatoire et PCH) à hauteur de 10 657 € (5 328 € par l'Assurance maladie obligatoire et 5 328 € par la PCH), leurs restes à charge s'élèvent de 13 000 € à 15 000 € *versus* 8 000 € dans les régions belges (Tableau 11, p. 70). Toutefois, en France, tous les fauteuils roulants électriques verticalisateurs ont la même logique de prise en charge, alors qu'en Belgique, certains sont exclus du remboursement.

Pour ces fauteuils, l'utilisateur suédois ne peut compter que sur la mise à disposition publique par la région car il n'existe pas de marché privé dans cette catégorie. Sur les trois modèles pris en exemple, chaque région n'en référence qu'un seul, ce qui limite la liberté de choix de l'utilisateur, mais en contrepartie d'une contribution très modeste (entre 39 et 47 € par an). Compte tenu des achats groupés dans le cadre des appels d'offre, chaque région parvient à obtenir un fauteuil roulant électrique verticalisateur pour un coût compris entre 7 000 € et 11 000 €, soit un prix plus réduit que celui observé sur les marchés privés, notamment en France et en Belgique.

En Angleterre, le NHS ne met aucun fauteuil roulant électrique verticalisateur à disposition des usagers. L'accès par le marché privé est possible, mais le *voucher*, dont le montant maximal est de 910 €, ne permet pas de réduire suffisamment le reste à charge. Les usagers peuvent toutefois compter sur d'autres dispositifs pour financer leurs fauteuils roulants coûteux, d'autant plus que les tarifs du marché privé anglais sont supérieurs à ceux de la France ou de la Belgique.

Des cofinancements accessibles sous conditions pour les fauteuils roulants coûteux en Angleterre et en France

En Belgique et en Suède, il n'existe pas de financeur complémentaire en cas de reste à charge. En revanche, en plus du *voucher*, les usagers anglais insérés sur le marché du travail peuvent bénéficier du programme *Access to work* qui permet de financer tous les équipements nécessaires à la personne pour travailler. Cette source de financement inclut les fauteuils roulants, même coûteux, et le montant de prise en charge peut aller jusqu'à 71 000 € par usager et par an. Ce montant est financé à la fois par le ministère des Affaires sociales et du Travail anglais via le programme *Access to work* et par un fonds alimenté par les entreprises, dont la contribution financière est croissante avec leur taille. Si le programme permet d'assurer une solvabilisation intégrale de tous les fauteuils roulants existant sur le marché anglais, il n'est ouvert qu'aux personnes déjà en emploi.

En France, avant la réforme, pour financer les fauteuils dont la prise en charge n'est pas intégrale, les usagers peuvent aussi solliciter des financements complémentaires (Centre communal d'action sociale-CCAS, Agefiph, Fonds départemental de compensation...). Néanmoins, ces derniers sont soumis à conditions, sur critères sociaux, familiaux ou d'accès à l'emploi. Ces aides, potentiellement conséquentes, alimentent un système complexe et peu lisible (Denormandie et Chevalier, 2020). En outre, les financements départementaux sont très variables et peuvent conduire à des iniquités : les mêmes fauteuils roulants peuvent être solvabilisés différemment d'un lieu à un autre du territoire national. En France, le fau-

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

6. Résultats : comparaison des prix et des restes à charge

Irdes - décembre 2025

Tableau 11 Comparaison des dépenses publiques et des restes à charge consacrés aux fauteuils électriques verticalisateurs selon les pays/régions

FAUTEUILS ROULANTS ÉLECTRIQUES VERTICALISATEURS								
Marchés privés (pas de régulation des prix)				Marchés publics (régulation des prix par appel d'offre)				
Modèle de référence	France	Belgique (Flandre)	Belgique (Wallonie)	Suède (région de Stockholm)	Suède (région de Scanie)	Suède (région de Södermanland)	Suède (région de Norrbotten)	Angleterre (NHS)
FOREST 3 SU (entrée de gamme)	8 186 € 10 657 € ^a (AM : 5 328 €, PCH : 5 328 €) Rac : 0 €	8 463 € 8 463 € 0 €	8 211 € 8 211 € 0 €	Prix non connu 0 €	Prix non connu 0 €	Prix non connu 0 €	Prix non connu 0 €	Prix non connu Voucher estimé : 910 €
PERMOBIL F5 Corpus VS (Haut de gamme)	24 164 € 10 657 € ^a (AM : 5 328 €, PCH : 5 328 €) 13 507 € ^a	25 224 € 17 394 € 7 830 €	25 598 € 17 652 € 7 946 €	10 258 € 39 € par an	Non référencé ni dans l'offre publique ni sur le marché privé	10 867 € 47 € par an	Pas de libre choix	35 300 € Voucher estimé : 910 € 34 390 €
SUNRISE MEDICAL Q 700 UP M (Haut de gamme)	26 265 € 10 657 € ^a (AM : 5 328 €, PCH : 5 328 €) 15 608 € ^a	Prix marché privé/Rac : 24 740 €	Prix marché privé/Rac : 24 740 €	Non référencé ni dans l'offre publique ni sur le marché privé	7 154 € 39 € par an	Non référencé ni dans l'offre publique ni sur le marché privé	Pas de libre choix	31 140 € Voucher estimé : 910 € 30 230 €

^a Dépenses publiques et restes à charge en France après financement légaux (Assurance maladie obligatoire et Prestation de compensation du handicap).

Lecture : Le modèle Permobil F5 Corpus V5 est disponible à 24 164 € en France et est remboursé à hauteur de 10 657 €, ce qui laisse à l'utilisateur un reste à charge de 13 507 €.

Notes

N1. Pour la France, nous faisons l'hypothèse que l'utilisateur bénéficie d'un taux de prise en charge de 100 % pour calculer la participation publique, alors qu'un taux de prise en charge de 60 % peut aussi s'appliquer si l'utilisateur ne bénéficie pas d'une exonération du ticket modérateur (au titre d'une affection de longue durée (ALD) ou au titre d'une pension d'invalidité).

N2. Les chiffres des dépenses publiques sont tous convertis de la monnaie nationale en € et prennent aussi en considération les différences de niveaux de vie entre pays neutralisées avec les indices de pouvoir d'achat de l'OCDE 2022 : France (92), Belgique (95), Royaume-Uni (105), Suède (108). Source : OCDE 2022. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CPL#>.

N3. Tous les modèles entre parenthèses dans le tableau sont des équivalents du modèle de référence.

Sources

France : monfauteuilroulant.com et tarifs LPP, données 2023 ; **Belgique (Flandre) :** Productenlijst mobiliteitshulpmiddelen, Liste des aides à la mobilité (24/05/2023) ; **Belgique (Wallonie) :** <https://nomenwal.aviq.be/> (mai 2023) ; **Suède (Stockholm) :** Unités de fourniture d'aides techniques Hjälpmedel Stockholm et KommSyn (octobre 2022) ; **Suède (Södermanland) :** Annelie Söderbäck (chef de section d'un centre d'aides techniques de Sörmland) (juin 2023) ; **Suède (Norrbotten) :** Eva-Marie Fellermark, chef d'unité d'un service d'aides techniques, juin 2023 ; **Angleterre (NHS) :** Nathan Robson (AJM Healthcare) (Avril 2023) ; **Angleterre privé :** bettermobility.co.uk

teuil roulant étant remboursable par l'Assurance maladie, les usagers qui bénéficient d'une complémentaire santé peuvent bénéficier d'un remboursement complémentaire en supplément des autres financements mobilisés. Cependant, les informations sur la prise en charge effective des fauteuils roulants par les assurances complémentaires ne sont pas connues, mais ce financement est probablement d'ampleur modeste¹⁴. En effet, compte tenu des tarifs élevés des fauteuils roulants les plus onéreux, si un assureur proposait des garanties élevées, il ferait face à un important problème d'antisélection. Le contrat attirerait des personnes ayant des besoins spécifiques et l'équilibre économique du contrat serait en péril. Ainsi, les organismes complémentaires (Denormandie et Chevalier, 2020) mettent en avant des possibilités de financement *via* leur action sociale plutôt que *via* les garanties offertes. La complémentaire santé solidaire prévoit seulement la prise en charge du ticket modérateur.

6.4.2. Comparaison des prix et des restes à charge des aides auditives

Un panier français 100 % audiologie entièrement solvabilisé et plus diversifié que les offres publiques suédoises et anglaises

Les prises en charge française et belge, qui incluent à la fois la fourniture de l'appareil auditif et les visites de réglage de l'appareil pendant quatre ans peuvent être comparées directement (Tableau 12, p. 72) car les modalités de financement sont comparables. Pour comparer avec les prix suédois et anglais, en raison de modalités de financement très différentes, il faudrait ajouter au coût de l'appareil issu de l'appel d'offre le coût des visites de réglage, qui sont incluses dans les forfaits de remboursement français et belges. Ces informations sur le coût des visites ont pu être obtenues pour l'Angleterre ; en revanche, en Suède, seuls les prix payés par les régions pour les aides auditives dans le cadre des appels d'offres régionaux ont pu être récoltés, et il n'a pas été possible d'obtenir des informations sur le coût complet de fourniture des appareils en incluant les visites de réglage. Ainsi, la dépense publique anglaise couvrant le prix de la prothèse et l'accompagnement s'établit pour la première année à 417 € en 2018 (Tableau 12, p. 72) pour des appareils de gamme inférieure aux appareils accessibles dans le cadre du 100 % santé français.

Ce coût du parcours anglais évalué à 417 € en 2018 (et en parité de pouvoir d'achat avec la France) correspond à une base annuelle et couvre les postes de dépense suivants :

	En €
Coût moyen d'une prothèse (à multiplier par 2)	78
Visites et diagnostics	
Médecin généraliste	41
Bilan audiologique	60
Pose des aides	80
1 ^{er} suivi	50
Suivi	30
Coût complet annuel	417

Toutefois, en France, un appareil peut être changé au bout de quatre ans et en Angleterre au bout de trois ans. Pour un cycle de trois ans, l'annexe N du rapport du Nice de 2018

¹⁴ Dans l'enquête de la Drees auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé, une question sur les remboursements des fauteuils roulants a été ajoutée dans la dernière enquête portant sur l'année 2023. Les résultats ne sont pas encore disponibles. Précédemment, les seuls résultats connus avaient été publiés à l'occasion de la toute première enquête, qui portait sur l'année 2002 (Martin-Houssart *et al.*, 2005) et qui illustre les remboursements globalement limités des organismes complémentaires.

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

6. Résultats : comparaison des prix et des restes à charge

Irdes - décembre 2025

Tableau 12 Comparaison de la solvabilisation publique et des restes à charge consacrés aux aides auditives selon les pays/régions

Appareils correspondant au 100 % santé audiology en France

AIDES AUDITIVES						
Marchés privés (pas de régulation des prix)			Marchés publics (régulation des prix par appel d'offre)			
Type d'aide auditive	Modèle de référence	France ^a	Belgique ^a (Wallonie)	Suède ^b (région de Stockholm)	Suède ^b (région de Scanie)	Angleterre ^a (NHS)
RIC (micro contour d'oreille)	OTICON Siya RIC	1033 € Rac : 0 €	1 395 € (Prix conseillé)	134 € BERNAFON Zerena 5 Minirite 67 €	126 € BERNAFON Alpha 9 Minirite 95 €	1 000 €
CIC/IIC/ITE (intra auriculaire)	SIGNIA Silk 3NX	1033 € Rac : 0 €	1 395 € (Prix conseillé)	166 € BERNAFON Zerena 5 Custom 67 €	126 € BERNAFON Alpha 9 95 €	1 450 €
BTE (Contour)	FHONAK B30 P	1033 € Rac : 0 €	903 € Rac : 492 € (Prix conseillé : 1 395 €)	166 € BERNAFON Zerena 5 BTE 67 €	126 € BERNAFON Alpha 9 MNB 95 €	50 € (coût complet avec suivi d'un an : 417 € ; de trois ans : 632 €) 0 €

^a En France, Belgique et Angleterre, la dépense inclut le prix de l'appareil auditif et le suivi dans le cadre du parcours de soins de l'utilisateur pendant quatre ans.

^b En Suède, la dépense n'inclut que le prix de l'appareil auditif.

Notes

N1. Tous les modèles aux côtés des prix du tableau sont des équivalents du modèle de référence.

N2. Les chiffres en gras noirs et orange correspondent aux dépenses en € après avoir pris en considération les différences de niveaux de vie entre pays neutralisées avec les indices de pouvoir d'achat de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2022.

N3. Indice pouvoir d'achat 2022 : France (92), Belgique (95), Royaume-Uni (105), Suède (108). Source : OCDE, 2022. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CPL>

Sources

France : Plusieurs sites Internet consultés en 2022 : Laboratoires-unisson.com ; vivason.fr ; ideal-audition.fr ; **Belgique :** Véronique Monteyne (Louvain) en novembre 2021 et Marie Baeckelandt en octobre 2023 (prix recommandés). Source restes à charge : Inami ; **Suède (Stockholm) :** Informations fournies par les unités de fourniture d'aides techniques Hjälpmedel Stockholm et KommSyn (prix des derniers appels d'offre récoltés en octobre 2022). Sites : Vardgivarguiden.se ; kommsyn.se ; **Suède (Scanie) :** horsellinjen.se ; vardgivar.se ; **Suède (Södermanland) :** Annelie Söderbäck (chef de section d'un centre d'aides techniques de Sörmland) (prix des derniers appels d'offres récoltés en juin 2023) ; **Angleterre (NHS) :** Adrian Davis (prix des derniers appels d'offres récoltés en avril 2023) ; **Angleterre (marché privé) :** uk-hearing.co.uk consulté en mai 2023.

mentionne un total de 567 £ (deux aides auditives, évaluations, pose des aides, ajustement, suivi), soit en 2018 un **coût de 632 € pour trois ans** en tenant compte de la parité de pouvoir d'achat.

En outre, la structure de distribution est également très différente entre la France et l'Angleterre : en 2006, en Angleterre, on dénombrait environ 1500 points de distribution des audioprothèses alors qu'il en existait déjà trois fois plus en France (4 500). En France, le réseau est composé de 8 000 distributeurs en 2025 (donnée non disponible pour l'Angleterre). Une partie de l'écart de coût entre l'Angleterre et la France s'explique donc par le coût de distribution, plus élevé en France, ce qui permet en contrepartie un accès plus rapide aux audioprothèses en France, alors qu'il existe un délai d'attente en Angleterre.

Le NHS finance uniquement des appareils contours d'oreille, plus visibles que les micro-contours d'oreille (RIC) ou les intra-auriculaires (CIC et IIC) mais qui compensent un large spectre de pertes d'audition, de légères à sévères et même profondes pour les plus puissants. Les contours d'oreille sont aussi plus robustes et ergonomiques que les intra-auriculaires. Le choix du NHS de centrer les commandes sur ces appareils est donc pragmatique, même s'il ne répond pas à la demande « esthétique » de la population, qui préfère des appareils plus discrets.

Le marché public suédois est en revanche plus ouvert que le marché public anglais car il référence à la fois des appareils contours d'oreille et des intra-auriculaires, même si nos interlocuteurs nous ont confirmé qu'il s'agissait d'appareils de l'avant-dernière génération. En comparaison, les marchés français et belge permettent d'accéder à tous les types d'aides auditives, contours d'oreille, intra-auriculaires, ou micro-contours d'oreille, y compris dans le cadre d'une prise en charge intégrale. En revanche, les aides auditives entièrement prises en charge par le NHS ne sont pas rechargeables comme celles du panier 100 % santé français. La qualité des aides disponibles en Angleterre s'est améliorée ces dernières années, mais les appels d'offre du NHS n'incluent toujours pas les appareils les plus discrets, comme les intra-auriculaires. Ceux-ci ne sont certes pas adaptés à toutes les pertes auditives – uniquement légères et moyennes – et disposent de peu d'options, mais leur discrétion est susceptible de favoriser leur utilisation, ce qui peut induire des effets positifs sur la santé des usagers concernés.

Sur ce premier niveau du marché, la qualité des paniers français et belge est équivalente, au niveau de l'offre de milieu de gamme d'il y a cinq ans. La qualité du panier public suédois est inférieure à celle des paniers privés français et belges, mais supérieure à celle du panier public anglais.

Pour les aides de gammes supérieures, la solvabilisation de la demande repose en France sur le niveau de garantie de la couverture complémentaire

En France, les prix des aides auditives hors panier 100 % santé audiologie demeurent libres. Sur ce panier libre choisi par 60 % des usagers français (Drees, 2024), la solvabilisation de la dépense s'appuie sur le financement de l'Assurance maladie obligatoire (60 % de 400 €, soit 240 €) complété par le remboursement de la complémentaire santé qui comprend au minimum le ticket modérateur, soit 160 €, ce qui permet de constituer un socle minimal de prise en charge de 400 €. Ce socle est plus important qu'auparavant compte tenu du doublement de la base de remboursement.

Pour ces types d'aides, la situation française semble la plus favorable si on compare l'ensemble des marchés privés (Tableau 13, p. 75), car même si la solvabilisation de la

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

6. Résultats : comparaison des prix et des restes à charge

Irdes - décembre 2025

dépense est plus importante en Belgique qu'en France (dans le cas de la seule prise en charge du ticket modérateur par la complémentaire santé), le prix de vente des aides auditives en Belgique est beaucoup plus élevé¹⁵ sur l'ensemble du marché, entraînant un reste à charge plus important pour les usagers belges. Ainsi, le modèle Starkey Muse iQ est associé à un reste à charge maximal de 750 € en France, 1 465 € en Belgique, 1 670 € en Angleterre sur le marché privé et entre 1 800 et 2 000 € en Suède sur le marché privé selon les régions (Tableau 14, p. 76).

Même si des *vouchers* sont proposés aux usagers à Stockholm et en Scanie pour obtenir des aides sur le marché privé, leur montant couvre à peine 10 % du prix à acquitter, ce qui laisse d'importants restes à charge. Le système de *voucher* ou de « Libre choix » introduit en Suède, qui octroie aux usagers qui le souhaitent un chèque pour acheter leur aide auditive sur le marché privé, a rencontré un vif succès dans les rares régions qui l'ont mis en œuvre (Stockholm et Scanie, deux régions sur 21). Dans la région de Stockholm, 93 % des prescriptions d'appareils auditifs se font par le « Libre choix ». Ce système illustre les limites du système traditionnel de mise à disposition des aides techniques, moins diversifié que dans le secteur privé et, surtout, caractérisé par d'importantes files d'attente (de trois mois à deux ans selon les régions). Dans la région de Stockholm comme en Scanie, celles-ci ont disparu grâce au système de « Libre choix » au tournant des années 2009-2010. Toutefois, compte tenu de la faible diffusion de ce système, limitée à deux régions, ainsi que du manque d'encadrement, le bilan à l'échelle de la Suède demeure mitigé.

En Angleterre, le NHS ne propose aucune aide de milieu ou haut de gamme. De plus, au contraire de la Suède, le marché privé s'est développé, mais sans l'appui d'un système de *voucher*. Les personnes qui achètent sur ce marché bénéficient d'appareils sophistiqués mais acquittent un prix entre 2 000 et 2 200 € pour les appareils des classes moyennes et supérieures pris en exemple, sans aucune prise en charge publique (Tableaux 13 et 14, p. 75 et 76).

En revanche, lorsque les aides auditives de gamme moyenne et supérieure sont référencées en Suède, les restes à charge sont équivalents au prix d'une consultation. Cette prise en charge quasi intégrale par les systèmes publics est permise car les opérateurs publics parviennent à acheter les prothèses auditives à des prix très faibles dans le cadre des appels d'offre. Les régions suédoises payent les aides auditives de gamme moyenne entre 110 € et 130 € pour les modèles pris en exemple et entre 110 € et 150 € pour les aides auditives de gamme supérieure (Tableaux 13 et 14, p. 75 et 76). Toutefois, le nombre de références proposées est concentré sur un petit nombre de modèles, au détriment d'une liberté de choix. Le régulateur cible ainsi des besoins « standards » au détriment de besoins spécifiques, ce qui interroge en termes d'équité d'accès pour les personnes ayant des besoins non couverts par l'offre proposée en routine.

Pour ces modèles (hors du 100 % santé) mis gratuitement à disposition en Suède, les restes à charge en France, pour les mêmes modèles, peuvent apparaître conséquents lorsque la couverture complémentaire de l'assuré ne prend en charge que le ticket modérateur. Les complémentaires santé peuvent toutefois être plus généreuses dans leur prise en charge des audioprothèses. Si les contrats collectifs sont les plus couvrants pour les audioprothèses, ils ne concernent cependant que 10 % des bénéficiaires de plus de 65 ans, ces derniers étant pourtant les plus concernés par les acquisitions d'aides auditives. Les usagers de plus de 65 ans sont le plus souvent couverts par des contrats individuels assortis de garanties infé-

¹⁵ D'une part, les marges pratiquées par les audioprothésistes belges sont plus élevées, et les volumes commandés plus faibles par rapport à leurs homologues français.

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

6. Résultats : comparaison des prix et des restes à charge

Irdes - décembre 2025

Tableau 13 Comparaison de la solvabilisation publique et des restes à charge consacrés aux aides auditives selon les pays/régions. Appareils de gamme supérieure

AIDES AUDITIVES DE GAMME SUPÉRIEURE								
Marchés privés (pas de régulation des prix)				Marchés publics (régulation des prix par appel d'offre)				
Type d'aide auditive	Modèle de référence	France ^a	Belgique ^a	Suède ^b (région de Stockholm)	Suède ^b (région de Scanie)	Suède ^b (région de Södermanland)	Suède ^b (région de Norrbotten)	Angleterre ^a (NHS)
RIC (micro contour d'oreille)	PHONAK Audéo Paradise 90R	435 €^c	903 €	143 €	126 €	126 €	144 €	1 969 €
		Rac : 1 076 € ^c PPC : 1 511 €	Rac : 1 950 € PPC : 2 853 €	SIGNIA Charge & Go 7X 67 €	SIGNIA Charge & Go 7X 95 €	103 €	63 €	
CIC/IIC/ITE (intra auriculaire)	WIDEX Moment 440 CIC	435 €^c	Prix conseillé : 2 853 €	176 €	126 €	PMO : 2 040 €	108 €	2 008 €
		Rac : 1 130 € ^c PPC : 1 565 €		67 €	95 €	Pas de Voucher	63 €	
BTE (Contour)	STARKEY Livio AI 2400 BTE	435 €^c	Prix conseillé : 2 368 €	176 €	126 €	PMO : 2 040 €	128 €	111 € <i>(version dégradée, non rechargeable)</i>
		Rac : 1 076 € ^c PPC : 1 511 €		WIDEX Moment BTE 67 €	WIDEX Moment BTE 95 €	Pas de Voucher	RESOUND Omnia RU977 DWC 63 €	

^a En France, Belgique et Angleterre, la dépense inclut le prix de l'appareil auditif et le suivi dans le cadre du parcours de soins de l'utilisateur pendant quatre ans.

^b En Suède, la dépense n'inclut que le prix de l'appareil auditif. Le prix privé indiqué à plusieurs endroits correspond au prix de l'appareil auditif le plus cher du marché, appartenant à la classe 3, sans précision sur le modèle.

^c Financement public de 240 € par l'Assurance maladie obligatoire et prise en charge minimale du ticket modérateur par la couverture complémentaire (soit 160 €), pour un montant total de 400 €, soit 435 € en tenant compte de la parité de pouvoir d'achat. Il s'agit d'un scénario de remboursement minimal par la couverture complémentaire.

Notes

N1. Tous les modèles aux côtés des prix du tableau sont des équivalents du modèle de référence.

N2. Les chiffres en gras correspondent aux dépenses en € après avoir pris en considération les différences de niveaux de vie entre pays neutralisées avec les indices de pouvoir d'achat de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2022.

N3. Indice pouvoir d'achat 2022 : France (92), Belgique (95), Royaume-Uni (105), Suède (108). Source : OCDE, 2022. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CPL>

Sources

France : Plusieurs sites Internet consultés en 2022 : Laboratoires-unisson.com ; vivason.fr ; ideal-audition.fr ; **Belgique :** Véronique Monteyne (Louvain) en novembre 2021 et Marie Baekelandt en octobre 2023 (prix recommandés). Source restes à charge : Inami ; **Suède (Stockholm) :** Informations fournies par les unités de fourniture d'aides techniques Hjälpmedel Stockholm et KommSyn (prix des derniers appels d'offre récoltés en octobre 2022). Sites : Vardgivarguiden.se ; kommsyn.se ; **Suède (Scanie) :** horsellinjen.se ; vardgivare.skane.se ; **Suède (Södermanland) :** Annelie Söderbäck (chef de section d'un centre d'aides techniques de Sörmland) [prix des derniers appels d'offres récoltés en juin 2023] ; **Angleterre (NHS) :** Adrian Davis (prix des derniers appels d'offres récoltés en avril 2023) ; **Angleterre (marché privé) :** uk-hearing.co.uk consulté en mai 2023.

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

6. Résultats : comparaison des prix et des restes à charge

Irdes - décembre 2025

Tableau 14 Comparaison de la solvabilisation publique et des restes à charge consacrés aux aides auditives selon les pays/régions. Appareils de gamme moyenne

AIDES AUDITIVES DE GAMME MOYENNE								
Marchés privés (pas de régulation des prix)				Marchés publics (régulation des prix par appel d'offre)				
Type d'aide auditive	Modèle de référence	France ^a	Belgique ^a	Suède ^b (région de Stockholm)	Suède ^b (région de Scanie)	Suède ^b (région de Södermanland)	Suède ^b (région de Norrbotten)	Angleterre ^a (NHS)
RIC (micro contour d'oreille)	OTICON More 2	435 €^c Rac : 744 €^c PPC : 1 179 €	Prix conseillé : 2 368 €	478 € 0 €	126 € PHONAK Audéo M90-RT 95 €	PMO : 2 040 € Pas de Voucher	111 € OTICON More 1 Minirite T 63 €	2 190 €
CIC/IIC/ITE (intra auriculaire)	STARKEY Muse iQ i2000	435 €^c Rac : 750 €^c PPC : 1 185 €	903 € Rac : 1 465 € PPC : 2 368 €	PMO : 2 040 € Voucher : 200 €	PMO : 2 100 € Voucher : 150 €	PMO : 2 040 € Pas de Voucher	112 € RESOUND Quattro 9 ITE 63 €	1 670 €
BTE (Contour)	SIGNIA Motion 5nx	435 €^c Rac : 858 €^c PPC : 1 293 €	Prix conseillé : 2 368 €	PMO : 2 040 € Voucher : 200 €	126 € SIGNIA Motion 13 7 Nx 95 €	PMO : 2 040 € Pas de Voucher	131 € SIGNIA Motion 7X 63 €	Information manquante

^a En France, Belgique et Angleterre, la dépense inclut le prix de l'appareil auditif et le suivi dans le cadre du parcours de soins de l'utilisateur pendant quatre ans.

^b En Suède, la dépense n'inclut que le prix de l'appareil auditif. Le prix privé indiqué à plusieurs endroits correspond au prix de l'appareil auditif le plus cher du marché, appartenant à la classe 3, sans précision sur le modèle.

^c Financement public de 240 € par l'Assurance maladie obligatoire et prise en charge minimale du ticket modérateur par la couverture complémentaire (soit 160 €), pour un montant total de 400 €, soit 435 € en tenant compte de la parité de pouvoir d'achat. Il s'agit d'un scénario de remboursement minimal par la couverture complémentaire.

Notes

N1. Tous les modèles aux côtés des prix du tableau sont des équivalents du modèle de référence.

N2. Les chiffres en gras correspondent aux dépenses en € après avoir pris en considération les différences de niveaux de vie entre pays neutralisées avec les indices de pouvoir d'achat de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2022.

N3. Indice pouvoir d'achat 2022 : France (92), Belgique (95), Royaume-Uni (105), Suède (108). Source : OCDE, 2022. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CPL>

Sources

France : Plusieurs sites Internet consultés en 2022 : Laboratoires-unisson.com ; vivason.fr ; ideal-audition.fr ; **Belgique :** Véronique Monteyne (Louvain) en novembre 2021 et Marie Baeckelandt en octobre 2023 (prix recommandés). Source restes à charge : Inami ; **Suède (Stockholm) :** Informations fournies par les unités de fourniture d'aides techniques Hjälpmedel Stockholm et KommSyn (prix des derniers appels d'offre récoltés en octobre 2022). Sites : Vardgivarguiden.se ; kommsyn.se ; **Suède (Scanie) :** horsellinjen.se ; vardgivare.skane.se ; **Suède (Södermanland) :** Annelie Söderbäck (chef de section d'un centre d'aides techniques de Sörmland) [prix des derniers appels d'offres récoltés en juin 2023] ; **Angleterre (NHS) :** Adrian Davis (prix des derniers appels d'offres récoltés en avril 2023) ; **Angleterre (marché privé) :** uk-hearing.co.uk consulté en mai 2023.

rieures de moitié à celles des bénéficiaires de contrats collectifs, ce qui représente une différence de prise en charge d'environ 800 € (Drees, 2024).

6.4.3. Comparaison des dépenses publiques et des restes à charge des aides visuelles

Les écarts de dépenses publiques entre pays sont moins élevés pour les aides visuelles, hormis toutefois dans la catégorie des téléagrandisseurs pour laquelle les dépenses suédoises sont plus de quatre fois plus faibles que celles qui prévalent en France. Dans cette catégorie, les régions suédoises garantissent les restes à charge les plus faibles à leurs usagers, correspondant au prix d'une consultation, soit l'équivalent de 20 € dans la région de Stockholm et 16 € dans la région de Södermanland (Tableaux 16 et 17, p. 78 et 79).

La France et la Belgique, des marchés privés sans régulation des prix, sont confrontés à des niveaux de prix très comparables dans chacune des catégories d'aide visuelle. L'absence de régulation des prix contraint les régulateurs à fixer des forfaits de remboursement élevés qui garantissent l'absence de restes à charge pour les plages Braille (2 800 € en France et 5 900 € en Belgique) et les lecteurs de livres Daisy (2 000 € en France et 3 000 € en Belgique) [Tableau 15]. La situation des usagers de ces deux pays est même plus enviable que celle des usagers de Södermanland qui sont confrontés à un faible reste à charge (8 € par an). La France et la Belgique font le choix de proposer ces forfaits élevés qui concernent une population cible réduite qui ne menace pas d'accroître excessivement les dépenses. Mais ces forfaits peuvent inciter les industriels à ajuster à la hausse leurs prix tant que ceux-ci demeurent couverts par le remboursement public. Les usagers de téléagrandisseurs sont en revanche exposés à des restes à charge qui demeurent conséquents malgré l'existence de forfaits de remboursements publics : jusqu'à 2 772 € en France et 713 € en Wallonie. C'est la seule catégorie d'aide visuelle dans laquelle les usagers français et wallons sont confrontés à des restes à charge (Tableaux 16 et 17, p. 78 et 79).

En revanche, le Royaume-Uni se distingue dans cette catégorie par une politique radicale : le NHS ne prend pas en charge les aides visuelles, ce qui contraint la majorité des usagers déficients visuels à se les procurer sur le marché privé, reportant l'intégralité du reste à charge sur l'utilisateur. Certains usagers peuvent se procurer des aides auprès des organisations caritatives de personnes déficientes visuelles, mais ce canal d'approvisionnement est loin d'être majoritaire.

L'avantage comparatif de la régulation des prix associée aux appels d'offre par rapport au libre jeu du marché des distributeurs privés semble être beaucoup plus réduit dans cette catégorie d'aides visuelles. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les volumes d'aides visuelles commandées par les régions suédoises ne sont pas suffisamment importants pour que les industriels consentent à accorder des prix plus compétitifs par rapport à ceux qui sont obtenus dans les systèmes sans régulation de prix.

Tableau 15 Remboursements forfaitaires des aides visuelles en France et dans les régions belges

	France	Flandre	Wallonie
Aides visuelles			
Plages Braille	2 800 €	5 900 €	5 849 €
Téléagrandisseurs	2 000 €	4 300 €	3 600 €
Livres Daisy	2 000 €	300 €	303 €

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

6. Résultats : comparaison des prix et des restes à charge

Irdes - décembre 2025

Tableau 16 Comparaison des dépenses publiques pour les aides visuelles selon les pays/régions

Code couleur des montants : 999 € Montant des dépenses en euros ; 999 € Montant des dépenses après avoir pris en considération les différences de niveaux de vie entre pays neutralisées avec les indices de pouvoir d'achat de l'OCDE 2022							
		Marché privé (sans régulation des prix) Montants de remboursements publics		Marché public (régulation des prix) Prix publics (prix d'achat des aides visuelles par le régulateur public)			
		France	Belgique	Stockholm (Prix région)	Södermanland (Prix région)	Scanie (Prix région)	Angleterre
Aides visuelles	Exemples de modèles [Marque, modèle]						
Plage Braille	FREEDOM SCIENTIFIC, Focus 14 5th generation	1 318 €/ 1 433 €	1 316 €/ 1 385 €	993 € (11 650 SEK) / 919 €	1 099 € (12 900 SEK) [Focus 14 Blue] / 1 018 €	985 € (11 700 SEK) [Focus 14 Blue V5] / 912 €	Non disponible
	HUMANWARE, Brailliant 14	1 180 €/ 1 283 €	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Non disponible
Télé-agrandisseur avec fonction vocale	HUMANWARE; Reveal 16i full HD	4 016 €/ 4 365 €	Pas de modèle équivalent	3 825 € (44 900 SEK) / 3 542 €	1 525 € (17 900 SEK) [Magnilink Zip Premium FHD 17] / 1 412 €	1 221 € (14 500 SEK) [Mezzo Focus 20 med X/Y bord] / 1 131 €	Non disponible
	KOBA VISION, Vocatex	4 550 €/ 4 300 €	4 277 €/ 4 502 €	1 465 € (17 200 SEK) [Low Vision International; Magnilink Zip 17] / 1 356 €	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Non disponible
Lecteur de livres (Daisy)	HUMANWARE Victor Reader Stream	319 €/ 347 €	300 €/ 316 €	253 € (2 970 SEK) / 234 €	332 € (3 900 SEK) [Victor reader stream 2] / 307 €	Pas de modèle équivalent	Non disponible
	SHINANO KENSHI, PlexTalk Linio Pocket HUMANWARE, Victor Stratus 4 M	319 €/ 347 €	Pas de modèle équivalent	290 € (3 400 SEK) / 269 €	Pas de modèle équivalent	260 € (3 085 SEK) [Victor Reader Stratus 4]; 273 € (3 242 SEK) [i-Speak 2] / 241 €	Non disponible
	BONES, MileStone 312 ACE	367 €/ 399 €	Pas de modèle équivalent	349 € (4 095 SEK) [Bones; Milestone 212 Plus] / 323 €	Pas de modèle équivalent	450 € (5 349 SEK) [Milestone 312] / 417 €	Non disponible

Notes

N1. Tous les modèles entre crochets du tableau sont des équivalents du modèle de référence.

N2. Indice pouvoir d'achat 2022 : France (92), Belgique (95), Royaume-Uni (105), Suède (108). Source : OCDE 2022. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CPL#>

Sources

France : Certam-avh.com / Sites des marques (Mai 2023) ; **Belgique** : Pierre Muraille (Creth) (Juillet 2021) ; **Suède (Stockholm)** : Informations sur Stockholm fournies par les unités de fourniture d'aides techniques Hjälpmedel Stockholm et KommSyn (Octobre 2022) ; **Suède (Södermanland)** : Annelie Söderbäck (chef de section d'un centre d'aides techniques de Sörmland) [juin 2023] ; **Angleterre (NHS)** : visionaid.co.uk (avril 2023).

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

6. Résultats : comparaison des prix et des restes à charge

Irdes - décembre 2025

Tableau 17 Comparaison des restes à charge des usagers d'aides visuelles selon les pays/régions

Code couleur des montants : 999 € Montant des restes à charge ; 999 € Montant des restes à charge après avoir pris en considération les différences de niveaux de vie entre pays neutralisées avec les indices de pouvoir d'achat de l'OCDE 2022		Marché privé (sans régulation des prix)			Marché public (régulation des prix)			Marché privé sans intervention publique
		France ^a	Belgique ^a (Flandre)	Belgique ^a (Wallonie)	Suède (Stockholm)	Suède (Sö- dermanland)	Suède (Scanie)	Angleterre
		Aides visuelles	Exemples de modèles [Marque, modèle]					
					Frais visite médicale ^b : 21 € (250 SEK)	Frais visite médicale ^b : 17 € (200 SEK)	Frais visite médicale ^b : 17 € (200 SEK)	RAC = prix marché privé
Plage Braille	FREEDOM SCIENTIFIC, Focus 14 5th generation	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	1 498 € (1 275 £) / 1 427 €
	HUMANWARE, Brailiant 14	0 €	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	Non disponible
Télégran- disseur avec fonction vocale	HUMANWARE, Reveal 16i full HD	2 016 €/ 2 191 €	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	0 €	51,1 € (600 SEK) par an/ 47 € par an	0 €	2 299 € (1 957 £) / 2 190 €
	KOBA VISION, Vocatex	2 550 €/ 2 772 €	0 €	677 € / 713 €	0 €	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	5 006 € (4 262 £) / 4 768 €
Lecteur de livres (Daisy)	HUMANWARE, Victor Reader Stream	0 €	0 €	0 €	0 €	8,5 € (100 SEK) par an/ 8 € par an	Pas de modèle équivalent	426 € (363 £) / 406 €
	SHINANO KENSHI, PlexTalk Linio Pocket	0 €	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	0 €	Pas de modèle équivalent	0 €	518 € (441 £) / 493 €
	HUMANWARE, Victor Stratus 4 M	0 €	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	0 €	Pas de modèle équivalent	0 €	518 € (441 £) / 493 €
	BONES, MileStone 312 ACE	0 €	Pas de modèle équivalent	Pas de modèle équivalent	0 €	Pas de modèle équivalent	0 €	518 € (441 £) / 493 €

^a Après remboursement public (Prestation de compensation du handicap (PCH) pour la France). Voir tableau 35 sur les remboursements forfaitaires.

^b Les frais de visite médicale sont à rajouter au reste à charge de l'utilisateur pour l'obtention de l'aide visuelle.

Note : Indice pouvoir d'achat 2022 : France (92), Belgique (95), Royaume-Uni (105), Suède (108). Source : OCDE 2022. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CPL#>

Sources

France : Remboursements Assurance maladie (LPP) et PCH ; **Belgique (Flandre) :** Arrêté 2020/1989 du Membre du Collège de la Commission communautaire française fixant la liste des modalités et des critères des interventions relatives aux aides à l'inclusion visées à la section 2 du chapitre III et à la section 8 du chapitre IV de l'arrêté du 7 mai 2015 relatif aux prestations individuelles et aux aides à l'emploi des personnes handicapées ; **Belgique (Wallonie) :** kobavision.be ; **Suède :** 1177.se ; samverkan.regionsormland.se ; skr.se ; **Angleterre (NHS) :** visionaid.co.uk

7. Conclusion générale

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de la comparaison entre les quatre pays avant la mise en place de la réforme française de remboursement intégral des fauteuils roulants. Les systèmes de mise à disposition publique des fauteuils anglais et suédois, basés sur des procédures d'appels d'offre, tirent fortement les tarifs d'achat à la baisse par rapport aux marchés privés français et belge. Pour les fauteuils roulants manuels de base, disponibles dans tous les pays sans reste à charge pour les usagers, la dépense publique par fauteuil roulant est de 370 € en Suède et en Angleterre, ce qui est nettement inférieur aux remboursements fixes qui s'appliquent sur les marchés privés (573 € et 620 € en France, et 772 € et 798 € en Belgique). Toutefois, les systèmes de mise à disposition publique ont aussi leurs revers : le maillage insuffisant de centres publics de distribution des fauteuils roulants occasionne d'importants délais d'attente pour accéder à l'équipement comme à la réparation, le choix des modèles est très limité et les offres régionales de fauteuils roulants sont hétérogènes, en Suède comme en Angleterre.

Avant la réforme, les remboursements français de certains fauteuils roulants étaient très éloignés du tarif réel, ce qui induisait une insuffisante prise en charge. Comme l'ont montré les précédents travaux de l'Irdes (Espagnacq *et al.*, 2022), la majorité des personnes optent pour des fauteuils roulants intégralement pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire, car la prise en charge complémentaire est insuffisante.

Un enseignement de cette comparaison est que, dans la période qui précède la mise en place de la réforme française de prise en charge intégrale des fauteuils roulants, la Belgique solvabilise toujours mieux avec ses financements légaux que la France, quelle que soit la catégorie étudiée. Cette meilleure solvabilisation repose sur des forfaits de remboursement plus élevés qu'en France et annuellement révisés pour tenir compte de l'inflation. Le système belge présente par ailleurs l'avantage de la simplicité, car un seul financeur est mobilisé, même si des restes à charge élevés peuvent persister pour certains fauteuils. En faisant de l'Assurance obligatoire le financeur unique des fauteuils roulants et en améliorant la prise en charge, la nouvelle réforme française se rapprocherait donc du système belge.

La comparaison des paniers des fauteuils roulants met en évidence une moindre prise en charge en France des fauteuils roulants actifs, avant la réforme de prise en charge intégrale. Le NHS anglais propose au moins une référence d'entrée de gamme sans reste à charge, tout comme l'ensemble des régions suédoises et les régions belges, qui solvabilisent une offre large de fauteuils roulants d'entrée de gamme. Dans le cadre de la nouvelle réforme française, une offre de fauteuils roulants actifs sans reste à charge serait disponible.

S'agissant des aides auditives, la comparaison réalisée montre que le panier 100 % audiologie français est plus diversifié que celui pris en charge par les régions suédoises et le système public anglais. En effet, l'offre publique anglaise ne référence que des modèles contours d'oreille, tandis que le panier 100 % audiologie donne accès à l'ensemble des modèles, intra-auriculaires et micro-contours d'oreille. Les experts français interrogés considèrent que les appareils du 100 % audiologie équivalent à des modèles de gamme moyenne d'il y a cinq ans. La qualité du panier public anglais semble en revanche inférieure, car les appareils qui le composent accuseraient un retard de dix ans, selon les spécialistes anglais interrogés. En Suède, le panier correspondant au périmètre du 100 % santé est plus diversifié et de meilleure qualité que le panier anglais. La qualité des aides auditives belges

remboursables par l'Institut national d'Assurance maladie (Inami) est à peu près équivalente à celle du panier français.

Le point commun de ces pays est de solvabiliser principalement des aides permettant de pouvoir suivre une conversation à deux dans un environnement calme, c'est-à-dire des aides peu compatibles avec une activité professionnelle ou sociale. Si la Suède, l'Angleterre et la Belgique font le choix d'une solvabilisation des aides par la solidarité nationale, le périmètre de solidarité du 100 % santé français n'est pas universel : il est fondé sur le financement par les assureurs privés qui répercutent le coût sur les cotisants, et exclut les personnes sans couverture complémentaire. Ce système peut induire une augmentation des primes des contrats individuels des personnes âgées liée à l'augmentation du risque, puisque ces contrats sont tarifés à l'âge et que l'utilisation des audioprothèses augmente avec l'âge. Ainsi, les primes des contrats individuels des personnes de plus de 65 ans ont fortement augmenté entre 2019 et 2021 (Drees, 2024). Le 100 % santé, sans expliquer à lui seul cette augmentation, a pu y contribuer.

En France, le système de solvabilisation des appareils de gamme moyenne et supérieure, appartenant au panier « libre », apparaît également mieux positionné que les autres modèles de solvabilisation des circuits privés de l'ensemble des pays comparés, y compris en considérant le scénario de remboursement minimal en France, soit un remboursement de l'Assurance maladie obligatoire de 240 € et la prise en charge du seul ticket modérateur par la complémentaire santé dans le cas des contrats responsables. En Belgique, le remboursement forfaitaire élevé ne permet pas de compenser des prix supérieurs à la France pour les mêmes modèles, laissant les usagers belges avec des restes à charge plus importants. La solvabilisation publique sur le marché privé est inexistante en Angleterre, tandis qu'elle repose en Suède sur un *voucher* d'un montant couvrant à peine 10 % du prix d'acquisition des aides auditives dans deux régions seulement. Lorsque les aides de gamme moyenne et supérieure sont mises à disposition en Suède, les restes à charge sont très faibles pour l'assuré. Toutefois, la diversité des modèles accessibles est très réduite compte tenu de la logique des appels d'offre qui concentre les commandes sur un petit nombre de modèles, et l'accès au système public occasionne des files d'attentes préjudiciables aux usagers.

En France, la solvabilisation des aides auditives hors panier 100 % santé dépend du niveau de garantie de la couverture complémentaire. Depuis la mise en place de la réforme du 100 % santé audiologie, on observe une convergence des niveaux de garantie des contrats individuels les moins couvrants qui ont tendance à se caler sur la couverture du 100 % santé, ce qui se traduit par une diminution des garanties des contrats de milieu de gamme, et une augmentation des niveaux de garantie des contrats individuels les plus couvrants (Drees, 2024). Ces évolutions apparaissent en cohérence avec la théorie économique qui, dans le cadre de concurrence entre assureurs en présence de sélection adverse (Rotschild et Stiglitz, 1976), prédit une segmentation du marché entre les profils à haut risque et à bas risque. Ces derniers préfèrent ne pas s'assurer sur le panier libre pour bénéficier des primes d'assurance les plus basses, alors que les profils à haut risque choisissent une bonne couverture, mais dévoilent un risque élevé à l'assureur, qui en tient compte dans sa tarification.

L'accès aux aides auditives a été ainsi significativement amélioré grâce à la réforme, qui situe désormais favorablement la France par rapport aux autres pays étudiés. Après une première phase de croissance dynamique des volumes pouvant s'interpréter comme du rattrapage, plusieurs enjeux pour l'avenir sont identifiés : éviter que la « gratuité » pour l'utilisateur n'induisse des pratiques commerciales coûteuses pour la collectivité, gérer en dynamique le panier de soins des aides disponibles sans reste à charge pour intégrer le progrès technique, et enfin veiller à ce que les primes d'assurance complémentaire des personnes âgées restent

accessibles financièrement. Dans cette perspective, un rapport du Sénat vient de proposer d'étendre la Complémentaire santé solidaire en fonction de l'âge (Iacovelli, 2024).

Les travaux de l'Irdes sur le financement des aides techniques se poursuivent, notamment avec l'exploitation de l'enquête Phedre sur les bénéficiaires de la PCH. Des travaux sont prévus sur les restes à charge associés aux aides techniques. Ces travaux pourront être mobilisés ultérieurement dans le cadre de l'évaluation de la nouvelle réforme de prise en charge intégrale des fauteuils roulants.

8. Bibliographie

- Alcimed et CNSA (2009). « Monographie **Allemagne**. Etude européenne sur le marché et les prix des aides techniques destinées aux personnes handicapées et en perte d'autonomie ». Etude réalisée dans le cadre de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques.
- Alcimed et CNSA (2009). « Monographie **Espagne**. Etude européenne sur le marché et les prix des aides techniques destinées aux personnes handicapées et en perte d'autonomie ». Etude réalisée dans le cadre de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques.
- Alcimed et CNSA (2009). « Monographie **Italie**. Etude européenne sur le marché et les prix des aides techniques destinées aux personnes handicapées et en perte d'autonomie ». Etude réalisée dans le cadre de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques.
- Alcimed et CNSA (2009). « Monographie **Royaume-Uni**. Etude européenne sur le marché et les prix des aides techniques destinées aux personnes handicapées et en perte d'autonomie ». Etude réalisée dans le cadre de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques.
- Alcimed et CNSA (2009). « Monographie **Suède**. Etude européenne sur le marché et les prix des aides techniques destinées aux personnes handicapées et en perte d'autonomie ». Etude réalisée dans le cadre de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques.
- Arnell J. (1999). Hjälpmedelsmarknaden i Sverige - *En översikt [The assistive devices market in Sweden—An overview.]* Stockholm, Sweden: Hjälpmedelsinstitutet.
- Arnold M.L., Hyer K., Chisolm T. (2017). "Medicaid Hearing Aid Coverage For Older Adult Beneficiaries: A State-By-State Comparison". *Health Aff (Millwood)*. Aug 1;36(8):1476-1484.
- Beguín C., Deggouj N., et al. (2008). *Hearing Aids in Belgium: Health Technology Assessment*. KCE report A 91.
- Blanchard, P., H. Strohl-Maffesoli, et al. (2013). *Évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées*. Rapport Igas.
- Blomquist U-B. et Richter A. (2012). « Service Delivery System for Assistive Technology, AT in Sweden ».
- Branchu C., Thierry M., Besson A. (2010). *Bilan du fonctionnement et du rôle des Maisons départementales des personnes handicapées [MDPH]*. Paris : La Documentation française.

- Broome E., Meyer C., Church P., Henshaw H. (2022). “What Factors are Important to Whom in What Context, when adults are Prescribed Hearing Aids for Hearing Loss? A Realist review Protocol”. *BMJ Open*, July, 15; 12(7).
- Bruynoghe C., Claessens M., Ingelbrecht M., Mat N., Smet F., Theunissen J.-P., Van Baelen P., Van Hirtum E., Verhaegen E. (2020). *Analyse des prix : Troisième rapport trimestriel 2020 de l’institut des comptes nationaux* [Rapport], Bruxelles, Observatoire des prix, 2020,
- Bryant D. P. and Bryant B. R. (2003). *Assistive Technology for People with Disabilities*. Allyn and Bacon Boston, MA.
- Cnam (2022). « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l’Assurance maladie pour 2023 ». *Rapport Charges et Produits*.
- Cnam (2023). « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l’Assurance maladie pour 2024 ». *Rapport Charges et Produits*.
- CNSA (2019a). *Repères statistiques sur l’activité des MDPH en 2017*, janvier.
- CNSA (2019b). *Analyse des fonds départementaux de compensation du handicap (FD-C)-données 2017*.
- CNSA (2011). *Rapport d’activité de la CNSA*, 17 avril 2012.
- Cohen L., Manion L., Morrison K. (2007). *Research Methods in Education*. Routledge.
- Cohu S., Lequet-Slama D., Velche D. (2003). « La Suède et la prise en charge sociale du handicap, ambitions et limites ». *Revue française des affaires sociales*, 4, p. 461-483.
- Cohu S., Lequet-Slama D., Velche D. (2005). « Les politiques en faveur des personnes handicapées dans cinq pays européens. Grandes tendances », *Revue française des affaires sociales* 2, p. 9-33.
- Combessie J-C (2007). *La méthode en sociologie*. La Découverte.
- Cullen K., D. McAnaney et al. (2012). *Research on the Provision of Assistive Technology in Ireland and Other Countries to Support Independent Living across the Life Cycle*. Work Research Centre, Dublin.
- Dahlberg R., Blomquist UB., Richter A., Lampel A. (2014). “The Service Delivery system for Assistive Technology in Sweden: Current Situation and Trends”. *Technology and Disability* 26 (191-197).
- Denormandie P. et Chevalier C. (2020). *Des aides techniques pour l’autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : une réforme structurelle indispensable*.
- Dillon H., Day J., Bant S., Munro K.J. (2020). “Adoption, Use and Non-use of Hearing Aids: a Robust Estimate based on Welsh National Survey Statistics”. *International Journal of Audiology*, August; 59(8): 567-573.

- Drees. (2020). *Remontées Individuelles - Prestation de compensation du handicap auprès des conseils départementaux*.
- Drees (2024). « La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties ». *Panoramas de la Drees Santé*.
- Encarnação P., Azevedo L. et al. (2013). *Assistive Technology: From Research to Practice*. IOS Press.
- Enoch J., Dickinson C., Subramanian A. (2022). “What Support do Caregivers of People with Visual impairment receive and Require? An Exploratory study of UK healthcare and Charity Professionals’ Perspectives”, *Eye*, November, 36(11); 2179-2187.
- Espagnacq M. (2013). « Evolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012 ». *Etudes et Résultats*, Drees, n°829.
- Espagnacq M., Daniel F., Regaert C. (2022). « Repérer les usagers de fauteuils roulants en France et calculer leur reste à charge à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) de 2012 à 2019 ». *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°272, octobre.
- Esping-Andersen G. (1990). “The three political economies of the welfare state”. *International Journal of Sociology*, 20(3), 92-123.
- d’Estève de Pradel A., Pichetti S. (2025a). « Comparaison européenne et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes en situation de handicap. Étude de cas : l’Angleterre ». *Rapport de l’Irdes* n°599, série Étude de cas, n° 2.1, décembre.
- d’Estève de Pradel A., Pichetti S. (2025b). « Comparaison européenne et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes en situation de handicap. Étude de cas : la Belgique ». *Rapport de l’Irdes* n°600, série Étude de cas, n° 2.2, décembre.
- d’Estève de Pradel A., Pichetti S. (2025c). « Comparaison européenne et évolution dans le financement des aides techniques pour les personnes en situation de handicap. Étude de cas : la Suède ». *Rapport de l’Irdes* n°601, série Étude de cas, n° 2.3, décembre.
- European Parliament (2018). *Assistive technologies for People with Disabilities - In-depth analysis* » European Parliamentary Research Service.
- European Union (2011). *The Internal Market for Assistive ICT. Final report*.
- Frick-Meijer O. (2005). Statistik försålda manuella rullstolar 1983/84 - 2004/05 [Statistics sold manual wheelchairs 1983/84 – 2004/05].
- HiT Belgique (2020). Les systèmes de santé en transition (HiT) : Le système de santé belge. European Observatory of Health Systems and Policies.
- Hougaard S. and Ruf S. (2011). “EuroTrak I: a Consumer survey about Hearing aids in Germany, France and the UK. First Global Comparative study of Hearing, Hearing Loss and Hearing Aids”. *The Hearing Review*.

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

7. Bibliographie

Irdes - décembre 2025

Iacovelli X. (2024). *Complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français*. Rapport d'information du Sénat n°270.

Igas (2011). *Evaluation de la Prestation de compensation du handicap (PCH)*.

Igas (2013). *Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées*.

Imbert G. (2013). « Libres propos. Autonomie et barrière d'âge : vers un droit universel ? Entretien avec François Jeger socio-économiste, directeur de l'unité de recherche sur le vieillissement, Cnav ». *Gérontologie et société*, 145(2013/2): 191-199.

Kaufmann, J.-C. (2016) *L'entretien compréhensif*. Armand Colin.

Kivits J., Balard F., Fournier C., Winance M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin.

Knoblauch H. (2005). "Focused Ethnography". *Forum Qualitative Sozialforschung Forum: Qualitative Social Research*, 6(3).

Knudsen L.V., Oberg M., Nielsen C., Naylor G., Kramer S.E. (2010). „Factors Influencing Help Seeking, Hearing Aid Uptake, Hearing Aid Use and Satisfaction with Hearing Aids: a Review of the Literature”. *Trends Amplif.* Sep;14(3):127-54.

Krantz O. et Örmon K. (2016). « Municipal Information on Assistive Devices in Sweden ». *Life Span and Disability*, no2, 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*, mars, vol. 30, no 1, pp. 51-67.

Lewis J. (1992.) "Gender and the Development of Welfare Regimes". *Journal of European Social Policy*, 2(3), 159-173.

Lilja M., Månsson I., Jahlenius L., Sacco-Peterson M. (2003). "Disability Policy in Sweden: Policies Concerning Assistive Technology and Home Modification Services". *Journal of Disability Policy Studies*, 14(3), 130-135.

Marchildon G. P. and Peckham A. (2018). *Assistive Devices Coverage: Ontario Compared to Other High-Income Jurisdictions*. North American Observatory on Health Systems and Policies.

Marmor T., Freeman R., Okma K. (2009). *Comparative Policy Analysis and Health Care: An Introduction. Comparative Studies and the Politics of Modern Medical Care*.

Martin C., Le Bihan B. (2014). "Dépendance, soins de longue durée et politiques publiques en Europe. PUR. Vieillesse et vieillissements ». *Regards sociologiques*, Presses universitaires de Rennes.

Martin-Houssart G., Rattier M.O., Raynaud D. (2005). « Les contrats offerts en 2002 par les organismes d'assurance maladie complémentaire », Drees, *Etudes et Résultats*, n°402

- McLean A., Caudwell L., Greville A. (2008). Development and Implementation of a National Funding and Service System for Hearing Aids: Stage One Interim Report. Ministry of Health - New Zealand.
- Mishra S., Laplante-Lévesque A., Barbareschi G., De Witte L., Abdi S., Spann A., Khasnabis C., Allen M. (2022). “Assistive Technology Needs, Access and coverage, and Related Barriers and Facilitators in the WHO European Region: A Scoping review”. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*.
- Montcharmont L. (2013). « Handicap et accès aux aides techniques ». *Empan*, 1 (n° 89), p. 118-124.
- Motability and the Wheelchair Alliance (2022). “An Economic Assessment of Wheelchair Provision in England”. *Frontier Economics*.
- Naegelen F. (1990). “L’arbitrage prix-qualité dans les procédures d’appels d’offres », *Economie et Prévision*, 1990 (96), pp.95-108.
- Nordic Centre for Rehabilitation Technology (NUH). (2007). *Provision of Assistive Technology in the Nordic Countries*. Second edition.
- NUH (Nordic Centre for Rehabilitation Technology) (2007). *Provision of Assistive Technology in the Nordic Countries*. Second edition.
- Observatoire des prix (2014). *Etude sur les prix, les marges et le fonctionnement du marché des appareils auditifs en Belgique* [Rapport], Bruxelles, Institut des Comptes Nationaux en Belgique.
- Obyn C., Meester C., Cornelis J. (2020). *Evaluation of the Reimbursement for Hearing Aids and Implants in Hearing Loss* [Rapport]. Brussels, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- OFT (2011). *Mobility Aids*. Office of Fair Trading.
- Panteli D., van Ginneken E., Fuchs S., Henschke C., Hjortland M., Kroneman M., Oliva G. (2018). *Assistive Devices: Regulation and Coverage in Five European Countries. Evidence report*. Converge 3.
- Peckham A., Kashef Al-Ghetaa R., Ho J., Marchildon G. (2021). *Regulation and Coverage of Assistive Devices in Eight High-Income Countries : Consolidation of Four Reports*. North American Observatory on health systems and policies. Evidence Report Converge 3.
- Penneau A., Pichetti S., Espagnacq M. (2019). « Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap avant et après 60 ans ». *Rapport de l’Irdes* n°571, septembre.
- Pichetti S., Espagnacq M., d’Estève de Pradel A. (2025). « Financement publics et restes à charge des fauteuils roulants : enseignements d’une comparaison France, Angleterre, Belgique et Suède ». *Questions d’Economie de la Santé*, Irdes, n°296, janvier.
- Pichetti S., d’Estève de Pradel A., Espagnacq M. (2024). « Financement et accès aux aides auditives en Europe : une comparaison entre la France, l’Angleterre, la Belgique et la Suède ». *Questions d’Economie de la Santé*, n°293, octobre.

- Pope C., Mays N. (2006). *Qualitative Research in Health Care* Blackwell Publishing Ltd.
- Renjith V., Yesodharan R., Noronha J.A., Ladd E., George A. "Qualitative Methods in Health Care Research". *Int J Prev Med.* 2021 Feb 24;12:20.
- Rica (Research Institute for Consumer Affairs) (2014). *Powered Wheelchair User Survey Report*. Research Institute for Consumer Affairs.
- Rose L., Ferguson-Pell M. (2002). "Wheelchair Provision to People with Spinal Cord Injury". *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, vol 9, n°10, pp. 391-400.
- Rothschild M., Stiglitz J. (1976). "Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information". *The Quarterly Journal of Economics*, vol 90, 4, pp. 629-649.
- Samuelsson K., Wressle E. (2008). "User Satisfaction with Mobility Assistive Devices: an Important Element in the Rehabilitation Process". *Disabil Rehabil.*30(7):551-8.
- Scholes S., Biddulph J., Davis A., Mindell J.S. (2018). "Socioeconomic Differences in Hearing among Middle-aged and Older Adults: Cross-Sectional Analyses Using the Health Survey for England", *BMJ Open*, 2018, February, 1, 8(2).
- Schreyögg J., Bäuml M., et al. (2009). "Balancing Adoption and Affordability of Medical Devices in Europe." *Health Policy*, 92(2-3): 218-224.
- Service Public Fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, article sur les audiologues et audiciens :
<https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/professions-paramedicales/audiologue-et-audicien>
- de Singly F. (2020). *Le questionnaire*. Armand Colin.
- Stack J., Zarate L., et al. (2009). *Analysing and Federating the European Assistive Technology ICT industry*. European Commission Information Society and Media.
- Summers M.P., Verikios G. (2018). "Assistive Technology Pricing in Australia: Is it Efficient and Equitable?". *Australian Health Review*. Feb;42(1):100-110.
- Tuersley L., Quaye N.A., Edwards R.T., Bray N. (2025). "Use of Patient-Centred Outcomes Alongside the Personal Wheelchair Budget Process in NHS England : a Mixed Methods Approach to Exploring the Staff and Service User Experience of Using the WATCH and WATCH-Ad Tools". *PLoS ONE* 20(1): e0312967.,
- Vandeleene G. (2022). « Que coûtent les appareils auditifs en Belgique ? ». *Santé et société*, avril.
- Verbrugghe J., Cardinaels L., Haesen M., Schouten B., Ceccarelli B., Pinxten W., Spooren A., Timmermans A. (2015). "A qualitative study to evaluate strategies for changes in the assistive technology service delivery in Flanders". *Stud Health Technol Inform.* 217:626-32.

Annexes

Annexe 1

Algorithme de recherche pour la revue de littérature

Utilisée sur Pubmed, cette stratégie a été effectuée par la combinaison des mots-clés MeSH comme suit :

- Mécanismes (les termes sont associés avec l'opérateur booléen 'OU')
 - Aides techniques : 'Assistive technology', 'Assistive device'
 - Fauteuils roulants : 'Wheelchair'
 - Appareils auditifs : 'Hearing aid'
 - Aides visuelles : 'Visuel aid'
 - Déficience auditive et visuelle : 'Hearing impairment', 'Visual impairment'

-----ET-----

- Echelle (les termes sont associés avec l'opérateur booléen 'OU') :
 - 'Reimbursement scheme'
 - 'Funding sources'

-----ET-----

- Type d'étude (les termes sont associés avec l'opérateur booléen 'OU')
 - 'Survey'
 - 'Evaluation report'

Annexe 2
Grille d'analyse des politiques publiques (1/4)

Phénomène observé	Description	Sous-variable	Description	Valeur	Définition	Note inter-médiaire	Note finale		
Degré d'équité	Au niveau du financement, est-ce que tous les financeurs ont réussi à discuter ensemble, pour offrir une solution globale, la même sur l'ensemble du territoire ?	Coordination entre les financeurs	Y a-t-il possibilité d'avoir un interlocuteur, même si plusieurs financeurs ? Ou, au contraire, c'est à l'usager de communiquer avec les différents financeurs.	2	Traite le dossier de A à Z				
			Existence d'aides au financement non définies par un cadre national (ex. : Fonds de compensation en France), mutuelle	1	Coordination moyenne				
			Aide extra-légale	0	Aucun guichet unique, l'utilisateur doit s'occuper de la gestion du dossier auprès des différents interlocuteurs				
		Niveau de financement	Existence d'un niveau local de financement ? Y a-t-il une coordination avec le national ?	Pas d'aide extra-légale	1	Pas d'aide extra-légale			
				Aide extra-légale	0	Existence d'une aide extra-légale			
				Financement local, mais avec un financement propre fortement soumis aux contraintes budgétaires	0	Financement local, mais avec un financement propre fortement soumis aux contraintes budgétaires			
		Critères sociaux	Mise en place d'aides sur critères sociaux (par exemple revenus)		Financement au niveau local avec service déconcentré de l'État	1	Financement au niveau local avec service déconcentré de l'État		
					Financement national uniquement, le même sur tout le territoire ; ou financement local conséquent sans contrainte budgétaire	2	Financement national uniquement, le même sur tout le territoire ; ou financement local conséquent sans contrainte budgétaire		
						1	Oui		
						0	Non		

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

Annexe 2

Irdes - décembre 2025

Grille d'analyse des politiques publiques (2/4)

Phénomène observé	Description	Sous-variable	Description	Valeur	Définition	Note inter-médiaire	Note finale	
Degré de solvabilité	Réflexion sur la hauteur de prise en charge. À distinguer, si prêt : est-ce que ce prêt se fait avec ou sans contribution ? Quand il y a achat, quelle est la prise en charge ?	Possibilité de prise en charge intégrale	Via prêt, don, assurance maladie, etc.	3	Prise en charge intégrale			
				2	Prise en charge de la plupart des aides techniques			
				1	Prise en charge des aides techniques de base uniquement			
					0	Aucune prise en charge intégrale possible		
					2	Peu de reste à charge		
					1	Reste à charge moyen		
					0	Fort reste à charge		
					0	Ciblé sur une population spécifique		
					1	Accès simple, mais limité		
					2	Accès universel		
					1	Financement des aides complexes		
					0	Financement des aides standards		

Grille d'analyse des politiques publiques (3/4)

Phénomène observé	Description	Sous-variable	Description	Valeur	Définition	Note inter-médiaire	Note finale	
Maîtrise du coût pour la société	Aucune maîtrise du coût ou au contraire limitée. L'idée est de savoir s'il y a une régulation des prix des dispositifs médicaux dans les pays. (En France, non ; dans la plupart des autres pays, oui).	Possibilité de recyclage	Est-il mis en place un système de recyclage (et de réutilisation) des aides techniques ?	1	Oui			
				0	Non			
		Liste	Existence de listes donnant des indications sur les prix ; est-ce que ces listes sont contraignantes ou non ; est-ce que ces listes ont des effets sur le prix ?	2	Liste de prix bloqués			
				1	Liste de référence, mais non contraignante			
				0	Aucune liste			
		Coût de l'accompagnement	Est-il envisagé la possibilité de mettre à disposition des aides techniques prêtées (et donc retournées à l'institution qui finance par la suite)	0	Pas de prêt			
				1	Possibilité de prêt			
		Maîtrise du budget	Possibilité de refuser une aide technique pour une question de budget (uniquement pour les aides « légales »).	2	Prêt systématique			
				0	Droit opposable à l'aide technique			
		Contrôle des prix	Existence d'un centre de contrôle des aides techniques par exemple	1	Maîtrise du budget moyen			
				2	Budget limité (annuel le plus souvent) à ne pas dépasser			
				0	Absent			
				1	Modéré			
				2	Élevé			

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

Annexe 2

Irdes - décembre 2025

Grille d'analyse des politiques publiques (4/4)

Phénomène observé	Description	Sous-variable	Description	Valeur	Définition	Note intermédiaire	Note finale	
Degré de satisfaction	Délai d'obtention de l'aide technique	Délai entre le moment où le dossier de financement est déposé et l'obtention de l'aide technique	Délai entre le moment où le dossier de financement est déposé et l'obtention de l'aide technique	2	Courts			
				1	Moyens			
				0	Longs			
	Adéquation : est-ce que les aides sont utilisées ?	Est-ce que les aides techniques proposés, financées (prêtées ou achetées) sont en adéquation avec les besoins des usagers ? Si oui, est-ce que les aides techniques sont utilisées ? Existence d'un SAV.	Adéquation : est-ce que les aides sont utilisées ?	Est-ce que les aides techniques proposés, financées (prêtées ou achetées) sont en adéquation avec les besoins des usagers ? Si oui, est-ce que les aides techniques sont utilisées ? Existence d'un SAV.	1	Oui		
					0	Non		
					2	Système intégré (service public des aides techniques)		
	Existence d'un suivi des aides techniques (SAV ou d'une formation)	Existence d'un suivi des aides techniques (SAV ou d'une formation)	Existence d'un suivi des aides techniques (SAV ou d'une formation)	Existence d'un suivi des aides techniques (SAV ou d'une formation)	1	Possibilité, mais peu utilisé ou peu pensé		
					0	Pas envisagé		
					0	Marché restreint		
	Événails des aides techniques disponibles	Avec ou sans financement	Événails des aides techniques disponibles	Avec ou sans financement	1	Marché intermédiaire (accessible uniquement sur prescription par ex.)		
					2	Marché libre (nombreuses boutiques, choix important)		

Annexe 3

Questionnaire Compatec complet

Comment remplir le questionnaire ?	97
A. Qui complète le questionnaire ?	98
B. Fauteuils roulants – Acquisition	99
C. Fauteuils roulants – Financement	101
D. Fauteuils roulants – Accompagnement	116
E. Fauteuils roulants – Producteur national d'aides techniques	119
F. Aides auditives – Acquisition	120
G. Aides auditives – Financement	122
H. Aides auditives – Accompagnement	137
I. Aides auditives – Producteur national d'aides auditives	140
J. Aides visuelles – Acquisition	141
K. Aides visuelles – Financement	143
L. Aides visuelles – Accompagnement	158
M. Aides visuelles – Producteur national d'aides visuelles	161

Comment remplir le questionnaire

Nous allons vous poser des questions sur le fauteuil roulant, les aides visuelles et les aides auditives. Au sein de chaque aide, différentes catégories d'aides seront interrogées (fauteuil roulant manuel, électrique, aide intra-auriculaire, contour d'oreille, plage Braille, etc.)

Pour chaque aide technique, après avoir recueilli des informations générales, nous partons d'un cas fictif. M. Smith est un homme handicapé de 35 ans qui a besoin d'un appareillage. Nous posons ensuite une série de questions visant à mieux comprendre comment l'appareil est obtenu et financé.

Nous enverrons ce questionnaire à plusieurs pays. Différents experts (universitaires, institutions, associations) seront interrogés dans un même pays afin de recouper les sources.

Nous vous avons identifié parmi les experts de votre pays et le questionnaire vous est envoyé personnellement. Pour des raisons de confidentialité et de protection des données, nous vous prions de ne pas transmettre le lien vers le questionnaire directement à d'autres personnes.

Toutes les informations recueillies dans ce questionnaire nous permettront de dresser un portrait actualisé du financement des aides techniques dans plusieurs pays d'Europe et au Canada, en actualisant les différentes études réalisées ces dernières années.

Il est possible pour certaines des questions d'ajouter des commentaires en texte libre, si vous souhaitez prendre le temps d'expliquer plus précisément votre réponse.

A. Qui complète le questionnaire ?

Pour commencer le questionnaire, nous avons besoin de certaines informations afin de vous identifier.

A1 | Pour quel pays remplissez-vous le questionnaire ?

- Belgique
- France
- Royaume-Uni
- Suède

A2 | Nom, Prénom

A3 | Vous travaillez pour...

- une institution publique (ministère, municipalité, centre public d'aides techniques, etc.)
- une institution privée
- une université, un centre de recherche
- une association
- Autre

A4 | Quelle est votre fonction ?

Par exemple : chercheur.se, chef.fe de bureau, chargé.e de mission, bénévole, etc.

A5 | Dans quelle ville travaillez-vous ?

B. Fauteuils roulants - Acquisition

Nous allons vous poser dans cette section plusieurs questions sur les fauteuils roulants : accès au marché, financement, reste à charge...

Pour les questions à venir, nous allons nous focaliser sur les fauteuils roulants. Nous souhaitons recueillir des informations sur le prix et le financement public pour trois types de fauteuils roulants.

Avant de vous poser les questions, nous aimerions que vous preniez le temps de lire les descriptions de ces trois types de fauteuils roulants.

1. Fauteuil roulant manuel de base

Par exemple :

INVACARE, Action 3 NG

VERMEIREN, V500

SUNRISE MEDICAL, Style X Ultra

2. Fauteuil roulant actif

Par exemple :

INVACARE, Action 5 rigid

QUICKIE Life R

VERMEIREN Sagitta

3. Fauteuil roulant électrique verticalisateur

Par exemple :

OTTO BOCK, C 1000 SF

PERMOBIL, F 5 Corpus VS

SUNRISE MEDICAL, Q 700 UP M

B1 | Merci d'avoir pris le temps de lire ces descriptifs.

Pour la suite du questionnaire, nous allons vous poser des questions à partir d'un cas fictif. Nous aimerions que pour remplir le questionnaire, vous gardiez toujours à l'esprit qu'il s'agit d'expliquer le financement pour cette personne pour le type de fauteuil indiqué dans notre exemple.

M. Smith est un homme handicapé de 35 ans. Il a besoin d'un fauteuil roulant suite à une maladie dont l'évolution est stabilisée. Il est incapable de marcher et a besoin d'un fauteuil roulant pour les activités de la vie quotidienne. Il dispose d'un revenu régulier issu de son travail, et ne bénéficie pas des minima sociaux.

Le financement possible du fauteuil roulant, par des organismes publics, lié à l'activité professionnelle de M. Smith ne doit pas être pris en compte.

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

Annexe 3 - Questionnaire complet - page 4/65

Irdes - décembre 2025

B2 | Est-ce que M. Smith doit déposer un dossier auprès d'une commission, d'un comité ou d'un centre public spécialisé dans les aides techniques pour obtenir un financement public ?

	Oui	Non, mais des financements publics sont possibles	Sans objet, pas de financement public pour cette aide
Fauteuil basique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil électrique verticalisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B3 | Vous avez déclaré, pour au moins une des trois aides, qu'il était possible de déposer un dossier auprès d'une commission, d'un comité ou d'un centre spécialisé. Pouvez-vous préciser le(s) nom(s) de la commission, du comité ou du centre public spécialisé ?

B4 | Parmi toutes ces modalités, pouvez-vous préciser la plus fréquente dans votre pays (un seul choix possible) ? Dans la suite du questionnaire, nous appellerons cette modalité le « modèle dominant ».

	Achat neuf auprès d'un fournisseur public	Achat neuf auprès d'un fournisseur privé (avec financement public)	Achat reconditionné auprès d'un fournisseur public	Achat reconditionné auprès d'un fournisseur privé (avec financement public)
Fauteuil basique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil électrique verticalisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(suite)

	Location à long terme auprès d'un fournisseur public	Location à long terme auprès d'un fournisseur privé (avec financement public)	Mise à disposition (ou un prêt) par un fournisseur public	Mise à disposition (ou un prêt) par des associations ou des organisations caritatives	Achat privé sans aide publique
Fauteuil basique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil électrique verticalisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B5

B6

B7

Pouvez-vous nous indiquer si les modalités d'acquisition suivantes sont fréquentes, anecdotiques ou n'existent pas pour...

les fauteuils
basiques ?

les fauteuils
actifs ?

les fauteuils
électriques
verticalisateurs ?



	Fréquente	Anecdotique	Cette modalité d'acquisition n'existe pas	Ne sait pas
Achat neuf auprès d'un fournisseur public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achat neuf auprès d'un fournisseur privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achat reconditionné auprès d'un fournisseur public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achat reconditionné auprès d'un fournisseur privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Location à long terme auprès d'un fournisseur public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Location à long terme auprès d'un fournisseur privé (avec financement public)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mise à disposition (ou un prêt) par un fournisseur public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mise à disposition (ou un prêt) par des associations ou des organisations caritatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achat privé sans aide publique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Fauteuils roulants - Financement

Imaginons que M. Smith souhaite faire financer son aide technique.

C1 | Quelles que soient les modalités d'accès de M. Smith à l'aide technique, le fauteuil est-il financé par un seul niveau de financement public (national, infranational ou local) ?

National (par exemple : assurance maladie publique)

Infranational (par exemple : région, département, *lander*, communauté, province)

Local (par exemple : municipalité, ville, intercommunalité)

	Oui	Non	Sans objet, pas de prise en charge
Fauteuil basique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil électrique verticalisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2 | Vous avez déclaré pour au moins une des trois aides qu'il était possible de la financer par un seul niveau de financement public. Pouvez-vous préciser à quel niveau se fait le financement ?

	National (par ex. assurance maladie publique)	Infranational (par ex. : région, département, <i>lander</i> , communauté, province, etc)	Local (par ex. municipalité, ville, inter-communalité, etc)	Sans objet pas de financement unique
Fauteuil basique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil électrique verticalisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C3

C4

C5

Vous avez déclaré pour au moins une des trois aides que le financement de l'aide pouvait s'effectuer à plusieurs niveaux. Pouvez-vous préciser les niveaux de financement ? (plusieurs réponses possibles)

Fauteuil basique

Fauteuil actif

Fauteuil électrique verticalisateur



- National (par ex. assurance maladie publique)
- Infranational (par ex. région, département, *lander*, communauté, province, etc)
- Local (par ex. municipalité, ville, intercommunalité, etc)
- Sans objet, pas de financements multiples

C6 | Pour au moins une des trois aides, vous avez déclaré, qu'il y avait plusieurs sources de financement possibles. Est-ce que M. Smith peut déposer son dossier dans une instance qui s'occupe de gérer la coordination entre les différents financeurs ?

- Oui, la coordination est systématique
- Oui, la coordination est possible mais pas systématique
- Non, il n'y a pas de coordination. M. Smith doit solliciter les différents financeurs lui-même

C7

Dans votre pays, dans le cadre de l'achat neuf du fauteuil basique cité en exemple, pouvez-vous nous indiquer son prix ?

Choisissez le fauteuil le plus courant dans votre pays, parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible).
Si aucun de ces fauteuils n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom d'un fauteuil courant dans votre pays et son prix.

Marque : INVACARE
modèle : Action 3 NG

Marque : VERMEIREN
modèle : V500

Marque : SUNRISE MEDICAL
modèle : Style X Ultra

Aucun n'est disponible dans votre pays.
Indiquez le nom d'un fauteuil courant dans votre pays et son prix.

C9

Dans votre pays, dans le cadre de l'achat neuf du fauteuil actif cité en exemple, pouvez-vous nous indiquer son prix ?

Marque : INVACARE
modèle : Action 5 Rigid

Marque : SUNRISE MEDICAL
modèle : QUICKIE Life R

Marque : VERMEIREN
modèle : Sagitta

Aucun n'est disponible dans votre pays.
Indiquez le nom d'un fauteuil courant dans votre pays et son prix.

C11

Dans votre pays, dans le cadre de l'achat neuf du fauteuil électrique verticalisateur cité en exemple, pouvez-vous nous indiquer son prix ?

Marque : OTTO BOCK
modèle : C 1000 SF

Marque : PERMOBIL
modèle : F 5 Corpus VS

Marque : SUNRISE MEDICAL
modèle : Q 700 UP M

Aucun n'est disponible dans votre pays.
Indiquez le nom d'un fauteuil courant dans votre pays et son prix.

C8

Dans votre pays, dans le cadre de l'achat neuf d'un fauteuil basique...

↓
... quelle que soit sa marque, pouvez-vous nous indiquer les prix de vente suivants... (en monnaie locale)

Prix minimum

C10

Dans votre pays, dans le cadre de l'achat neuf d'un fauteuil actif...

↓

Prix moyen

C12

Dans votre pays, dans le cadre de l'achat neuf d'un fauteuil électrique verticalisateur...

↓

Prix maximum

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

Annexe 3 - Questionnaire complet - page 8/65

Irdes - décembre 2025

C13

C14

C15

C16

C17

C18

Dans votre pays, dans le cadre de l'achat d'un...

fauteuil roulant basique
reconditionné
auprès d'un fournisseur...

public

privé (avec
financement
public)



fauteuil actif
reconditionné
auprès d'un fournisseur...

public

privé (avec
financement
public)



fauteuil électrique
verticalisateur reconditionné
auprès d'un fournisseur...

public

privé (avec
financement
public)



quelle que soit la marque, pouvez-vous nous
indiquer les prix de vente suivants ? (en monnaie locale)

Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

C19

Dans votre pays, dans le cadre de la **location du fauteuil basique cité en exemple**, auprès d'un...
fournisseur public,
 pouvez-vous nous indiquer le prix payé
 par l'acheteur public pour le fauteuil roulant ?
 (en monnaie locale)

*Choisissez le fauteuil le plus courant
 parmi les trois exemples et indiquez son prix
 (une seule réponse possible). Si aucun de ces
 fauteuils n'est disponible dans votre pays,
 veuillez indiquer le nom d'un fauteuil
 courant dans votre pays et son prix.*

Marque : Invacare
 modèle : Action 3 NG

Marque : Vermeiren
 modèle : V500

Marque : Sunrise Medical
 modèle : Style X Ultra

Aucun de ces fauteuils n'est disponible dans
 votre pays. Indiquez le nom d'un fauteuil
 courant dans votre pays et indiquez son prix.

C20

Dans votre pays, dans le cadre de la **location d'un fauteuil basique**,
 quelle que soit la marque, auprès d'un...
fournisseur public,
 pouvez-vous nous indiquer les prix payés
 pour le fauteuil roulant par l'acheteur public ?
 (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

C21

Dans votre pays, dans le cadre de la **location du fauteuil basique cité en exemple**, auprès d'un...
fournisseur privé (avec financement public),
 pouvez-vous nous indiquer combien
 le loueur privé achète-t-il le fauteuil ?
 (en monnaie locale)

*Choisissez le fauteuil le plus courant
 parmi les trois exemples et indiquez son prix
 (une seule réponse possible). Si aucun de ces
 fauteuils n'est disponible dans votre pays,
 veuillez indiquer le nom d'un fauteuil
 courant dans votre pays et son prix.*

Marque : Invacare
 modèle : Action 3 NG

Marque : Vermeiren
 modèle : V500

Marque : Sunrise Medical
 modèle : Style X Ultra

Aucun de ces fauteuils n'est disponible dans
 votre pays. Indiquez le nom d'un fauteuil
 courant dans votre pays et indiquez son prix.

C22

Dans votre pays, dans le cadre de la **location d'un fauteuil basique**,
 quelle que soit la marque, auprès d'un...
fournisseur privé (avec financement public),
 pouvez-vous nous indiquer combien
 le loueur privé achète-t-il le fauteuil ?
 (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

C23

Dans votre pays, dans le cadre d'une **location** du **fauteuil actif** cité en exemple, auprès d'un...
fournisseur public,
pouvez-vous nous indiquer le prix payé
par l'acheteur public pour le fauteuil roulant ?
(en monnaie locale)

Choisissez le fauteuil le plus courant
parmi les trois exemples et indiquez son prix
(une seule réponse possible). Si aucun de ces
fauteuils n'est disponible dans votre pays,
veuillez indiquer le nom d'un fauteuil
courant dans votre pays et son prix.

Marque : Invacare
modèle : Action 5 Rigid

Marque : Sunrise Medical
modèle : Quickie Life R

Marque : Vermeiren
modèle : Sagitta

Aucun de ces fauteuils n'est disponible dans
votre pays. Indiquez le nom d'un fauteuil
courant dans votre pays et indiquez son prix.

C24

Dans votre pays, dans le cadre de la location d'un **fauteuil actif**,
quelle que soit la marque, auprès d'un...
fournisseur public,
pouvez-vous nous indiquer les prix payés
pour le fauteuil roulant par l'acheteur public ?
(en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

C25

Dans votre pays, dans le cadre d'une **location** du **fauteuil actif** cité en exemple, auprès d'un...
fournisseur privé (avec financement public),
pouvez-vous nous indiquer combien
le loueur privé achète-t-il le fauteuil ?
(en monnaie locale)

Choisissez le fauteuil le plus courant
parmi les trois exemples et indiquez son prix
(une seule réponse possible). Si aucun de ces
fauteuils n'est disponible dans votre pays,
veuillez indiquer le nom d'un fauteuil
courant dans votre pays et son prix.

Marque : Invacare
modèle : Action 5 Rigid

Marque : Sunrise Medical
modèle : Quickie Life R

Marque : Vermeiren
modèle : Sagitta

Aucun de ces fauteuils n'est disponible dans
votre pays. Indiquez le nom d'un fauteuil
courant dans votre pays et indiquez son prix.

C26

Dans votre pays, dans le cadre de la location d'un **fauteuil actif**,
quelle que soit la marque, auprès d'un...
fournisseur privé (avec financement public),
pouvez-vous nous indiquer
combien le loueur privé achète-t-il le fauteuil ?
(en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

C27

Dans votre pays, dans le cadre de la location du fauteuil électrique verticalisateur cité en exemple, auprès d'un...
fournisseur public,
 pouvez-vous nous indiquer le prix payé par l'acheteur public pour le fauteuil roulant ?
 (en monnaie locale)

Choisissez le fauteuil le plus courant parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucun de ces fauteuils n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom d'un fauteuil courant dans votre pays et son prix.

Marque : Otto Bock
 modèle : C 1000 SF

Marque : Permobil
 modèle : F 5 Corpus VS

Marque : Sunrise Medical
 modèle : Q 700 UP M

Aucun de ces fauteuils n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom d'un fauteuil courant dans votre pays et indiquez son prix.

C28

Dans votre pays, dans le cadre de la location d'un fauteuil électrique verticalisateur, quelle que soit la marque, auprès d'un...
fournisseur public,
 pouvez-vous nous indiquer les prix payés pour le fauteuil roulant par l'acheteur public ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

C29

Dans votre pays, dans le cadre de la location du fauteuil électrique verticalisateur cité en exemple, auprès d'un...
fournisseur privé (avec financement public),
 pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il le fauteuil ?
 (en monnaie locale)

Choisissez le fauteuil le plus courant parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucun de ces fauteuils n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom d'un fauteuil courant dans votre pays et son prix.

Marque : Otto Bock
 modèle : C 1000 SF

Marque : Permobil
 modèle : F 5 Corpus VS

Marque : Sunrise Medical
 modèle : Q 700 UP M

Aucun de ces fauteuils n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom d'un fauteuil courant dans votre pays et indiquez son prix.

C30

Dans votre pays, dans le cadre de la location d'un fauteuil électrique verticalisateur, quelle que soit la marque, auprès d'un...
fournisseur privé (avec financement public),
 pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il le fauteuil ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

C31

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition du...

fauteuil roulant basique cité en exemple, pouvez-vous nous indiquer le prix payé par l'acheteur public ? (en monnaie locale)

Choisissez le fauteuil le plus courant parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucun de ces fauteuils n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom d'un fauteuil courant dans votre pays et son prix.

Marque : Invacare
modèle : Action 3 NG

Marque : Vermeiren
modèle : V500

Marque : Sunrise Medical
modèle : Style X Ultra

Aucun de ces fauteuils n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom d'un fauteuil courant dans votre pays et indiquez son prix.

C32

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition d'un...

fauteuil roulant basique, quelle que soit la marque, pouvez-vous nous indiquer les prix payés par l'acheteur public ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

C33

fauteuil actif cité en exemple, pouvez-vous nous indiquer le prix payé par l'acheteur public ? (en monnaie locale)

Choisissez le fauteuil le plus courant parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucun de ces fauteuils n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom d'un fauteuil courant dans votre pays et son prix.

Marque : Invacare
modèle : Action 5 Rigid

Marque : Sunrise Medical
modèle : Quickie Life R

Marque : Vermeiren
modèle : Sagitta

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une aide auditive de classe 2 courante dans votre pays.

C34

fauteuil actif, quelle que soit la marque, pouvez-vous nous indiquer les prix payés par l'acheteur public ? (en monnaie locale)



Prix minimum <input type="checkbox"/>	Prix moyen <input type="checkbox"/>	Prix maximum <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C35

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition du...

fauteuil électrique verticalisateur cité en exemple, pouvez-vous nous indiquer le prix payé par l'acheteur public ? (en monnaie locale)

Choisissez le fauteuil le plus courant parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucun de ces fauteuils n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom d'un fauteuil courant dans votre pays et son prix.

Marque : Otto Bock
modèle : C 1000 SF

Marque : Permobil
modèle : F 5 Corpus VS

Marque : Sunrise Medical
modèle : Q 700 UP M

Aucun de ces fauteuils n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom d'un fauteuil courant dans votre pays et indiquez son prix.

C36

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition d'un...

fauteuil électrique verticalisateur, quelle que soit la marque, pouvez-vous nous indiquer les prix payés par l'acheteur public ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

C37

fauteuil roulant basique cité en exemple par des associations ou des organisations caritatives, pouvez-vous nous indiquer combien l'association ou l'organisation caritative paye le fauteuil roulant neuf ? (en monnaie locale)

Choisissez le fauteuil le plus courant parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucun de ces fauteuils n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom d'un fauteuil courant dans votre pays et son prix.

Marque : Invacare
modèle : Action 3 NG

Marque : Vermeiren
modèle : V500

Marque : Sunrise Medical
modèle : Style X Ultra

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une aide auditive de classe 2 courante dans votre pays.

C38

fauteuil roulant basique, quelle que soit la marque, par des associations ou des organisations caritatives, pouvez-vous nous indiquer combien l'association ou l'organisation caritative paye le fauteuil roulant neuf ? (en monnaie locale)



C39

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition du...

fauteuil roulant actif
cité en exemple par des associations ou des organisations caritatives, combien l'association ou l'organisation caritative paye le fauteuil roulant neuf ? (en monnaie locale)

Choisissez le fauteuil le plus courant parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucun de ces fauteuils n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom d'un fauteuil courant dans votre pays et son prix.

Marque : Invacare
modèle : Action 5 Rigid

Marque : Sunrise Medical
modèle : Quickie Life R

Marque : Vermeiren
modèle : Sagitta

Aucun de ces fauteuils n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom d'un fauteuil courant dans votre pays et indiquez son prix.

C41

fauteuil électrique verticalisateur
cité en exemple par des associations ou des organisations caritatives, combien l'association ou l'organisation caritative paye le fauteuil roulant neuf ? (en monnaie locale)

Choisissez le fauteuil le plus courant parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucun de ces fauteuils n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom d'un fauteuil courant dans votre pays et son prix.

Marque : Otto Bock
modèle : C 1000 SF

Marque : Permobil
modèle : F 5 Corpus VS

Marque : Sunrise Medical
modèle : Q 700 UP M

Aucun de ces fauteuils n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom d'un fauteuil courant dans votre pays et indiquez son prix.

C40

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition d'un...

fauteuil roulant actif,
quelle que soit la marque, par des associations ou des organisations caritatives, pouvez-vous nous indiquer combien l'association ou l'organisation caritative paye le fauteuil roulant neuf ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

C42

fauteuil électrique verticalisateur,
quelle que soit la marque, par des associations ou des organisations caritatives, pouvez-vous nous indiquer combien l'association ou l'organisation caritative paye le fauteuil roulant neuf ? (en monnaie locale)



C43

C44

C45

Pour au moins une des trois aides,
vous avez déclaré que M. Smith pouvait se procurer son...

fauteuil roulant neuf
via l'achat auprès d'un
prestataire public ou privé.

M. Smith
a le choix entre... ?



fauteuil roulant reconditionné
via l'achat auprès d'un
prestataire public ou privé.

M. Smith
a le choix entre... ?



fauteuil roulant
via la location auprès d'un
prestataire public ou privé.

Dans ce cas, est-ce que
M. Smith
a le choix entre... ?



	Entre 1 et 5 aides	Entre 6 et 25 aides	Plus de 25 aides	Sans objet*	Ne sait pas
Fauteuil basique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil électrique verticalisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Si C43 : Sans objet, pas d'achat possible pour cette aide ;
Si C44 : Sans objet, pas d'achat reconditionné possible pour cette aide ;
Si C45 : Sans objet, pas de location possible pour cette aide ;

C46

C47

Pour au moins une des trois aides, vous avez déclaré que M. Smith
pouvait se procurer son fauteuil roulant via la mise à disposition (ou prêt)...

d'un fauteuil
roulant par un fournisseur public.
M. Smith a le choix entre... ?



par des associations
ou des organisations caritatives.
M. Smith a le choix entre... ?



	Entre 1 ou 2 aides	Entre 3 et 10 aides	Pus de 10 aides	Sans objet, pas mise à disposition possible pour cette aide	Ne sait pas
Fauteuil basique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil électrique verticalisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

Annexe 3 - Questionnaire complet - page 16/65

Irdes - décembre 2025

C48 | Dans le cas de la location d'un des trois fauteuils cités en exemple, est-ce que M. Smith doit payer quelque chose, une fois les financeurs publics pris en compte ?

	Non, aucun reste à charge	Moins de 10 euros par mois	de 10 à 49 euros par mois	de 50 à 200 euros par mois	plus de 200 euros par mois	Sans objet, pas de location pour cette aide
Fauteuil basique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil électrique verticalisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C49 | Dans le cas de l'achat neuf d'une des trois aides citée en exemple, est-ce que M. Smith doit payer quelque chose, une fois les financeurs publics pris en compte ?

	Aucun reste à charge	moins de 100 euros	entre 100 et 499 euros	entre 500 et 1500 euros	plus de 1500 euros	Sans objet, pas d'achat possible pour cette aide
Fauteuil basique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil électrique verticalisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C50 | Dans le cas de la location d'un des trois fauteuils cités en exemple auprès d'un prestataire privé, combien le financeur public paye-t-il au loueur ?

	moins de 50 euros par mois	entre 50 et 200 euros par mois	plus de 200 euros par mois	Sans objet, pas de location pour cette aide
Fauteuil basique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil électrique verticalisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C51 | Quelle que soit la modalité (achat, location, mise à disposition), est-il possible pour M. Smith d'avoir un fauteuil roulant sans reste à charge, grâce au financement public ?

	Oui, quelle que soit l'aide choisie, elle est intégralement prise en charge	Oui, un certain nombre d'aides à une prise en charge intégrale, mais pas tous les modèles	Non, il n'y a jamais de prise en charge intégrale pour cette aide
Fauteuil basique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil électrique verticalisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C52 | Pour au moins une des trois aides, vous avez déclaré qu'il était possible dans votre pays d'avoir un fauteuil roulant sans reste à charge. Est-ce que le fauteuil est de même qualité (poids, rigidité, matériaux) que les fauteuils cités en exemple ?

Oui

Non

C53 | Pour au moins une des trois aides, vous avez déclaré qu'il n'était pas possible d'obtenir un fauteuil roulant avec un reste à charge nul uniquement par le financement public : est-ce qu'une couverture complémentaire privée peut intervenir pour permettre un reste à charge nul ?

	Oui, les couvertures complémentaires ont l'obligation légale de couvrir le reste à charge pour tous les fauteuils	Oui, les couvertures complémentaires ont une obligation légale de couvrir l'intégralité du reste à charge, mais sur une sélection de fauteuils	Oui, les couvertures complémentaires peuvent couvrir le reste à charge, mais il n'y a pas d'obligation légale
Fauteuil basique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil électrique verticalisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(suite)

	Non, aucune couverture complémentaire ne prend en charge l'intégralité du reste à charge	Non, il n'y a pas de couverture complémentaire privée dans le pays	Sans objet, cette aide peut être intégralement prise en charge par les financements publics
Fauteuil basique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil électrique verticalisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

Annexe 3 - Questionnaire complet - page 18/65

Irdes - décembre 2025

C54 | C55 | C56 | C57 | C58 | C59

Pour l'achat neuf d'un des fauteuils roulants cités en exemple, quelle est la part financée par...

public au niveau national ?	public au niveau régional ?	public au niveau municipal ?	couverture complémentaire privée ?	reste à charge final de l'assuré ?	sans objet, pas d'achat possible pour cette aide
↓	↓	↓	↓	↓	↓

Le total des lignes doit faire 100 %.

Par exemple :

Fauteuil basique - Fauteuil actif - Fauteuil électrique. Public au niveau national : 100-40-20 ;
Public au niveau régional : 40-20 ; Public au niveau municipal 20 ; Couverture complémentaire privée : 10-10 ;
Reste à charge final de l'assuré : 10-30 ; Sans objet, l'achat n'est pas possible pour cette aide.

Fauteuil basique

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fauteuil actif

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fauteuil électrique
verticalisateur

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C60 | C61 | C62 | C63 | C64 | C65

Pour l'achat d'un fauteuil roulant de prix moyen reconditionné, quelle est la part financée par...

public au niveau national ?	public au niveau régional ?	public au niveau municipal ?	couverture complémentaire privée ?	reste à charge final de l'assuré ?	sans objet, pas d'achat possible pour cette aide
↓	↓	↓	↓	↓	↓

Le total des lignes doit faire 100 %.

Par exemple :

Fauteuil basique - Fauteuil actif - Fauteuil électrique. Public au niveau national : 100-40-20 ;
Public au niveau régional : 40-20 ; Public au niveau municipal 20 ; Couverture complémentaire privée : 10-10 ;
Reste à charge final de l'assuré : 10-30 ; Sans objet, l'achat n'est pas possible pour cette aide.

Fauteuil basique

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fauteuil actif

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fauteuil électrique
verticalisateur

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

Annexe 3 - Questionnaire complet - page 19/65

Irdes - décembre 2025

C66 | **C67** | **C68** | **C69** | **C70** | **C71**

Pour la location d'un fauteuil cité en exemple, quelle est la part financée par...

public au niveau national ?	public au niveau régional ?	public au niveau municipal ?	couverture complémentaire privée ?	reste à charge final de l'assuré ?	sans objet, pas d'achat possible pour cette aide
↓	↓	↓	↓	↓	↓

Le total des lignes doit faire 100 %.

Par exemple :

Fauteuil basique - Fauteuil actif - Fauteuil électrique. Public au niveau national : 100-40-20 ;

Public au niveau régional : 40-20 ; Public au niveau municipal 20 ; Couverture complémentaire privée : 10-30 ;

Reste à charge final de l'assuré : 10-10 ; Sans objet, la location n'est pas possible pour cette aide.

Fauteuil basique

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fauteuil actif

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fauteuil électrique
verticalisateur

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C72 | **C73** | **C74** | **C75**

Dans le cadre d'une mise à disposition, quelle est la part du fauteuil financée par...

public au niveau national ?	public au niveau régional ?	public au niveau municipal ?	sans objet, la mise à disposition n'est pas possible pour cette aide
↓	↓	↓	↓

Le total des lignes doit faire 100 %.

Par exemple :

Fauteuil basique - Fauteuil actif - Fauteuil électrique. Public au niveau national : 100-40-20 ;

Public au niveau régional : 40-60 ; Public au niveau municipal 20-20 ;

Sans objet, la mise à disposition n'est pas possible pour cette aide.

Fauteuil basique

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fauteuil actif

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fauteuil électrique
verticalisateur

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Partie D. Fauteuils roulants - Accompagnement

D1 | Les questions qui suivent vont porter sur l'accompagnement dans le choix et le suivi du fauteuil roulant.

Attention : nous raisonnons ici dans le cadre du modèle dominant de votre pays (achat neuf, achat d'occasion, location ou mise à disposition)

Avant le choix de l'équipement, est-ce que M. Smith peut bénéficier d'un accompagnement par un professionnel spécialisé dans les fauteuils roulants ?

Nous entendons par accompagnement : information sur les aides techniques disponibles, aide au choix, essai d'aide technique, formation à l'usage du fauteuil roulant, etc.

- Oui, cet accompagnement est prévu par la loi
- Oui, il peut se faire, mais il n'est pas systématique
- Il n'y a pas d'aide au choix

D2 | Cet accompagnement est assuré par...

- Un service public
- Un service privé ou le fournisseur de fauteuils roulants

D3 | Vous avez déclaré que M. Smith pouvait bénéficier d'un accompagnement assuré par un service public. Dans ce cadre, y a-t-il une prise en charge publique de cet accompagnement ? Si oui, à quel niveau se fait le financement ?

- Oui, au niveau national (par exemple assurance maladie publique)
- Oui, au niveau infranational (par exemple région, département, *lander*, communauté, province, etc.)
- Oui, au niveau local (par exemple municipalité, ville, intercommunalité, etc.)
- Aucune prise en charge publique

D4 | Dans ce cadre, M. Smith doit-il s'acquitter d'une participation financière pour cet accompagnement ?

- Oui
 Non

D5 | Vous avez déclaré que M. Smith pouvait bénéficier d'un accompagnement assuré par un service privé ou le fournisseur de fauteuils roulants. Dans ce cadre, y a-t-il une prise en charge publique de cet accompagnement ? Si oui, à quel niveau se fait le financement ?

- Oui, au niveau national (par exemple assurance maladie publique)
 Oui, au niveau infranational (par exemple région, département, *lander*, communauté, province, etc.)
 Oui, au niveau local (par exemple municipalité, ville, intercommunalité, etc.)
 Aucune prise en charge publique

D6 | Dans le cadre de la prise en charge de l'accompagnement avant l'équipement par le service privé ou le fournisseur de fauteuils roulants, est-ce que M. Smith doit s'acquitter d'une participation financière ?

- Oui
 Non

D7 | Une fois le fauteuil roulant acquis, est-ce que M. Smith bénéficie d'un suivi par un professionnel spécialisé ?

Nous nous intéressons ici à l'aide technique obtenue, et plus spécifiquement à l'accompagnement pour un bon usage de l'aide technique (en dehors de toute défaillance de l'aide technique).

- Oui, il est prévu par la loi
 Oui, il peut se faire, mais n'est pas systématique
 Pas de suivi

D8 | Ce suivi est-il assuré par un service public ?

Oui

Non

D9 | Vous avez déclaré que ce suivi après équipement était assuré par un service public. Quel niveau de financement public prend en charge ce suivi ?

National (par exemple assurance maladie publique)

Infranational (par exemple région, département, *lander*, communauté, province)

Local (par exemple municipalité, ville, intercommunalité, etc.)

Aucun/Autre

D10 | M. Smith doit-il s'acquitter d'une participation financière pour ce suivi ?

Oui

Non

D11 | Ce suivi après équipement, est-il assuré par un service privé ou le fournisseur de fauteuil roulant ?

Oui

Non

D12 | Quel est le niveau de financement public lors d'un suivi par un service ou un fournisseur privé ?

- National
- Infranational
- Local
- Aucun

D13 | Ce suivi a pour objectif prioritaire ?

- L'accompagnement dans l'aide obtenue
- La satisfaction complète de l'utilisateur
(pouvant aller jusqu'au changement d'aide technique si besoin)

D14 | Avez-vous des précisions à apporter sur les conseils à l'équipement et sur le suivi ?

E. Fauteuils roulants - Producteur national d'aides techniques

E1 | Existe-t-il un ou des producteurs nationaux de fauteuils roulants ?
Si oui, pouvez-vous préciser le(s) nom(s) ?

- Oui
- Non

F. Aides auditives - Acquisition

Nous allons vous poser dans cette section plusieurs questions sur les aides auditives : accès au marché, financement, reste à charge...

Nous souhaitons obtenir des informations sur le prix et le financement public pour trois types d'aides auditives

Avant de vous poser les questions, nous aimerions que vous preniez le temps de lire les descriptions de ces trois types d'aides auditives.

IMPORTANT : Les implants cochléaires ne seront ici pas étudiés.

1. Type d'aide auditive de classe 1

Exemple de RIC (receiver in the ear) : OTICON, Siya RIC

Exemple d'intra-auriculaire (CIC/IIC/ITE) : SIGNIA, Silk 3NX

Exemple de contour (BTE) : PHONAK, B30 P

2. Type d'aide auditive de classe 2

Exemple de RIC (receiver in the ear) : OTICON, More 2

Exemple d'intra-auriculaire (CIC/IIC/ITE) : STARKEY, Muse iQ i2000

Exemple de contour (BTE) : SIGNIA, MOTION 5nx

3. Type d'aide auditive de classe 3

Exemple de RIC (receiver in the ear) : PHONAK, Audéo Paradise 90R

Exemple d'intra-auriculaire (CIC/IIC/ITE) : WIDEX, Moment 440 CIC

Exemple de contour (BTE) : STARKEY, Livio AI 2400 BTE

Nous appellerons ensuite les trois types d'aide : Classe 1, Classe 2 et Classe 3.

F1 | Merci d'avoir pris le temps de lire ces descriptifs.

Pour la suite du questionnaire, nous allons vous poser des questions à partir d'un cas fictif. Nous aimerions que pour remplir le questionnaire, vous gardiez toujours à l'esprit qu'il s'agit d'expliquer le financement pour cette personne pour le type d'aide auditive indiqué dans nos exemples.

M. Smith est une personne sourde de 35 ans. Il a besoin d'un appareil auditif. M. Smith dispose d'un revenu régulier issu de son travail, et ne bénéficie pas des minima sociaux. Le financement possible des aides auditives, par des organismes publics, lié à l'activité professionnelle de M. Smith ne doit pas être pris en compte.

F2 | Est-ce que M. Smith doit déposer un dossier auprès d'une commission ou un comité ou un centre public spécialisé dans les aides techniques pour obtenir un financement public ?

	Oui	Non, mais des financements publics sont possibles	Sans objet, pas de financement public pour cette aide
Aide auditive de classe 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F3 | Vous avez déclaré pour au moins une des trois aides qu'il était possible de déposer un dossier auprès d'une commission, d'un comité ou d'un centre spécialisé. Pouvez-vous préciser le(s) nom(s) de la commission, du comité ou du centre public spécialisé ?

F4 | Parmi toutes ces modalités, pouvez-vous préciser la plus fréquente dans votre pays (un seul choix possible) ? Dans la suite du questionnaire, nous appellerons cette modalité le modèle dominant.

	Achat neuf auprès d'un fournisseur public	Achat neuf auprès d'un fournisseur privé (avec financement public)	Achat reconditionné auprès d'un fournisseur public	Achat reconditionné auprès d'un fournisseur privé (avec financement public)
Aide auditive de classe 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(suite)

	Location à long terme auprès d'un fournisseur public	Location à long terme auprès d'un fournisseur privé (avec financement public)	Mise à disposition (ou un prêt) par un fournisseur public	Mise à disposition (ou un prêt) par des associations ou des organisations caritatives	Achat privé sans aide publique
Aide auditive de classe 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

Annexe 3 - Questionnaire complet - page 26/65

Irdes - décembre 2025

F5	F6	F7		
Pouvez-vous nous indiquer si les modalités d'acquisition suivantes sont fréquentes, anecdotiques ou n'existent pas pour...				
les aides auditives de classe 1 ?	les aides auditives de classe 2 ?	les aides auditives de classe 3 ?		
↓	↓	↓		
	Fréquente	Anecdotique	Cette modalité d'acquisition n'existe pas	Ne sait pas
Achat neuf auprès d'un fournisseur public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achat neuf auprès d'un fournisseur privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achat reconditionné auprès d'un fournisseur public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achat reconditionné auprès d'un fournisseur privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Location à long terme auprès d'un fournisseur public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Location à long terme auprès d'un fournisseur privé (avec financement public)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mise à disposition (ou un prêt) par un fournisseur public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mise à disposition (ou un prêt) par des associations ou des organisations caritatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achat privé sans aide publique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. Aides auditives - Financement

Imaginons que M. Smith souhaite faire financer son aide auditive

G1 | Quelles que soient les modalités d'accès de M. Smith à l'aide technique, l'aide auditive est-elle financée par un seul niveau de financement public (national, infranational ou local) ?

National (par exemple : assurance maladie publique)

Infranational (par exemple : région, département, *lander*, communauté, province)

Local (par exemple : municipalité, ville, intercommunalité)

	Oui	Non	Sans objet, pas de financement public
Aide auditive de classe 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G2 | Vous avez déclaré pour au moins une des trois aides qu'il était possible de la financer par un seul niveau de financement public. Pouvez-vous préciser à quel niveau se fait le financement ?

	National (par ex. assurance maladie publique)	Infranational (par ex. région, département, <i>lander</i> , communauté, province, etc)	Local (par ex. municipalité, ville, intercommunalité, etc)	Sans objet, pas de financement unique
Aide auditive de classe 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G3

G4

G5

Vous avez déclaré pour au moins une des trois aides, que le financement de l'aide pouvait s'effectuer à plusieurs niveaux. Pouvez-vous préciser les niveaux de financement ? (plusieurs réponses possibles)

Aide auditive
de classe 1

Aide auditive
de classe 2

Aide auditive
de classe 3



- National (par ex. assurance maladie publique)
 - Infranational (par ex. région, département, *lander*, communauté, province, etc)
 - Local (par ex. municipalité, ville, intercommunalité, etc)
 - Sans objet, pas de financements multiples

G6 | Pour au moins une des trois aides, vous avez déclaré, qu'il y avait plusieurs sources de financement possibles. Est-ce que M. Smith peut déposer son « dossier » dans une instance qui s'occupe de gérer la coordination entre les différents financeurs ?

- Oui, la coordination est systématique
- Oui, la coordination est possible mais pas systématique
- Non, il n'y a pas de coordination. M. Smith doit solliciter les différents financeurs lui-même

<p>G7</p> <p>Dans votre pays, dans le cadre de l'achat neuf de l'aide auditive de classe 1 citée en exemple, pouvez-vous nous indiquer son prix ?</p> <p>Choisissez l'aide auditive la plus courante dans votre pays, parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible).</p> <p>Si aucune de ces aides auditives n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque... d'une aide auditive de classe 1 courante dans votre pays et son prix.</p>	<p>G9</p> <p>Dans votre pays, dans le cadre de l'achat neuf de l'aide auditive de classe 2 citée en exemple, pouvez-vous nous indiquer son prix ?</p> <p>d'une aide auditive de classe 2 courante dans votre pays et son prix.</p>	<p>G11</p> <p>Dans votre pays, dans le cadre de l'achat neuf de l'aide auditive de classe 3 citée en exemple, pouvez-vous nous indiquer son prix ?</p> <p>d'une aide auditive de classe 3 courante dans votre pays et son prix.</p>
<p>Marque : Oticon modèle : Siya RIC</p> <p>Marque : Signia modèle : Silk 3NX</p> <p>Marque : Phonak modèle : B30 P</p> <p>Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une aide auditive de classe 1 courante dans votre pays.</p>	<p>Marque : Oticon modèle : More 2</p> <p>Marque : Starkey modèle : Muse iQ i2000</p> <p>Marque : Signia modèle : MOTION 5nx</p> <p>Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une aide auditive de classe 2 courante dans votre pays.</p>	<p>Marque : Phonak modèle : Audéo Paradise 90R</p> <p>Marque : Widex modèle : Moment 440 CIC</p> <p>Marque : Starkey modèle : Livio AI 2400 BTE</p> <p>Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une aide auditive de classe 3 courante dans votre pays.</p>
<p>G8</p> <p>Dans votre pays, dans le cadre de l'achat neuf d'une aide auditive de classe 1... ↓ ... quelle que soit sa marque, pouvez-vous nous indiquer les prix de vente suivants... (en monnaie locale)</p> <p>Prix minimum</p>	<p>G10</p> <p>Dans votre pays, dans le cadre de l'achat neuf d'une aide auditive de classe 2... ↓</p> <p>Prix moyen</p>	<p>G12</p> <p>Dans votre pays, dans le cadre de l'achat neuf d'une aide auditive de classe 3... ↓</p> <p>Prix maximum</p>

G13

G14

G15

G16

G17

G18

Dans votre pays, dans le cadre de l'achat d'une...

aide auditive de classe 1
reconditionnée
auprès d'un fournisseur...

public



privé (avec
financement
public)



aide auditive de classe 2
reconditionnée
auprès d'un fournisseur...

public



privé (avec
financement
public)



aide auditive de classe 3
reconditionnée
auprès d'un fournisseur...

public



privé (avec
financement
public)



quelle que soit la marque, pouvez-vous nous
indiquer les prix de vente suivants ? (en monnaie locale)

Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

G19

Dans votre pays, dans le cadre de la location de l'aide auditive de classe 1 citée en exemple, auprès d'un...

fournisseur public
pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il l'aide auditive ? (en monnaie locale)

Choisissez l'aide auditive la plus courante parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides auditives n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'une aide auditive de classe 1 courante dans votre pays et son prix.

Marque : Oticon
modèle : Siya RIC

Marque : Signia
modèle : Silk 3NX

Marque : Phonak
modèle : B30 P

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une aide auditive de classe 1 courante dans votre pays.

G20

fournisseur public, pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il l'aide auditive ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

G21

fournisseur privé (avec financement public)
pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il l'aide auditive ? (en monnaie locale)

Choisissez l'aide auditive la plus courante parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides auditives n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'une aide auditive de classe 1 courante dans votre pays et son prix.

Marque : Oticon
modèle : Siya RIC

Marque : Signia
modèle : Silk 3NX

Marque : Phonak
modèle : B30 P

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une aide auditive de classe 1 courante dans votre pays.

G22

Dans votre pays, dans le cadre de la location d'une aide auditive de classe 1, quelle que soit la marque, auprès d'un...

fournisseur privé (avec financement public), pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il l'aide auditive ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

G23

Dans votre pays, dans le cadre de la location de l'aide auditive de classe 2 citée en exemple, auprès d'un...

fournisseur public
pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il l'aide auditive ? (en monnaie locale)

Choisissez l'aide auditive la plus courante parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides auditives n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'une aide auditive de classe 2 courante dans votre pays et son prix.

Marque : Oticon
modèle : More 2

Marque : Starkey
modèle : Muse iQ i2000

Marque : Signia
modèle : Motion 5nx

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une aide auditive de classe 2 courante dans votre pays.

G24

Dans votre pays, dans le cadre de la location d'une aide auditive de classe 2, quelle que soit la marque, auprès d'un...

fournisseur public, pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il l'aide auditive ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

G25

fournisseur privé (avec financement public)
pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il l'aide auditive ? (en monnaie locale)

Choisissez l'aide auditive la plus courante parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides auditives n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'une aide auditive de classe 2 courante dans votre pays et son prix.

Marque : Oticon
modèle : More 2

Marque : Starkey
modèle : Muse iQ i2000

Marque : Signia
modèle : Motion 5nx

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une aide auditive de classe 2 courante dans votre pays.

G26

fournisseur privé (avec financement public), pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il l'aide auditive ? (en monnaie locale)



G27

Dans votre pays, dans le cadre de la location de l'aide auditive de classe 3 citée en exemple, auprès d'un...

fournisseur public
pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il l'aide auditive ? (en monnaie locale)

Choisissez l'aide auditive la plus courante parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides auditives n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'une aide auditive de classe 3 courante dans votre pays et son prix.

Marque : Phonak
modèle : Audéo Paradise 90R

Marque : Widex
modèle : Moment 440 CIC

Marque : Starkey
modèle : Livio AI 2400 BTE

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une aide auditive de classe 3 courante dans votre pays.

G28

Dans votre pays, dans le cadre de la location d'une aide auditive de classe 3 quelle que soit la marque, auprès d'un...

fournisseur public, pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il l'aide auditive ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

G29

fournisseur privé (avec financement public)
pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il l'aide auditive ? (en monnaie locale)

Choisissez l'aide auditive la plus courante parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides auditives n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'une aide auditive de classe 3 courante dans votre pays et son prix.

Marque : Phonak
modèle : Audéo Paradise 90R

Marque : Widex
modèle : Moment 440 CIC

Marque : Starkey
modèle : Livio AI 2400 BTE

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une aide auditive de classe 3 courante dans votre pays.

G30

fournisseur privé (avec financement public), pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il l'aide auditive ? (en monnaie locale)



Prix minimum <input type="checkbox"/>	Prix moyen <input type="checkbox"/>	Prix maximum <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

G31

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition de...

l'aide auditive de classe 1 citée en exemple, pouvez-vous nous indiquer le prix payé par l'acheteur public ? (en monnaie locale)

Choisissez l'aide auditive la plus courante parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides auditives n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'une aide auditive de classe 1 courante dans votre pays et son prix.

Marque : Oticon
modèle : Siya RIC

Marque : Signia
modèle : Silk 3NX

Marque : Phonak
modèle : B30 P

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une aide auditive de classe 1 courante dans votre pays.

G32

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition d'une

aide auditive de classe 1, quelle que soit la marque, pouvez-vous nous indiquer les prix payés par l'acheteur public ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

G33

l'aide auditive de classe 2 citée en exemple, pouvez-vous nous indiquer le prix payé par l'acheteur public ? (en monnaie locale)

Choisissez l'aide auditive la plus courante parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides auditives n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'une aide auditive de classe 2 courante dans votre pays et son prix.

Marque : Oticon
modèle : More 2

Marque : Starkey
modèle : Muse iQ i2000

Marque : Signia
modèle : Motion 5NX

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une aide auditive de classe 2 courante dans votre pays.

G34

aide auditive de classe 2, quelle que soit la marque, pouvez-vous nous indiquer les prix payés par l'acheteur public ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

G35

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition de l'aide auditive de classe 3 citée en exemple, pouvez-vous nous indiquer le prix payé par l'acheteur public ? (en monnaie locale)

Choisissez l'aide auditive la plus courante parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides auditives n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'une aide auditive de classe 3 courante dans votre pays et son prix.

Marque : Phonak
modèle : Audéo Paradise 90R

Marque : Widex
modèle : Moment 440 CIC

Marque : Starkey
modèle : Livio AI 2400 BTE

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une aide auditive de classe 3 courante dans votre pays.

G36

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition d'une aide auditive de classe 3, quelle que soit la marque, pouvez-vous nous indiquer les prix payés par l'acheteur public ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

G37

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition de l'aide auditive de classe 1 citée en exemple par des associations ou des organisations caritatives, pouvez-vous nous indiquer combien l'association ou l'organisation caritative paye l'aide auditive neuve ? (en monnaie locale)

Choisissez l'aide auditive la plus courante parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides auditives n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'une aide auditive de classe 1 courante dans votre pays et son prix.

Marque : Oticon
modèle : Siya RIC

Marque : Signia
modèle : Silk 3NX

Marque : Phonak
modèle : B30 P

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une aide auditive de classe 1 courante dans votre pays.

G38

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition d'une aide auditive de classe 1, quelle que soit la marque, par des associations ou des organisations caritatives, pouvez-vous nous indiquer combien l'association ou l'organisation caritative paye l'aide auditive neuve ? (en monnaie locale)



G39

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition de l'aide auditive de classe 2 citée en exemple...

par des associations ou des organisations caritatives, pouvez-vous nous indiquer combien l'association ou l'organisation caritative paye l'aide auditive neuve ? (en monnaie locale)

Choisissez l'aide auditive la plus courante parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides auditives n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'une aide auditive de classe 2 courante dans votre pays et son prix.

Marque : Oticon
modèle : More 2

Marque : Starkey
modèle : Muse iQ i2000

Marque : Signia
modèle : Motion 5NX

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une aide auditive de classe 2 courante dans votre pays.

G40

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition d'une aide auditive de classe 2, quelle que soit la marque...

par des associations ou des organisations caritatives, pouvez-vous nous indiquer combien l'association ou l'organisation caritative paye l'aide auditive neuve ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

G41

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition de l'aide auditive de classe 3 citée en exemple...

par des associations ou des organisations caritatives, pouvez-vous nous indiquer combien l'association ou l'organisation caritative paye l'aide auditive neuve ? (en monnaie locale)

Choisissez l'aide auditive la plus courante parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides auditives n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'une aide auditive de classe 3 courante dans votre pays et son prix.

Marque : Phonak
modèle : Audéo Paradise 90R

Marque : Widex
modèle : Moment 440 CIC

Marque : Starkey
modèle : Livio AI 2400 BTE

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une aide auditive de classe 3 courante dans votre pays.

G42

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition d'une aide auditive de classe 3, quelle que soit la marque...

par des associations ou des organisations caritatives, pouvez-vous nous indiquer combien l'association ou l'organisation caritative paye l'aide auditive neuve ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

Annexe 3 - Questionnaire complet - page 36/65

Irdes - décembre 2025

G43

G44

G45

**Pour au moins une des trois aides,
vous avez déclaré que M. Smith pouvait se procurer son...**

**aide auditive neuve
via l'achat auprès d'un
prestataire public ou privé.
M. Smith
a le choix entre... ?**

**aide auditive reconditionnée
via l'achat auprès d'un
prestataire public ou privé.
M. Smith
a le choix entre... ?**

**aide auditive
via la location auprès d'un
prestataire public ou privé.
Dans ce cas, est-ce que
M. Smith
a le choix entre... ?**



	Entre 1 et 5 aides	Entre 6 et 25 aides	Plus de 25 aides	Sans objet*	Ne sait pas
Aide auditive de classe 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Si G43 : Sans objet, pas d'achat possible pour cette aide ;
Si G44 : Sans objet, pas d'achat reconditionné possible pour cette aide ;
Si G45 : Sans objet, pas de location possible pour cette aide ;

G46

G47

**Pour au moins une des trois aides,
vous avez déclaré que M. Smith pouvait se procurer son aide auditive
via la mise à disposition (ou prêt)...**

**par un fournisseur public.
M. Smith a le choix entre... ?**

**par des associations
ou des organisations caritatives.
M. Smith a le choix entre... ?**



	Entre 1 ou 2 aides	Entre 3 et 10 aides	Plus de 10 aides	Sans objet, pas de mise à disposition possible pour cette aide	Ne sait pas
Aide auditive de classe 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G48 | Dans le cas de la location d'une des trois aides citées en exemple, est-ce que M. Smith doit payer quelque chose, une fois les financeurs publics pris en compte ?

	Non, aucun reste à charge	Moins de 10 euros par mois	de 10 à 49 euros par mois	de 50 à 200 euros par mois	plus de 200 euros par mois	Sans objet, pas de location pour cette aide
Aide auditive de classe 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G49 | Dans le cas de l'achat neuf d'une des trois aides citées en exemple, est-ce que M. Smith doit payer quelque chose, une fois les financeurs publics pris en compte ?

	Aucun reste à charge	moins de 100 euros	entre 100 et 499 euros	entre 500 et 1500 euros	plus de 1500 euros	Sans objet, pas d'achat possible pour cette aide
Aide auditive de classe 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G50 | Dans le cas de la location d'une des trois aides citées en exemple auprès d'un prestataire privé, combien le financeur public paye-t-il au loueur ?

	moins de 50 euros par mois	entre 50 et 200 euros par mois	plus de 200 euros par mois	Sans objet, pas de location pour cette aide
Aide auditive de classe 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

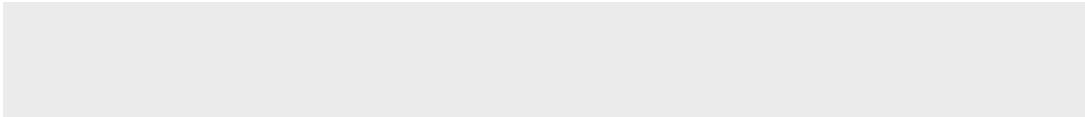
G51 | Quelle que soit la modalité (achat, location, mise à disposition), est-il possible pour M. Smith d'avoir une aide auditive sans reste à charge, grâce au financement public ?

	Oui, quelle que soit l'aide choisie, elle est intégralement prise en charge	Oui, un certain nombre d'aides a une prise en charge intégrale, mais pas tous les modèles	Non, il n'y a jamais de prise en charge intégrale pour cette aide
Aide auditive de classe 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G52 | Pour au moins une des trois aides, vous avez déclaré qu'il est possible dans votre pays d'avoir une aide auditive sans reste à charge. Est-ce que cette aide auditive est de même qualité (poids, matériaux, taille) que les aides auditives citées en exemple ?

Oui

Non



G53 | Pour au moins une des trois aides, vous avez déclaré qu'il n'était pas possible d'obtenir une aide auditive avec un reste à charge nul uniquement par le financement public : est-ce qu'une couverture complémentaire privée peut intervenir pour permettre un reste à charge nul ?

	Oui, les couvertures complémentaires ont l'obligation légale de couvrir le reste à charge pour toutes les aides auditives	Oui, les couvertures complémentaires ont une obligation légale de couvrir l'intégralité du reste à charge, mais sur une sélection d'aides auditives	Oui, les couvertures complémentaires peuvent couvrir le reste à charge, mais il n'y a pas d'obligation légale
Aide auditive de classe 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(suite)

	Non, aucune couverture complémentaire ne prend en charge l'intégralité du reste à charge	Non, il n'y a pas de couverture complémentaire privée dans le pays	Sans objet, cette aide peut être intégralement prise en charge par les financements publics
Aide auditive de classe 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide auditive de classe 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

Annexe 3 - Questionnaire complet - page 39/65

Irdes - décembre 2025

G54 | G55 | G56 | G57 | G58 | G59

Pour l'achat d'une aide auditive neuve citée en exemple, quelle est la part financée par...

public au niveau national ?	public au niveau régional ?	public au niveau municipal ?	couverture complémentaire privée ?	reste à charge final de l'assuré ?	sans objet, l'achat n'est pas possible pour cette aide
↓	↓	↓	↓	↓	↓

Le total des lignes doit faire 100 %.

Par exemple :

Aide auditive de classe 1 - Aide auditive de classe 2 - Aide auditive de classe 3.

Public au niveau national : 100-40-20 ; Public au niveau régional : 40-20 ; Public au niveau municipal 20 ;

Couverture complémentaire privée : 10-10 ; Reste à charge final de l'assuré : 10-30 ;

Sans objet, l'achat n'est pas possible pour cette aide.

Aide auditive de classe 1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Aide auditive de classe 2

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Aide auditive de classe 3

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

G60 | G61 | G62 | G63 | G64 | G65

Pour l'achat d'un aide auditive reconditionnée de prix moyen, quelle est la part financée par...

public au niveau national ?	public au niveau régional ?	public au niveau municipal ?	couverture complémentaire privée ?	reste à charge final de l'assuré ?	sans objet, pas d'achat possible pour cette aide
↓	↓	↓	↓	↓	↓

Le total des lignes doit faire 100 %.

Par exemple :

Aide auditive de classe 1 - Aide auditive de classe 2 - Aide auditive de classe 3.

Public au niveau national : 100-40-20 ; Public au niveau régional : 40-20 ; Public au niveau municipal 20 ;

Couverture complémentaire privée : 10-10 ; Reste à charge final de l'assuré : 10-30 ;

Sans objet, l'achat n'est pas possible pour cette aide.

Aide auditive de classe 1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Aide auditive de classe 2

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Aide auditive de classe 3

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

Annexe 3 - Questionnaire complet - page 40/65

Irdes - décembre 2025

G66 | **G67** | **G68** | **G69** | **G70** | **G71**

Pour la location d'une aide auditive citée en exemple, quelle est la part financée par...

public au niveau national ?	public au niveau régional ?	public au niveau municipal ?	couverture complémentaire privée ?	reste à charge final de l'assuré ?	sans objet, pas d'achat possible pour cette aide ?
↓	↓	↓	↓	↓	↓

Le total des lignes doit faire 100 %.

Par exemple :
Aide auditive de classe 1 - Aide auditive de classe 2 - Aide auditive de classe 3.
Public au niveau national : 100-40-20 ; Public au niveau régional : 40-20 ; Public au niveau municipal 20 ;
Couverture complémentaire privée : 10-30 ; Reste à charge final de l'assuré : 10-10 ;
Sans objet, la location n'est pas possible pour cette aide.

Aide auditive de classe 1	<input type="text"/>
Aide auditive de classe 2	<input type="text"/>
Aide auditive de classe 3	<input type="text"/>

G72 | **G73** | **G74** | **G75**

Dans le cadre d'une mise à disposition, quelle est la part de l'aide auditive financée par...

public au niveau national ?	public au niveau régional ?	public au niveau municipal ?	sans objet, pas de mise à disposition de cette aide
↓	↓	↓	↓

Le total des lignes doit faire 100 %.

Par exemple :
Aide auditive de classe 1 - Aide auditive de classe 2 - Aide auditive de classe 3.
Public au niveau national : 100-40-20 ; Public au niveau régional : 40-20 ;
Public au niveau municipal 20-60 ; Sans objet, pas de mise à disposition pour cette aide.

Aide auditive de classe 1	<input type="text"/>
Aide auditive de classe 2	<input type="text"/>
Aide auditive de classe 3	<input type="text"/>

H. Aides auditives - Accompagnement

H1 | Les questions qui suivent vont porter sur l'accompagnement dans le choix et le suivi de l'aide auditive.

Attention : nous raisonnons ici dans le cadre du modèle dominant de votre pays (achat neuf, achat d'occasion, location ou mise à disposition).

Avant le choix de l'équipement, est-ce que M. Smith peut bénéficier d'un accompagnement par un professionnel spécialisé dans les aides auditives ?

Nous entendons par accompagnement : information sur les aides techniques disponibles, aide au choix, essai d'aide technique, formation à l'usage de l'aide auditive, etc.

- Oui, cet accompagnement est prévu par la loi
- Oui, il peut se faire, mais il n'est pas systématique
- Il n'y a pas d'aide au choix

H2 | Cet accompagnement est assuré par...

- Un service public
- Un service privé ou le fournisseur d'aide auditive

H3 | Vous avez déclaré que M. Smith pouvait bénéficier d'un accompagnement assuré par un service public. Dans ce cadre, y a-t-il une prise en charge publique de cet accompagnement ? Si oui, à quel niveau se fait le financement ?

- Oui, au niveau national (par exemple assurance maladie publique)
- Oui, au niveau infranational (par exemple région, département, *lander*, communauté, province, etc.)
- Oui, au niveau local (par exemple municipalité, ville, intercommunalité, etc.)
- Aucune prise en charge publique

H4 | Dans ce cadre, M. Smith doit-il s'acquitter d'une participation financière pour cet accompagnement ?

- Oui
 Non

H5 | Vous avez déclaré que M. Smith pouvait bénéficier d'un accompagnement assuré par un service privé ou le fournisseur d'aide auditive. Dans ce cadre, y a-t-il une prise en charge publique de cet accompagnement ? Si oui, à quel niveau se fait le financement ?

- Oui, au niveau national (par exemple assurance maladie publique)
 Oui, au niveau infranational (par exemple région, département, *lander*, communauté, province, etc.)
 Oui, au niveau local (par exemple municipalité, ville, intercommunalité, etc.)
 Aucune prise en charge publique

H6 | Dans le cadre de la prise en charge de l'accompagnement avant l'équipement par le service privé ou le fournisseur d'aide auditive, est-ce que M. Smith doit s'acquitter d'une participation financière ?

- Oui
 Non

H7 | Une fois l'aide auditive acquise, est-ce que M. Smith bénéficie d'un suivi par un professionnel spécialisé ?

Nous nous intéressons ici à l'aide technique obtenue, et plus spécifiquement à l'accompagnement pour un bon usage de l'aide technique (en dehors de toute défaillance de l'aide technique).

- Oui, il est prévu par la loi
 Oui, il peut se faire, mais n'est pas systématique
 Pas de suivi

H8 | Ce suivi est-il assuré par un service public ?

Oui

Non

H9 | Vous avez déclaré que ce suivi après équipement était assuré par un service public. Quel niveau de financement public prend en charge ce suivi ?

National (par exemple assurance maladie publique)

Infranational (par exemple région, département, *lander*, communauté, province, etc.)

Local (par exemple municipalité, ville, intercommunalité, etc.)

Aucun/Autre

H10 | M. Smith doit-il s'acquitter d'une participation financière pour ce suivi ?

Oui

Non

H11 | Ce suivi après équipement est-il assuré par un service privé ou le fournisseur d'aide technique ?

Oui

Non

H12 | Quel est le niveau de financement public lors d'un suivi par un service ou un fournisseur privé ?

- National
- Infranational
- Local
- Aucun

H13 | Ce suivi a pour objectif prioritaire ?

- L'accompagnement dans l'aide obtenue
- La satisfaction complète de l'utilisateur (pouvant aller jusqu'au changement d'aide auditive si besoin)

H14 | Avez-vous des précisions à apporter sur les conseils à l'équipement et sur le suivi ?

I. Aides auditives - Producteur national d'aides auditives

I1 | Existe-t-il un ou des producteurs nationaux d'aides auditives ?

Si oui, pouvez-vous préciser le(s) nom(s) ?

- Oui
- Non

J. Aides visuelles - Acquisition

Nous allons vous poser dans cette section plusieurs questions sur les aides visuelles : accès au marché, financement, reste à charge...

Nous souhaitons obtenir des informations sur le prix et le financement public pour trois types d'aides visuelles.

Avant de vous poser les questions, nous aimerions que vous preniez le temps de lire les descriptions de ces trois types d'aides visuelles.

1. Plage Braille 14 cellules :

Exemple n° 1 : FREEDOM SCIENTIFIC, Focus 14 5^e génération

Exemple n° 2 : HUMANWARE, Brailliant 14

Exemple n° 3 : HIMS, Smart Beetle

2. Téléagrandisseur fonction vocalisée / *Image-enlarging video systems (ISO 22.03.18)*

Exemple n° 1 / HUMANWARE, Reveal 16i full HD

Exemple n° 2 : KOBIA VISION, Vocatex

3. Lecteur de livre (format DAISY) de poche

Exemple n°1 : HUMANWARE, Victor Reader Stream

Exemple n° 2 : SHINANO KENSHI, PlexTalk Linio Pocket

Exemple n°3 : BONES, MileStone 312 ACE

Ces aides seront appelées dans la suite du questionnaire Lecteur de livre ; Plage Braille ; Téléagrandisseur.

J1 | Merci d'avoir pris le temps de lire ces descriptifs.

Pour la suite du questionnaire, nous allons vous poser des questions à partir d'un cas fictif.

Nous aimerions que pour remplir le questionnaire, vous gardiez toujours à l'esprit qu'il s'agit d'expliquer le financement pour cette personne pour le type d'aide visuelle indiqué dans notre exemple.

M. Smith est une personne malvoyante de 35 ans. Il a besoin d'une aide visuelle. Il dispose d'un revenu régulier issu de son travail, et ne bénéficie pas des minima sociaux. Le financement possible de l'aide visuelle, par des organismes publics, lié à l'activité professionnelle de M. Smith ne doit pas être pris en compte.

J2 | Est-ce que M. Smith doit déposer un dossier auprès d'une commission ou un comité ou un centre public spécialisé dans les aides visuelles pour obtenir un financement public ?

	Oui	Non mais des financements publics sont possibles	Sans objet. Pas de financement public pour cette aide
Lecteur de livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plage Braille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléagrandisseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J3 | Vous avez déclaré pour au moins une des trois aides qu'il était possible de déposer un dossier auprès d'une commission, d'un comité ou d'un centre spécialisé. Pouvez-vous préciser le(s) nom(s) de la commission, du comité ou du centre public spécialisé ?

J4 | Parmi toutes ces modalités, pouvez-vous préciser la plus fréquente dans votre pays (un seul choix possible) ? Dans la suite du questionnaire, nous appellerons cette modalité le modèle dominant.

	Achat neuf auprès d'un fournisseur public	Achat neuf auprès d'un fournisseur privé (avec financement public)	Achat reconditionné auprès d'un fournisseur public	Achat reconditionné auprès d'un fournisseur privé (avec financement public)
Lecteur de livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plage Braille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléagrandisseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(suite)	Location à long terme auprès d'un fournisseur public	Location à long terme auprès d'un fournisseur privé (avec financement public)	Mise à disposition (ou un prêt) par un fournisseur public	Mise à disposition (ou un prêt) par des associations ou des organisations caritatives	Achat privé sans aide publique
Lecteur de livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plage Braille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléagrandisseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J5

J6

J7

Pouvez-vous nous indiquer si les modalités d'acquisition suivantes sont fréquentes, anecdotiques ou n'existent pas pour...

les lecteurs de livre
(aide visuelle) ?

les Plages Braille ?

les téléagrandisseurs ?



	Fréquente	Anecdotique	Cette modalité d'acquisition n'existe pas	Ne sait pas
Achat neuf auprès d'un fournisseur public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achat neuf auprès d'un fournisseur privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achat reconditionné auprès d'un fournisseur public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achat reconditionné auprès d'un fournisseur privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Location à long terme auprès d'un fournisseur public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Location à long terme auprès d'un fournisseur privé (avec financement public)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mise à disposition (ou un prêt) par un fournisseur public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mise à disposition (ou un prêt) par des associations ou des organisations caritatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achat privé sans aide publique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie K. Aides visuelles - Financement

Imaginons que M. Smith souhaite faire financer son aide visuelle

K1 | Quelles que soient les modalités d'accès de M. Smith à l'aide technique, l'aide visuelle est-elle financée par un seul niveau de financement public (national, infranational ou local) ?

National (par exemple : assurance maladie publique)

Infranational (par exemple : région, département, *lander*, communauté, province)

Local (par exemple : municipalité, ville, intercommunalité)

	Oui	Non	Sans objet, pas de prise en charge
Lecteur de livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plage Braille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléagrandisseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K2 | Vous avez déclaré pour au moins une des trois aides qu'il était possible de la financer par un seul niveau de financement public. Pouvez-vous préciser à quel niveau se fait le financement ?

	National (par ex. assurance maladie publique)	Infranational (par ex. région, département, <i>lander</i> , communauté, province, etc)	Local (par ex. municipalité, ville, inter-communalité, etc)	Sans objet pas de financement unique
Lecteur de livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plage Braille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléagrandisseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K3

K4

K5

Vous avez déclaré pour au moins une des trois aides, que le financement de l'aide pouvait s'effectuer à plusieurs niveaux. Pouvez-vous préciser les niveaux de financement ? (plusieurs réponses possibles)

Lecteur de livre

Plage Braille

Téléagrandisseur



- National (par ex. assurance maladie publique)
 - Infranational (par ex. région, département, *lander*, communauté, province, etc)
 - Local (par ex. municipalité, ville, intercommunalité, etc)
 - Sans objet, pas de financements multiples

K6 | Pour au moins une des trois aides, vous avez déclaré qu'il y avait plusieurs sources de financement possibles. Est-ce que M. Smith peut déposer son "dossier" dans une instance qui s'occupe de gérer la coordination entre les différents financeurs ?

- Oui, la coordination est systématique
- Oui, la coordination est possible mais pas systématique
- Non, il n'y a pas de coordination. M. Smith doit solliciter les différents financeurs lui-même

K7

Dans votre pays, dans le cadre de l'achat neuf d'un lecteur de livre cité en exemple, pouvez-vous nous indiquer son prix ?

Choisissez le lecteur de livre le plus courant parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'un lecteur de livre courant dans votre pays et son prix.

Marque : Humanware
modèle : Victor Reader Stream

Marque : Shimano Kenshi
modèle : PlexTalk Linio Pocket

Marque : Bones
modèle : MileStone 312 ACE

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'un lecteur de livre électronique courant dans votre pays.

K8

Dans votre pays, dans le cadre de l'achat neuf d'un lecteur de livre...



... quelle que soit sa marque, pouvez-vous nous indiquer les prix de vente suivants... (en monnaie locale)

Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

K9

Dans votre pays, dans le cadre de l'achat neuf d'une plage Braille citée en exemple, pouvez-vous nous indiquer son prix ?

Choisissez la plage Braille la plus courante parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'une plage Braille courante dans votre pays et son prix.

Marque : Freedom Scientific
modèle : Focus 14 5e génération

Marque : Humanware
modèle : Brailiant 14

Marque : Hims
modèle : Smart Beetle

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une plage Braille courante dans votre pays.

K10

Dans votre pays, dans le cadre de l'achat neuf d'une plage Braille...



... quelle que soit sa marque, pouvez-vous nous indiquer les prix de vente suivants... (en monnaie locale)

Prix moyen

Prix maximum

K11

Dans votre pays, dans le cadre de l'achat neuf d'un télégrandisseur cité en exemple, pouvez-vous nous indiquer son prix ?

Choisissez le télégrandisseur le plus courant parmi les deux exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'un télégrandisseur courant dans votre pays et son prix.

Marque : Humanware
modèle : Reveal 16i full HD

Marque : Koba Vision
modèle : Vocatex

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'un télégrandisseur courant dans votre pays.

K12

Dans votre pays, dans le cadre de l'achat neuf d'un télégrandisseur...



... quelle que soit sa marque, pouvez-vous nous indiquer les prix de vente suivants... (en monnaie locale)

Prix maximum

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

Annexe 3 - Questionnaire complet - page 50/65

Irdes - décembre 2025

K13

K14

K15

K16

K17

K18

Dans votre pays, dans le cadre de l'achat d'un(e)...

lecteur de livre reconditionné
auprès d'un fournisseur...

public



privé



plage Braille reconditionnée
auprès d'un fournisseur...

public



privé (avec
financement
public)



téléagrandisseur reconditionné
auprès d'un fournisseur...

public



privé (avec
financement
public)



quelle que soit la marque, pouvez-vous nous
indiquer les prix de vente suivants ? (en monnaie locale)

Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

K19

Dans votre pays, dans le cadre de la location d'un lecteur de livre cité en exemple, auprès d'un... fournisseur public
pouvez-vous nous indiquer le prix payé pour le lecteur de livre par l'acheteur public? (en monnaie locale)

Choisissez le lecteur de livre le plus courant parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucun de ces lecteurs de livre n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'un lecteur de livre courant dans votre pays et son prix.

Marque : Humanware
 modèle : Victor Reader Stream

Marque : Shimano Kenshi
 modèle : PlexTalk Linio Pocket

Marque : Bones
 modèle : MileStone 312 ACE

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'un lecteur de livre courant dans votre pays.

K20

Dans votre pays, dans le cadre de la location d'un lecteur de livre, quelle que soit la marque, auprès d'un... fournisseur public,
pouvez-vous nous indiquer les prix payés par l'acheteur public pour le lecteur de livre électronique ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

K21

fournisseur privé (avec financement public)
pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il le lecteur de livre ? (en monnaie locale)

Choisissez le lecteur de livre le plus courant parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucun de ces lecteurs de livre n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'un lecteur de livre courant dans votre pays et son prix.

Marque : Humanware
 modèle : Victor Reader Stream

Marque : Shimano Kenshi
 modèle : PlexTalk Linio Pocket

Marque : Bones
 modèle : MileStone 312 ACE

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'un lecteur de livre courant dans votre pays.

K22

fournisseur privé (avec financement public),
pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il le lecteur de livre ? (en monnaie locale)



K23

Dans votre pays, dans le cadre de la **location**
d'une **plage Braille** citée en exemple, auprès d'un...

fournisseur public

pouvez-vous nous indiquer le prix payé pour la plage Braille par l'acheteur public? (en monnaie locale)

Choisissez la plage Braille la plus courante parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucun de ces plages braille n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'une plage Braille courante dans votre pays et son prix.

Marque : Freedom Scientific
modèle : Focus 14 5e génération

Marque : Humanware
modèle : Brailliant 14

Marque : Hims
modèle : Smart Beetle

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une plage Braille courante dans votre pays.

K24

Dans votre pays, dans le cadre de la **location** d'une **plage Braille** auprès d'un...
fournisseur public, quelle que soit la marque, pouvez-vous nous indiquer les prix payés par l'acheteur public pour la plage Braille électronique ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

K25

fournisseur privé (avec financement public)
pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il le lecteur de livre ? (en monnaie locale)

Choisissez la plage Braille la plus courante parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucun de ces plages braille n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'une plage Braille courante dans votre pays et son prix.

Marque : Freedom Scientific
modèle : Focus 14 5e génération

Marque : Humanware
modèle : Brailliant 14

Marque : Hims
modèle : Smart Beetle

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une plage Braille courante dans votre pays.

K26

fournisseur privé (avec financement public), quelle que soit la marque, pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il la plage Braille ? (en monnaie locale)



K27

Dans votre pays, dans le cadre de la **location** du **téléagrandisseur** cité en exemple, auprès d'un...

fournisseur public
pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il le téléagrandisseur ? (en monnaie locale)

Choisissez le téléagrandisseur le plus courant parmi les deux exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'un téléagrandisseur courant dans votre pays et son prix.

Marque : Humanware
modèle : Reveal 16i full HD

Marque : Koba Vision
modèle : Vocatex

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'un téléagrandisseur courant dans votre pays.

K29

fournisseur privé (avec financement public)
pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il le téléagrandisseur ? (en monnaie locale)

Choisissez le téléagrandisseur le plus courant parmi les deux exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'un téléagrandisseur courant dans votre pays et son prix.

Marque : Humanware
modèle : Reveal 16i full HD

Marque : Koba Vision
modèle : Vocatex

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'un téléagrandisseur courant dans votre pays.

K28

Dans votre pays, dans le cadre de la **location** d'un **téléagrandisseur**, quelle que soit la **marque**, auprès d'un

fournisseur public, pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il le téléagrandisseur ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

K30

fournisseur privé (avec financement public), pouvez-vous nous indiquer combien le loueur privé achète-t-il le téléagrandisseur ? (en monnaie locale)



K31

Dans votre pays, dans le cadre de la **mise à disposition du lecteur de livre cité en exemple**, pouvez-vous nous indiquer le prix payé par l'acheteur public ? (en monnaie locale)

Choisissez le lecteur de livre le plus courant parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucun de ces lecteurs de livre n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'un lecteur de livre courant dans votre pays et son prix.

Marque : Humanware
modèle : Victor Reader Stream

Marque : Shimano Kenshi
modèle : PlexTalk Linio Pocket

Marque : Bones
modèle : MileStone 312 ACE

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'un lecteur de livre courant dans votre pays.

K32

Dans votre pays, dans le cadre de la **mise à disposition du lecteur de livre, quelle que soit la marque**, pouvez-vous nous indiquer les prix payés par l'acheteur public ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

K33

Dans votre pays, dans le cadre de la **mise à disposition du lecteur de livre cité en exemple par des associations ou des organisations caritatives**, pouvez-vous nous indiquer combien l'association ou l'organisation caritative paye la plage Braille neuve ? (en monnaie locale)

Choisissez le lecteur de livre le plus courant parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucun de ces lecteurs de livre n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'un lecteur de livre courant dans votre pays et son prix.

Marque : Humanware
modèle : Victor Reader Stream

Marque : Shimano Kenshi
modèle : PlexTalk Linio Pocket

Marque : Bones
modèle : MileStone 312 ACE

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'un lecteur de livre courant dans votre pays.

K34

Dans votre pays, dans le cadre de la **mise à disposition du lecteur de livre, quelle que soit la marque**, par des associations ou des organisations caritatives, pouvez-vous nous indiquer combien l'association ou l'organisation caritative payent-elles la plage Braille ? (en monnaie locale)



K35

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition de la plage Braille citée en exemple, pouvez-vous nous indiquer le prix payé par l'acheteur public ? (en monnaie locale)

Choisissez la plage Braille la plus courante parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces plages braille n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'une plage braille courante dans votre pays et son prix.

Marque : Freedom Scientific
modèle : Focus 14 5e génération

Marque : Humanware
modèle : Brailliant 14

Marque : Hims
modèle : Smart Beetle

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une plage Braille courante dans votre pays.

K36

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition d'une plage Braille, quelle que soit la marque, pouvez-vous nous indiquer les prix payés par l'acheteur public ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

K37

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition de la plage Braille citée en exemple par des associations ou des organisations caritatives, pouvez-vous nous indiquer combien l'association ou l'organisation caritative paye la plage Braille neuve ? (en monnaie locale)

Choisissez la plage Braille la plus courante parmi les trois exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces plages braille n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'une plage braille courante dans votre pays et son prix.

Marque : Freedom Scientific
modèle : Focus 14 5e génération

Marque : Humanware
modèle : Brailliant 14

Marque : Hims
modèle : Smart Beetle

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'une plage Braille courante dans votre pays.

K38

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition d'une plage Braille, quelle que soit la marque, par des associations ou des organisations caritatives, pouvez-vous nous indiquer combien l'association ou l'organisation caritative paye la plage Braille ? (en monnaie locale)



K39

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition d'un téléagrandisseur cité en exemple, pouvez-vous nous indiquer le prix payé par l'acheteur public ? (en monnaie locale)

Choisissez le téléagrandisseur le plus courant parmi les deux exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'un téléagrandisseur courant dans votre pays et son prix.

Marque : Humanware
modèle : Reveal 16i full HD

Marque : Koba Vision
modèle : Vocatex

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'un téléagrandisseur courant dans votre pays.

K40

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition d'un téléagrandisseur, quelle que soit la marque, vous nous indiquer les prix payés par l'acheteur public ? (en monnaie locale)



Prix minimum

Prix moyen

Prix maximum

K41

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition d'un téléagrandisseur cité en exemple par des associations ou des organisations caritatives, pouvez-vous nous indiquer combien l'association ou l'organisation caritative paye le téléagrandisseur neuf ? (en monnaie locale)

Choisissez le téléagrandisseur le plus courant parmi les deux exemples et indiquez son prix (une seule réponse possible). Si aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays, veuillez indiquer le nom/la marque d'un téléagrandisseur courant dans votre pays et son prix.

Marque : Humanware
modèle : Reveal 16i full HD

Marque : Koba Vision
modèle : Vocatex

Aucune de ces aides n'est disponible dans votre pays. Indiquez le nom et le prix d'un téléagrandisseur courant dans votre pays.

K42

Dans votre pays, dans le cadre de la mise à disposition d'un téléagrandisseur, quelle que soit la marque, par des associations ou des organisations caritatives, combien l'association ou l'organisation caritative payent-elles le téléagrandisseur ? (en monnaie locale)



K43

K44

K45

Pour au moins une des trois aides, vous avez déclaré que M. Smith pouvait se procurer son...

aide visuelle neuve
via l'achat auprès d'un
prestataire public ou privé.
M. Smith
a le choix entre... ?

aide visuelle reconditionnée
via l'achat auprès d'un
prestataire public ou privé.
M. Smith
a le choix entre... ?

aide visuelle
via la location auprès d'un
prestataire public ou privé.
Dans ce cas, est-ce que
M. Smith
a le choix entre... ?



	Entre 1 et 5 aides	Entre 6 et 25 aides	Plus de 25 aides	Sans objet*	Ne sait pas
Lecteur de livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plage Braille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléagrandisseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Si K43 : Sans objet, pas d'achat possible pour cette aide ;
Si K44 : Sans objet, pas d'achat reconditionné possible pour cette aide ;
Si K45 : Sans objet, pas de location possible pour cette aide ;

K46

K47

Pour au moins une des trois aides, vous avez déclaré que M. Smith pouvait se procurer son aide visuelle via la mise à disposition (ou prêt)...

par un fournisseur public.
M. Smith a le choix entre... ?

par des associations ou des organisations
caritatives. M. Smith a le choix entre... ?



	Entre 1 ou 2 aides	Entre 3 et 10 aides	Pus de 10 aides	Sans objet, pas mise à disposition possible pour cette aide	Ne sait pas
Lecteur de livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plage Braille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléagrandisseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K48 | Dans le cas de la location d'une des aides citées en exemple, est-ce que M. Smith doit payer quelque chose, une fois les financeurs publics pris en compte ?

	Non, aucun reste à charge	Moins de 10 euros par mois	de 10 à 49 euros par mois	de 50 à 200 euros par mois	plus de 200 euros par mois	Sans objet, pas de location pour cette aide
Lecteur de livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plage Braille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléagrandisseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K49 | Dans le cas de l'achat neuf d'une des trois aides citées en exemple, est-ce que M. Smith doit payer quelque chose, une fois les financeurs publics pris en compte ?

	Aucun reste à charge	moins de 100 euros	entre 100 et 499 euros	entre 500 et 1 500 euros	plus de 1 500 euros	Sans objet, pas d'achat possible pour cette aide
Lecteur de livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plage Braille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléagrandisseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K50 | Dans le cas de la location auprès d'un prestataire privé, combien le financeur public paye-t-il au loueur ?

	moins de 50 euros par mois	entre 50 et 200 euros par mois	plus de 200 euros par mois	Sans objet, pas de location pour cette aide
Lecteur de livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plage Braille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléagrandisseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K51 | Quelle que soit la modalité (achat, location, mise à disposition), est-il possible pour M. Smith d'avoir une aide visuelle sans reste à charge, grâce au financement public ?

	Oui, quelle que soit l'aide choisie, elle est intégralement prise en charge	Oui, un certain nombre d'aides à une prise en charge intégrale, mais pas tous les modèles	Non, il n'y a jamais de prise en charge intégrale pour cette aide
Lecteur de livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plage Braille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléagrandisseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K52 | Pour au moins une des trois aides, vous avez déclaré qu'il était possible dans votre pays d'avoir une aide visuelle sans reste à charge. Est-ce que cette aide visuelle est de même qualité (poids, rigidité, taille, performance) que les aides visuelles citées en exemple ?

- Oui, systématiquement
- Oui, c'est possible
- Non, jamais

K53 | Pour au moins une des trois aides, vous avez déclaré qu'il n'était pas possible d'obtenir une aide visuelle avec un reste à charge nul uniquement par le financement public : est-ce qu'une couverture complémentaire privée peut intervenir pour permettre un reste à charge nul ?

	Oui, les couvertures complémentaires ont l'obligation légale de couvrir le reste à charge pour toutes les aides visuelles	Oui, les couvertures complémentaires ont une obligation légale de couvrir l'intégralité du reste à charge, mais sur une sélection d'aides visuelles	Oui, les couvertures complémentaires peuvent couvrir le reste à charge, mais il n'y a pas d'obligation légale
Lecteur de livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plage Braille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléagrandisseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(suite)	Non, aucune couverture complémentaire prend en charge l'intégralité du reste à charge	Non, il n'y a pas de couverture complémentaire privée dans le pays	Sans objet, cette aide peut être intégralement prise en charge par les financements publics
Lecteur de livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plage Braille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléagrandisseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

Annexe 3 - Questionnaire complet - page 61/65

Irdes - décembre 2025

K66

K67

K68

K69

K70

K71

Pour la location d'une aide visuelle neuve cite en exemple, quelle est la part financée par...

public
au niveau
national ?



public
au niveau
régional ?



public
au niveau
municipal ?



couverture
complémentaire
privée ?



reste
à charge
final de
l'assuré ?



sans objet,
pas d'achat
possible pour
cette aide



Le total des lignes doit faire 100 %.

Par exemple :

Lecteur de livre - Plage Braille - Téléagrandisseur.

Public au niveau national : 100-40-20 ; Public au niveau régional : 40-20 ; Public au niveau municipal 20 ;

Couverture complémentaire privée : 10-30 ; Reste à charge final de l'assuré : 10-10 ; Sans objet.

Lecteur de livre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Plage Braille

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Téléagrandisseur

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

K72

K73

K74

K75

Dans le cadre d'une mise à disposition, quelle est la part financée par...

public
au niveau
national ?



public
au niveau
régional ?



public
au niveau
municipal ?



sans objet,
la mise à disposition n'est
pas possible pour cette aide



Le total des lignes doit faire 100 %.

Par exemple :

Lecteur de livre - Plage Braille - Téléagrandisseur.

Public au niveau national : 100-40-20 ; Public au niveau régional : 40-20 ;

Public au niveau municipal 20-60 ; Sans objet.

Lecteur de livre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Plage Braille

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Téléagrandisseur

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

L. Aides visuelles - Accompagnement

L1 | Les questions qui suivent vont porter sur l'accompagnement dans le choix et le suivi de l'aide visuelle.

Attention : nous raisonnons ici dans le cadre du modèle dominant de votre pays (achat neuf, achat d'occasion, location ou mise à disposition)

Avant le choix de l'équipement, est-ce que M. Smith peut bénéficier d'un accompagnement par un professionnel spécialisé dans les aides visuelles ?

Nous entendons par accompagnement : information sur les aides techniques disponibles, aide au choix, essai d'aide technique, formation à l'usage de l'aide visuelle, etc.

- Oui, cet accompagnement est prévu par la loi
- Oui, il peut se faire, mais il n'est pas systématique
- Il n'y a pas d'aide au choix

L2 | Cet accompagnement est assuré par...

- Un service public
- Un service privé ou le fournisseur d'aide visuelle

L3 | Vous avez déclaré que M. Smith pouvait bénéficier d'un accompagnement assuré par un service public. Dans ce cadre, y a-t-il une prise en charge publique de cet accompagnement ? Si oui, à quel niveau se fait le financement ?

- Oui, au niveau national (par exemple assurance maladie publique)
- Oui, au niveau infranational (par exemple région, département, *lander*, communauté, province, etc.)
- Oui, au niveau local (par exemple municipalité, ville, intercommunalité, etc.)
- Aucune prise en charge publique

L4 | Dans ce cadre, M. Smith doit-il s'acquitter d'une participation financière pour cet accompagnement ?

Oui

Non

L5 | Vous avez déclaré que M. Smith pouvait bénéficier d'un accompagnement assuré par un service privé ou le fournisseur d'aide visuelle. Dans ce cadre, y a-t-il une prise en charge publique de cet accompagnement ? Si oui, à quel niveau se fait le financement ?

Oui, au niveau national (par exemple assurance maladie publique)

Oui, au niveau infranational
(par exemple région, département, *lander*, communauté, province, etc.)

Oui, au niveau local (par exemple municipalité, ville, intercommunalité, etc.)

Aucune prise en charge publique

L6 | Dans le cadre de la prise en charge de l'accompagnement avant l'équipement par le service privé ou le fournisseur d'aide visuelle, est-ce que M. Smith doit s'acquitter d'une participation financière ?

Oui

Non

L7 | Une fois l'aide visuelle acquise, est-ce que M. Smith bénéficie d'un suivi par un professionnel spécialisé ?

Nous nous intéressons ici à l'aide technique obtenue, et plus spécifiquement à l'accompagnement pour un bon usage de l'aide visuelle (en dehors de toute défaillance de l'aide visuelle).

Oui, il est prévu par la loi

Oui, il peut se faire, mais n'est pas systématique

Pas de suivi

L8 | Ce suivi est-il assuré par un service public ?

Oui

Non

L9 | Vous avez déclaré que ce suivi après équipement était assuré par un service public. Quel niveau de financement public prend en charge ce suivi ?

National (par exemple assurance maladie publique)

Infranational (par exemple région, département, *lander*, communauté, province, etc.)

Local (par exemple municipalité, ville, intercommunalité, etc.)

Aucun/Autre

L10 | M. Smith doit-il s'acquitter d'une participation financière pour ce suivi ?

Oui

Non

L11 | Ce suivi après équipement, est-il assuré par un service privé ou le fournisseur d'aide visuelle ?

Oui

Non

L12 | Quel est le niveau de financement public lors d'un suivi par un service ou un fournisseur privé ?

- National
- Infranational
- Local
- Aucun

L13 | Ce suivi a pour objectif prioritaire ?

- L'accompagnement dans l'aide visuelle
- La satisfaction complète de l'utilisateur (pouvant aller jusqu'au changement d'aide visuelle si besoin)

L14 | Avez-vous des précisions à apporter sur les conseils à l'équipement et sur le suivi ?

M. Aides visuelles - Producteur national d'aides visuelles

M1 | Existe-t-il un ou des producteurs nationaux d'aide visuelle ?
Si oui, pouvez-vous préciser le(s) nom(s) ?

- Oui
- Non

Merci beaucoup pour le temps que vous avez consacré à notre enquête.

Vos réponses seront précieuses pour notre enquête.

Si vous connaissez d'autres spécialistes qui pourraient disposer de compléments d'information, merci de nous l'indiquer par mail à l'adresse suivante : compatec@irdes.fr.

Nous sommes bien sûr à votre disposition pour toute question sur le contexte français et nous restons à votre entière disposition par courrier électronique.

Nous nous réjouissons de vos réponses,

Alice d'Estève, Maude Espagnacq, Sylvain Pichetti.

Annexe 4

Les grilles d'entretien

Trois exemples de grille d'entretien sont présentés ici. Un exemple de grille est donné pour chaque pays. Ces grilles ont été adaptées en fonction du type d'interlocuteur, de l'aide technique et du pays.

1. Grille d'entretien générique pour les aides visuelles (AV) en Belgique (1/5)

Thèmes	Questions	Objectifs
Informations sur les démarches et les aides financières	<p>Q1. Comment l'utilisateur acquiert-il l'information concernant les démarches pour obtenir une AV ?</p> <p>Q2. L'information est-elle facile à obtenir ? Rôle des institutions, mutualités et associations spécialisées.</p> <p>Q3. Comment l'utilisateur acquiert-il l'information concernant les aides financières pour l'achat d'une AV ? Cette information est-elle simple à obtenir ?</p> <p>Q4. Quel est le pourcentage de non-recours aux AV ?</p>	Vérifier l'équité d'accès aux aides visuelles.
Éligibilité au remboursement	<p>Q5. Les conditions administratives permettant d'accéder au remboursement sont-elles les mêmes en Wallonie et en Flandre ?</p> <p>Une fois la prescription obtenue, M. Smith doit adresser sa demande de financement à l'organisme régional dont il dépend (Aviq ou VSB).</p> <p>Q6. Est-ce qu'une commission spécifique se prononce sur le financement (un répondant au questionnaire (VAPH) mentionne une équipe pluridisciplinaire susceptible de se prononcer sur le financement) ?</p> <p>Q7. Quels sont les critères pris en compte pour valider le financement public ? Y a-t-il des critères de délais minimums avant un renouvellement ?</p>	
Fournisseur	<p>Q8. La personne doit-elle attendre que la Commission ait accordé le financement pour se rendre chez un fournisseur privé ?</p> <p>Q9. La personne peut-elle se rendre chez n'importe quel fournisseur d'aide visuelle ?</p>	

1. Grille d'entretien générique pour les aides visuelles (AV) en Belgique (2/5)

Thèmes	Questions	Objectifs
Prix et remboursement	<p>Lecteurs de livres</p> <p>Nous avons collecté les données suivantes sur les prix, qui sont plutôt convergentes sur les prix des lecteurs de livres. On en déduit que le prix d'un lecteur de livre varie entre 380 € et 450 €.</p> <p>Prix d'un lecteur de livres</p> <p><u>Marque : Humanware ; Modèle : Victor Reader Stream</u> : 385 €, 380 €, 382,5 €, 405 € TVAC, 405 €</p> <p><u>Marque : Shinano Kenshi ; Modèle : PlexTalk Linio Pocket</u> : 450 €, 450 €</p> <p><u>Marque : Bones ; Modèle : MileStone 312 ACE</u> : 425 € TVAC, 380 €, 425 €</p> <p>Prix min. : 380 € / Prix max. : 450 € / Prix moyen : 400 €</p> <p>Plages Braille</p> <p>On constate une plus grande amplitude de prix pour les plages Braille qui varient entre 1 200 € et 12 000 € (pour les prix max)</p> <p><u>Marque : Freedom Scientific ; Modèle : Focus 14 5e génération</u> : 1 400 €, 1 120 € pour V4, 1 695 €</p> <p><u>Marque : Humanware ; Modèle : Brailliant 14</u> : 1 250 €</p> <p><u>Alva 640 Comfort</u> (plage Braille courante) : 5 849 € TVAC</p> <p>Prix min. : 1 600 € / Prix moyen : 5 000 €, 2 400 € / Prix max. : 12 000 €, 12 000 €</p> <p>Téléagrandisseurs</p> <p>Nous avons collecté des prix autour de 4 500 € pour les téléagrandisseurs</p> <p>Prix d'un télé-agrandisseur</p> <p><u>Marque : Koba Vision ; Modèle : Vocatex</u> : 4 700 €, 4 500 €, 4 550 €, 3995- 4 395 € (G)</p> <p><u>Marque : Humanware ; Modèle : Reveal 16i full HD</u> : 4 000 €</p> <p>Vocatex + (vidéo-loupe parlante) : entre 4550 et 4 950 € TVAC</p> <p>Prix min. : 4 000 €, 1 600 € (G) / Prix moyen : 4 600 €, 4 500 € / Prix max. : 6 000 €, 5 000 € (G)</p> <p>Q10. Comment connaissez-vous ces prix ? Avez-vous consulté une liste qui référence les prix pour chaque modèle ? Si oui, laquelle ?</p> <p>Q11. Ces prix sont-ils fixés librement par les distributeurs ou y a-t-il une régulation des prix ?</p> <p>Q12. Y a-t-il une grande variété de prix selon les magasins ou les régions ?</p>	<p>Savoir où on peut trouver les prix des modèles d'AV.</p> <p>Comprendre quels sont les différents prix qu'on peut avoir pour une même AV.</p> <p>Encadrement des prix : la variété du prix d'une même AV selon les magasins est-elle importante ? Problème d'équité d'accès aux AV (= Restes à charge différents).</p> <p>Comprendre la logique du remboursement par l'Inami, et notamment le choix des modèles faisant l'objet d'un remboursement.</p> <p>Évaluer les différences régionales en termes de prix. Équité du reste à charge selon les régions.</p>

1. Grille d'entretien générique pour les aides visuelles (AV) en Belgique (3/5)

Thèmes	Questions	Objectifs
Prix et remboursement (suite)	<p>RAC Nous avons compris que des plafonds de prise en charge ou des forfaits s'appliquent. Les Caisses régionales VSB et Aviq financent les lecteurs de livres, les vidéo-loupes et les barrettes Braille à partir de forfaits de remboursement.</p> <p>Si nos informations sont justes, ces forfaits de remboursement s'établissent pour l'Aviq à 350 € pour un lecteur de livres, 4 500 € pour un télé-agrandisseur et 5 900 € pour une plage Braille.</p> <p>Q13. Comment ces forfaits ou plafonds sont-ils déterminés et qui prend cette décision ? A quelle fréquence le montant de ces forfaits est-il révisé ?</p> <p>Q14. Ces plafonds sont-ils différents pour l'Aviq et pour le VSB ?</p> <p>Q15. Le principe de ces forfaits implique-t-il que tout dispositif visuel de prix inférieur au plafond maximum de remboursement est pris en charge intégralement ?</p> <p>Q16. On note des divergences dans les réponses collectées dans le questionnaire sur le sujet du nombre d'aides visuelles intégralement prises en charge. Certains considèrent que tous les lecteurs de livres (ou plages Braille ou téléagrandisseurs) peuvent être obtenus avec un reste à charge (RAC) nul, d'autres seulement une partie des lecteurs de livres (ou plages Braille ou téléagrandisseurs). Pour chaque catégorie (lecteurs de livres, plages Braille et téléagrandisseurs), existe-t-il des offres avec un RAC nul ? Ces offres couvrent-elles tout le marché ou seulement une partie du marché ?</p> <p>Q17. Les AV intégralement prises en charge sont-elles souvent choisies ? Quel pourcentage dans chaque catégorie ? Satisfont-elles leurs bénéficiaires ou ceux-ci changent-ils rapidement de modèle ?</p> <p>Q18. L'utilisateur peut-il anticiper son RAC final avant de choisir son AV ?</p> <p>Q19. Pour les lecteurs de livres affichés à un prix moyen de 400 € et compte tenu du forfait de remboursement, cela laisse un RAC moyen de 50 € à l'utilisateur.</p> <p>Plage Braille : prix moyen (6000) – forfait remboursé (5900) = RAC (100 €)</p> <p>Téléagrandisseurs : prix moyen (4500- 4 600 €) – forfait remboursé (4300- 4 500 €), RAC entre 0 et 200 €.</p> <p>Est-ce que vous validez ces estimations ?</p> <p>Q20. Les taxes sur les AV sont-elles régionales ou nationales ?</p>	

1. Grille d'entretien générique pour les aides visuelles (AV) en Belgique (4/5)

Thèmes	Questions	Objectifs
Prise en charge par la mutuelle et les assurances privées	<p>Q21. Pour les aides visuelles qui sont associées à des RAC positifs, les complémentaires santé peuvent-elles aussi intervenir pour assurer un reste à charge nul ?</p> <p>Q22. Si certaines assurances complémentaires remboursent le surcoût, remboursent-elles tout le surcoût ou seulement une partie ? Selon quels critères ?</p> <p>Q23. Est-ce qu'on peut choisir sa mutualité en fonction de son besoin en AV ?</p>	Appréhender les financements supplémentaires pour évaluer le RAC
Modalités d'acquisition	<p>Nous avons compris que le modèle d'acquisition dominant est l'achat neuf auprès d'un fournisseur privé (avec financement public).</p> <p>Q24. Une minorité de répondants au questionnaire nous ont parlé d'achat reconditionné auprès d'un fournisseur privé pour les lecteurs de livres. Est-ce que cette modalité existe véritablement ?</p> <p>Q25. La location de lecteurs de livres auprès d'un fournisseur privé est-elle possible (évoquée par une minorité de répondants) ?</p> <p>La mise à disposition de lecteurs de livres, de plages Braille ou de téléagrandisseurs par des associations ou organisations caritatives est présentée comme une pratique marginale par la plupart des répondants, sauf lorsque ce sont des associations qui répondent.</p> <p>Q26. Pour les associations interrogées : comment cette pratique évolue-t-elle au cours du temps ? Quelles sont les motivations des usagers qui recourent à ce mode de mise à disposition ?</p> <p>Q27. Quels sont les types de dispositifs (lecteurs de livres, plages Braille ou téléagrandisseurs) qui sont le plus souvent mis à disposition par les associations ?</p>	Appréhender les coûts/avantages de chaque modalité.
Questions spécifiques aux associations (à faire remonter quand on rencontre une association)	<p>Q28. Quelles sont les caractéristiques du public qui fréquente votre association ? Type de déficience visuelle ? Caractéristiques socio-économiques ?</p> <p>Q29. Quelles sont les principales difficultés mentionnées par les usagers dans l'accès aux aides visuelles ?</p>	
Offre territoriale	<p>Q30. Est-ce que l'offre d'AV est homogène sur le territoire ? Y a-t-il une différence dans l'offre en fonction de la région ? (Des régions avec plus ou moins de magasins). Y a-t-il un nombre de magasins suffisant partout sur le territoire ?</p> <p>Q31. Y a-t-il des marques de magasin plus présentes sur le territoire ? Peut-on trouver l'aide visuelle qu'on souhaite facilement ou doit-on se rabattre sur l'offre disponible localement ? L'offre d'AV diffère-t-elle selon les magasins ?</p>	<p>Vérifier le critère d'équité d'accès aux AV.</p> <p>Vérifier la présence d'un monopole ou oligopole sur ce marché.</p>

1. Grille d'entretien générique pour les aides visuelles (AV) en Belgique (5/5)

Thèmes	Questions	Objectifs
Offre disponible en ligne	<p>Q32. Est-ce que l'achat peut se faire en ligne et dans ce cas l'utilisateur peut-il disposer d'une prise en charge publique par la Caisse régionale (Aviq ou VSB) ? Si oui, l'offre est-elle plus grande ?</p> <p>Q33. Comment se fait alors le choix d'une AV et comment fonctionne le service après-vente ?</p>	Impact des nouvelles technologies sur l'achat des AT
Accompagnement dans le choix du dispositif	<p>Nous avons compris qu'un accompagnement était possible en amont de la prise en charge.</p> <p>Q34. Certains des répondants nous indiquent qu'il est possible sans être systématique, tandis que d'autres nous indiquent qu'il est prévu par la loi. Qu'en pensez-vous, voyez-vous à quel article de loi cela fait référence ?</p> <p>Q35. Cet accompagnement est-il assuré par le fournisseur de l'aide ou un service public ?</p> <p>Q36. L'utilisateur doit-il s'acquitter d'une contribution financière pour accéder à cet accompagnement en amont ?</p>	Évaluer la satisfaction de l'utilisateur vis-à-vis de l'aide achetée. Correspondance de l'aide visuelle avec les besoins de l'utilisateur.
Accompagnement post-acquisition de l'aide visuelle	<p>Q37. Un accompagnement est-il assuré en aval de la prise en charge ?</p> <p>Q38. Est-il assuré par le fournisseur privé ou un service public ?</p> <p>Q39. L'utilisateur doit-il s'acquitter d'une contribution financière pour accéder à cet accompagnement en aval ?</p>	Vérifier la qualité de l'accompagnement du patient : adéquation entre l'équipement et ses besoins sur le long terme.
Évaluation subjective du système	<p>Q40. Ce système vous semble-t-il efficace et efficient ?</p> <p>Q41. Selon vous, quels sont les avantages du système actuel ? Selon vous, quels sont les inconvénients du système actuel ?</p> <p>Q42. Y a-t-il un problème de non-recours aux AV ou de non-usage par exemple ?</p>	Déterminer les points forts et faibles du système
Évaluation subjective du système	<p>Q43. Que préconiseriez-vous pour améliorer le système ?</p>	Déterminer des axes d'amélioration du système
Conseils pour le terrain	<p>Q44. Pour approfondir notre étude, auriez-vous des recommandations de lieux à observer à Bruxelles et Namur, ou d'interlocuteurs à interroger ? (magasins d'aides visuelles par exemple)</p>	Obtenir des idées de terrain pertinents

Comparaison du financement des aides techniques en Europe

Annexe 4

Irdes - décembre 2025

2. Grille d'entretien générique pour les centres d'aides techniques en Suède (en anglais) [1/3]

Suite page suivante	Questions	Objectives
Center role and patient care pathway	<p>How many people do you provide with assistive devices each year?</p> <p>What assistive devices are prescribed by your center?</p> <p>If hearing aids are prescribed, which class(es) (1, 2 or 3)?</p> <p>If wheelchairs are prescribed, what category(ies)? (Basic manual wheelchair, Active wheelchair, Power stand-up wheelchair)</p> <p>If visual aids are prescribed, do you prescribe Braille Display, Image-enlarging video systems and Daisy book reader?</p> <p>What assistive devices do you prescribe the most?</p> <p>How does your center work? Is it a regionally owned public center, is it not?</p> <p>Does your center only offer loan/rental of assistive devices, or does it also offer purchase through free choice?</p> <p>What are the steps in the patient's care pathway?</p> <p>Can one go directly to the center, or does one need to be referred by a doctor or a health care professional first?</p> <p>How are patients received? How are they referred to one service or another? How are the medical visits and the choice of assistive device made?</p> <p>Is the user's entire care process carried out at the assistive technology center? (From the first consultation to the follow-up after acquisition of the device)</p> <p>How can we explain the development of private assistive device centers in some counties? What are the differences between public and private centers?</p>	Understand how the center works
Respondent's occupation and Free choice	<p>What is your job? Do you prescribe assistive devices? What types of assistive devices do you prescribe?</p> <p>Has the introduction of "free choice" had an impact on your work? If so, what was the impact? Is this impact the same for all assistive devices or only for some?</p> <p>Do you know why free choice was implemented? Recognition of certain disadvantages of the loan system?</p> <p>How did the reform impact the assistive devices reimbursement system? What has changed with this reform and what has not?</p> <p>Are users and prescribers sufficiently informed about how free choice works?</p>	Assess her/his link to the topic. Overview of the logic of the health care system.

2. Grille d'entretien générique pour les centres d'aides techniques en Suède (en anglais) [2/3]

Suite page suivante	Questions	Objectives
Price and reimbursement	<p>What are the minimum, average and maximum prices for each type of assistive device you prescribe that we are interested in (visual aids, hearing aids and wheelchairs)? Do you compare the prices you get from tenders to those of other regions? What are the most common wheelchair/hearing aid/visual aid models? How often do prices change? Do you know if there are price differences between renting/borrowing and buying via free choice?</p> <p>What are the different types of fees the patient must pay? (Visit fees, rental fees, maintenance fees for the device). Do they apply for each type of assistive devices? What is the out-of-pocket payment to the patient (depending on the assistive device)? Do you have a list of assistive devices available in the center, their prices for the center and the out-of-pocket payments that apply for the patient? Are the rates applied the same throughout the region or do they depend on the municipalities?</p> <p>How is the out-of-pocket payment constituted? (Price of the device by the center, model chosen, individual criteria) Can the user anticipate this out-of-pocket payment?</p>	Understand the level of out-of-pocket expenses and their composition
Time to get an assistive device	<p>How long does the patient have to wait for a first appointment? After the first visit to the center, how long does it take the patient to acquire the assistive device? Does the free choice model enable to reduce delays?</p>	Verify the criterion of easy and optimal access to wheelchair.
Buy with free choice or rent	<p>Do you know why the free choice reform was introduced? Did the associations play a role? Is it the healthcare professional who decides whether the patient should buy or rent the device? What are the criteria for free choice? If you practice free choice and rental, what proportion of patients choose one or the other?</p> <p>Is there a different care pathway for the user who would choose to purchase? In the case of a purchase, is the trial of the assistive device and training in its use sufficient?</p> <p>When renting a type of assistive device (e.g., a manual wheelchair), how many options are presented to the user? Do you think the number of options is sufficient? Is the choice of a device more limited for rental than for purchase?</p>	Understand the costs/benefits of each modality.

2. Grille d'entretien générique pour les centres d'aides techniques en Suède (en anglais) [3/3]

Suite page suivante	Questions	Objectives
Training for prescribers	How does initial and ongoing training work for prescribers?	Determine the quality of the prescription
Subjective evaluation of the system	In your opinion, what are the advantages of the current system? In your opinion, what are the drawbacks of the current system? How can we measure user satisfaction? Do you have a way to assess user satisfaction (e.g., through a questionnaire)? Do you know if there is a problem with non-use of device? What do you think about the implementation of free choice purchase versus rental? Are long distances in the north of the country a problem for users seeking assistive devices? What problems might a user encounter when moving?	Determine strengths/weaknesses of the system
Subjective evaluation of the system	What would you recommend to improve the system?	Determine areas for system improvement
Advice for the observation field	To deepen our study, would you have recommendations of places to observe in Stockholm? (Clinics, hospitals, etc.)	Get ideas for relevant observation sites

3. Grille d'entretien pour une responsable du budget dédié aux fauteuils roulants au NHS en Angleterre (en anglais)

Traditional wheelchair provision policy in England

- 1) How do you describe the previous policy of wheelchair provision in England before the introduction of voucher and the introduction of the Personal Wheelchair Budget? What were the advantages and disadvantages of the system?
- 2) What is your opinion on the NHS calls for tenders to supply wheelchairs?
- 3) Is the NHS wheelchair supply satisfactory? How has the supply (and quality of supply) changed over time?

Evolution of wheelchair funding policy in England

- 4) When did the idea of introducing a voucher system into the wheelchair financing system in England first appear?
- 5) What were the reasons for this change in public policy?
- 6) Did the introduction of the voucher take the form of local experiments? If so, in which regions?
- 7) How much was the voucher initially? Was it the same depending on the type of wheelchair? Was the voucher amount the same in all regions?
- 8) How long did these experiments last?
- 9) Have there been any evaluations of these experiments? If so, have the reports of these evaluations been made public or are they available?
- 10) What criteria were used to evaluate the voucher policy?

Personal Wheelchair Budget (PWB)

- 11) What are the reasons that led public authorities to propose the Personal Wheelchair Budget policy?
- 12) How did the voucher experiments inspire the Personal Wheelchair Budget policy?
- 13) Have any adjustments been made to the Personal Wheelchair Budget policy compared with the initial voucher experiments? For example, has the voucher amount changed? Have the conditions of access to the voucher changed?
- 14) Which user profiles choose the Personal Wheelchair Budget?
- 15) Does the NHS have data on the profiles of users who choose the Personal Wheelchair Budget?
- 16) Does the NHS have data on the types of wheelchairs for which users choose the Personal Wheelchair Budget?
- 17) Can NHS data be used to calculate the individual out-of-pocket payments (OPP) of users who have opted for the Personal Wheelchair Budget? If so, what is their average out-of-pocket expenditure?
- 18) Does the OOP vary according to the type of wheelchair (manual, active or electric)?
- 19) We were also told that NHS collect information on the operating efficiency of the various local wheelchair services. How is this data used?

Impact of the Personal Wheelchair Budget (PWB)

- 20) Has the introduction of “PWB” had an impact on users? (Care pathways, waiting times, satisfaction, etc.)
- 21) Has the introduction of “PWB” had an impact on the amount of overall public funding devoted to wheelchairs? As part of the out-of-pocket payment is transferred to the user, does the PWB allow the NHS to reduce the budget for wheelchair funding?
- 22) Has the introduction of "PWB" had an impact on the work of specialists? If so, what was the impact? (Need for training, higher wages, etc.)
- 23) Have there been any evaluations of the PWB reform yet?
- 24) What criteria does the NHS use to assess the Personal Wheelchair Budget policy?

Role of private provision in the supply of wheelchairs in the UK

- 25) We were told that more and more users are obtaining active wheelchairs from private centres. How do you explain this situation when active wheelchairs are provided free by the NHS? Does this mean that the NHS supply is not satisfactory for this type of wheelchair? Or are there other explanations?
- 26) Is this a recent phenomenon? Is the use of the private sector for active wheelchairs increasing over time?
- 27) More generally, how do you interpret the growing role of the private sector in wheelchair provision in the UK?

Subjective evaluation of the system

- 28) In your opinion, what are the advantages and the drawbacks of the current system?
- 29) How can we measure user satisfaction? Do you have a way to assess user satisfaction (e.g., through a questionnaire)?
- 30) Do you know if there is a problem with non-use of device?
- 31) What would you recommend to improve the system?

Table des illustrations

Figure 1	Comparaison des modes de financement pour trois types d'aides techniques en France	12
Tableau 1	Liste des experts français rencontrés pour sélectionner les cas types	38
Tableau 2	Choix des modèles pour les fauteuils roulants	39
Tableau 3	Choix des modèles pour les aides auditives	39
Tableau 4	Choix des modèles pour les aides visuelles	40
Tableau 5	Nombre de personnes contactées et nombre de participants aux questionnaires et entretiens par pays	46
Tableau 6	Les institutions belges rencontrées	54
Tableau 7	Les institutions suédoises rencontrées	55
Tableau 8	Les institutions britanniques rencontrées	57
Tableau 9	Comparaison des dépenses publiques et des restes à charge consacrés aux fauteuils roulants manuels de base selon les pays/régions.....	66
Tableau 10	Comparaison des dépenses publiques et des restes à charge consacrés aux fauteuils roulants actifs selon les pays/régions.....	68
Tableau 11	Comparaison des dépenses publiques et des restes à charge consacrés aux fauteuils électriques verticalisateurs selon les pays/régions	70
Tableau 12	Comparaison de la solvabilisation publique et des restes à charge consacrés aux aides auditives selon les pays/régions	72
Tableau 13	Comparaison de la solvabilisation publique et des restes à charge consacrés aux aides auditives selon les pays/régions. Appareils de gamme supérieure	75
Tableau 14	Comparaison de la solvabilisation publique et des restes à charge consacrés aux aides auditives selon les pays/régions. Appareils de gamme moyenne.....	76
Tableau 15	Remboursements forfaitaires des aides visuelles en France et dans les régions belges	77
Tableau 16	Comparaison des dépenses publiques pour les aides visuelles selon les pays/régions	78
Tableau 17	Comparaison des restes à charge des usagers d'aides visuelles selon les pays/régions	79

Achévé d'imprimer en décembre 2025
sur les presses de l'imprimerie CIA Graphic
383, rue Gutenberg
58320 Pougues-les-Eaux
Dépôt légal : décembre 2025

Les dernières publications de l'Irdes



- **L'appui des aidants familiaux influence-t-il la qualité des prescriptions de benzodiazépines chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?**
Pichetti S., Perronnin M., Penneau A.
Questions d'économie de la santé n° 302. Juillet-août 2025
- **Comment les médecins généralistes s'adaptent-ils à la sous-densité médicale ?**
Chevallard G., Ventelou B., Verger P., Videau Y.
Questions d'économie de la santé n° 301. Juin 2025



- **Une approche multiprofessionnelle de l'accessibilité aux soins de premier recours : des configurations territoriales très diverses**
Bonal M., Padilla C., Chevallard G., Lucas-Gabrielli V.
Document de travail n° 93. Mars 2025
- **Mesurer la qualité des Établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : exemple de quatre indices de qualité**
Penneau A. et Or Z., en collaboration avec Vincent R.
Document de travail n° 92. Janvier 2025



- **Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes. Proposition d'indicateurs**
Lucas-Gabrielli V. (Irdes), Bonal M. (Irdes), Mangeney C. (ORS Île-de-France), Com-Ruelle L. (Irdes), Gousset C. (Irdes).
En collaboration avec le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam)
Rapports Irdes n° 597, octobre 2025

Abonnements-Diffusion : Irdes 21, rue des Ardennes 75019 - Paris
www.irdes.fr – Tél. : 01 53 93 43 21
Contact : publications@irdes.fr

La Documentation

Responsable : Véronique Suhard

Documentaliste : Rouguiyatou Ndoye

Assistant de documentation : Damien Le Torrec

Un fonds documentaire spécialisé en économie de la santé, organisation des systèmes de santé, politiques de santé, professionnels de santé, hôpital, etc. composé de 16 000 ouvrages, 200 périodiques, 1 600 *Working papers* de centres de recherche étrangers (National Bureau of Economic Research, Center for Health Economics de York...), et de dossiers thématiques permettant de revisiter l'actualité de la santé depuis les années 1980.

Des produits documentaires à consulter sur le site internet www.irdes.fr (voir ci-dessous).

Consultation du fonds documentaire sur rendez-vous au 01 53 93 43 56/01.

Contact : documentation@irdes.fr

À découvrir sur le site de l'Irdes <http://www.irdes.fr>

Contact : contact@irdes.fr

- Toutes les **publications** de l'Irdes sont mises en ligne dès leur parution.
- La **Lettre d'information** mensuelle de l'Irdes, qui présente les dernières actualités en économie de la santé (publications, séminaires et colloques, 3 questions à un chercheur, graphique du mois...), est envoyée par courriel sur simple inscription : www.irdes.fr/presse/lettre-d-information-de-l-irdes-historique.html
Elle est également disponible dans une version anglaise semestrielle : www.irdes.fr/english/newsletter-in-health-economics-chronology.html
- Des **produits documentaires** élaborés par la Documentation : Veille scientifique en économie de la santé et Actualités santé et protection sociale, deux veilles thématiques bimensuelles, l'une bibliographique réalisée à partir de la littérature scientifique en santé, l'autre de la presse santé en ligne ; et aussi des synthèses thématiques...

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

Enquête de terrain en Belgique, Suède et Angleterre

Plusieurs pays européens ont mis en œuvre ces dernières années des réformes du mode de financement des aides techniques. Cette étude avait pour premier objectif de 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. Elle a également permis de réaliser une analyse approfondie des politiques mises en œuvre dans trois pays qui ont fait évoluer leur mode de financement des aides techniques : l'Angleterre, la Belgique et la Suède.

Avant la réforme française de prise en charge intégrale des fauteuils roulants, la Belgique solvabilise toujours mieux que la France avec ses financements légaux, quelle que soit la catégorie étudiée. Cette meilleure solvabilisation repose sur des forfaits de remboursement plus élevés qu'en France et annuellement révisés pour tenir compte de l'inflation. Le système belge présente par ailleurs l'avantage de la simplicité, car un seul financeur est mobilisé, même si des restes à charge élevés peuvent persister pour certains fauteuils. La comparaison des paniers des fauteuils roulants disponibles met en évidence une moindre prise en charge en France des fauteuils roulants actifs, avant la réforme de prise en charge intégrale. Le NHS anglais propose au moins une référence d'entrée de gamme sans reste à charge, tout comme l'ensemble des régions suédoises et belges, qui solvabilisent une large offre de fauteuils roulants d'entrée de gamme.

La comparaison montre aussi que le panier 100 % santé audiologie français est plus diversifié que celui pris en charge par les régions suédoises et le système public anglais. L'offre publique anglaise, de qualité inférieure à celle des autres pays, ne référence qu'une sorte de modèle tandis que le panier 100 % audiologie français donne accès à l'ensemble des modèles (contours d'oreille, intra-auriculaires et micro-contours d'oreille). Si tous les pays font le choix d'une solvabilisation des aides auditives par la solidarité nationale, le périmètre du 100 % santé français repose sur le financement par les assureurs privés. En Belgique, le remboursement forfaitaire élevé ne permet pas de compenser des prix supérieurs à la France pour les mêmes modèles, laissant les usagers belges avec des restes à charge plus importants.

La France et la Belgique, qui diffusent les aides visuelles (plages Braille, téléagrandisseurs, lecteurs de livres) sur des marchés uniquement privés, sont confrontés à des niveaux de prix comparables dans chacune des catégories. Ces deux pays proposent des forfaits de remboursement élevés qui permettent de supprimer les restes à charge des usagers. Mais ces forfaits peuvent inciter les industriels à ajuster à la hausse leurs prix tant que ceux-ci demeurent couverts par le remboursement public. En Angleterre, le *National Health Service* (NHS) ne prend pas en charge les aides visuelles, ce qui contraint les usagers à se les procurer sur le marché privé sans financement public. Compte tenu des volumes de commandes très réduits, le système de mise à disposition public suédois basé sur des appels d'offre régionaux ne permet pas d'obtenir des prix très réduits par rapport à ce qui est observé sur les marchés privés.