

Que coûtent les appareils auditifs en Belgique ?

Gauthier Vandeleene — Service d'études

Résumé

Le secteur des appareils auditifs connaît une croissance rapide ces dernières années. Cela se reflète notamment dans le nombre de personnes qui reçoivent les remboursements des frais couverts par l'assurance obligatoire soins de santé. Néanmoins une partie importante du coût des appareils auditifs reste à charge des personnes. Il s'agit des suppléments : en médiane ils constituent 2.000 euros pour les appareils stéréophoniques. Comment expliquer la hauteur du montant qui reste à charge du patient ? Comment le prix des appareils auditifs est-il constitué ? Cette étude vise à répondre à ces questions à l'aide de l'analyse des données de consommation des soins de santé à disposition de la Mutualité chrétienne. Notre analyse montre que le prix des appareils auditifs couvre le coût du matériel (dont bien sûr l'appareil lui-même) ainsi que la rémunération de plusieurs services rendus par l'audicien. Or les données des factures fournies par les audiciens ne permettent pas de faire la distinction entre ces différentes composantes. C'est pourquoi le système de l'assurance obligatoire ne peut pas les prendre en charge de façon différenciée. Notre analyse des suppléments pour les appareils auditifs montre également les variations importantes selon la province d'habitation du membre (parfois du simple au double) ainsi que selon le fait que la personne a ou non le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM). On peut supposer que la situation économique des personnes explique en partie ces différences. Ainsi on achète beaucoup plus d'appareils chers et complexes en Flandre qu'en Wallonie ou à Bruxelles, alors que les pyramides des âges des utilisateurs sont très similaires. Notons que de façon générale le prix de vente chez l'audicien en Belgique est souvent plus élevé que dans d'autres pays, comme le Danemark par exemple où le taux de propriété d'appareils auditifs est le plus élevé en Europe. Plusieurs organisations, nationales ou internationales, ont déjà pointé des anomalies relatives au fonctionnement du marché des appareils auditifs. Notre point d'attention est celui de la non-transparence des suppléments facturés qui empêche de dissocier les services rendus par l'audicien du coût du matériel. Rendre le coût des appareils auditifs transparent est pourtant, selon nous, une condition nécessaire de toute discussion éventuelle sur l'augmentation du remboursement par l'assurance obligatoire ou par l'assurance complémentaire mutuelliste.

Mots-clés : Appareils auditifs, prix, suppléments, audicien, technologie, remboursement

1. Introduction

La perte d'audition est une affection très fréquente, en particulier chez les personnes âgées. « Il ressort d'études réalisées à l'échelle internationale que plus de la moitié de toutes les personnes âgées de 61 à 70 ans, et plus de 80% des plus de 70 ans, souffrent d'un déficit auditif d'intensité variable. Bien entendu, la prévalence exacte est fonction des critères et définitions précis utilisés, qui vont de la perte auditive légère aux déficits graves et invalidants. Toutefois, il ne fait aucun doute que la déficience auditive a un impact sociétal considérable puisqu'elle affecte la qualité de vie des citoyens, principalement des seniors » (Beguin & al., 2008).

Les appareils auditifs sont donc des aides indispensables pour une partie de plus en plus importante de notre population. Malheureusement, le prix de ceux-ci peut représenter pour la personne qui en a besoin une partie non négligeable de ses revenus mensuels. Les Belges ne sont en général remboursés que pour moins de la moitié du prix qu'ils ont payé pour ce genre d'appareil, alors que déjà en 2008, le taux de remboursement avait été augmenté linéairement de 22%.

Que le prix d'un service/matériel médical soit cher et ne soit pas bien remboursé n'est pas un scandale en soi (bien que regrettable à beaucoup d'égards). Le secteur des soins dentaires souffre également d'une telle situation. C'est le fruit de l'histoire (parfois récente) du secteur et il faut le temps que les partenaires sociaux rééquilibrent les dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé (AO).

En 2008, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) réalisait une étude sur la question et constatait que pour plus de 85% des appareils auditifs (Beguin & al., 2008), les Belges payaient plus que leurs voisins européens. Malheureusement, le prix des appareils auditifs est difficilement comparable car il comprend partout des services additionnels (assurances, service après-vente, etc.).

Cette étude a apparemment convaincu les autorités d'aller (un peu) plus loin. En 2014, le ministre de la Protection des consommateurs Johan Vande Lanotte a décidé de lancer une enquête sur le prix des appareils auditifs en Belgique. L'Observatoire des prix a été saisi et a réalisé une étude publiée en décembre 2014 (Observatoire des prix, 2014). Celle-ci conclut qu'il n'y a rien de problématique dans les prix des appareils auditifs belges, vu que les taux de profi-

tabilité/solvabilité sont « normaux » et que la comparaison des prix entre pays européens est impossible vu la relative opacité des prix.

Nous avons décidé de nous pencher à nouveau sur ce sujet et, sur base des données de la MC, de faire un état des lieux des prix des appareils auditifs. Nous nous intéressons tout particulièrement au montant qui reste à charge du patient, en particulier les suppléments. C'est en effet l'occasion de rappeler que les suppléments existent non seulement pour les soins hospitaliers mais aussi pour des soins en ambulatoire ; et que, comme nous le verrons, le total de ces suppléments peut être extrêmement élevé.

Dans cet article, nous allons d'abord définir ce que le prix des appareils couvre et faire le lien avec les informations disponibles au niveau des mutuelles. Ensuite, nous allons analyser ce que nos membres et l'assurance obligatoire paient pour les appareils auditifs, selon certaines variables comme la province où réside le membre, l'âge ou le statut BIM. Ensuite, nous allons nous interroger sur la hauteur du prix payé par nos membres, à la lumière des recommandations nationales et internationales sur le marché des appareils auditifs. Enfin, nous allons évoquer la question de l'augmentation éventuelle du remboursement par l'AO ou par des assurances complémentaires/facultatives.

2. Montant remboursable et prix

La réglementation des prix prévoit un contrôle des prix pour tous les nouveaux appareils auditifs mis sur le marché belge à partir du 1er juillet 2014 (et ceux déjà sur le marché avant). Sur la base de l'avis de la Commission des prix et sur la proposition du Service des prix, le ministre de l'Économie prend, pour tous les types d'appareils auditifs (plus de 2.000 en Belgique), une décision sur leur prix maximum. Cette Commission est composée d'experts choisis par décret du gouvernement fédéral. Les éléments suivants sont pris en compte par la Commission et le ministre pour déterminer ce prix de gros maximal : l'efficacité du produit, la sécurité et la facilité d'utilisation du produit, l'impact du produit sur la qualité de vie des patients (ainsi que la mortalité et morbidité), l'importance du produit pour la pratique clinique, l'impact budgétaire, le ratio entre le

coût et la valeur thérapeutique (Observatoire des prix, 2014). Il convient de faire remarquer que seuls les prix de vente en gros des distributeurs sont soumis à la réglementation des prix et que des prix maxima sont donc fixés pour ceux-ci. Les prix demandés par les distributeurs sont majorés des montants demandés par les audiciens pour leurs prestations, montants qui ne relèvent pas du contrôle des prix. Les prix facturés par les audiciens aux consommateurs-patients pour les appareils auditifs ne relèvent donc pas de la réglementation des prix¹.

Pour ce qui est du prix aux consommateurs, si dans le langage commun le mot « prix » est très clair, par contre, dans les soins de santé, la notion est plus floue et parfois utilisée à mauvais escient. Dans notre système de soins, ce que paie un patient pour les soins de santé en général sera composé de plusieurs parties, dans le cadre de l'AO :

A. Le tarif officiel, tel que négocié par les partenaires sociaux, demandé par les prestataires conventionnés, lui-même composé de deux sous-parties :

A1. le ticket modérateur : partie du tarif officiel laissée à charge du patient ;

A2. le montant remboursable : partie du tarif officiel qui est remboursée au patient, via sa mutuelle, par l'AO.

B. Les suppléments, c'est-à-dire des montants additionnels demandés au patient, en sus de ce qui est négocié par les prestataires sociaux. Ces suppléments ne peuvent en théorie qu'être demandés par des prestataires non-conventionnés mais il y a de nombreuses exceptions, en particulier pour le secteur des audiciens (ou celui des dentistes, entre autres).

Ces trois parties (ticket modérateur, montant remboursable et suppléments) se retrouvent (normalement) sur la facture du patient et donc sont enregistrées dans les bases de données des mutuelles. Néanmoins, les « suppléments », tels que présentés dans nos données, recouvrent un grand nombre de choses dans notre système de soins de santé (ne rendant pas leur analyse facile) :

A. Des suppléments d'honoraires dits « purs », c'est-à-dire, lors d'une consultation par exemple, un montant demandé par le prestataire (non-conventionné) en sus du tarif officiel qui ne couvre rien d'autre qu'une gratification jugée opportune par le prestataire pour ses

services, liés uniquement à sa prestation intellectuelle.

B. Des suppléments de matériel, c'est-à-dire des suppléments qui représentent la différence entre le tarif officiel d'un quelconque matériel et le prix que ce matériel a sur le marché. C'est le cas lorsque l'AO fixe un tarif officiel inférieur au prix du matériel (et éventuellement de la pose de celui-ci).

C. Des prestations totalement non-remboursables, qui sont en dehors du champ de l'AO, mais peut-être en lien avec une prestation quelconque de l'AO réalisée vis-à-vis du patient ce jour-là, que soit le législateur, soit le prestataire lui-même, juge bon de noter sur l'attestation de soins du patient.

Dans le secteur des audiciens, le prix d'achat d'un appareil auditif en Belgique est un prix global qui comprend l'appareil en tant que tel et un ensemble de services complémentaires. Les éléments suivants sont, au minimum, compris dans le prix d'achat² : l'appareil en tant que tel ; les réglages initiaux et durant la période de renouvellement ; l'embout et le moulage du tube auditif, une période d'essai de minimum deux semaines ; le suivi du patient et le maintien de l'efficacité prothétique pendant une durée de cinq ans ; une garantie de deux ans contre tout défaut de fabrication.

Outre ce prix d'achat, les principaux coûts auxquels peuvent être confrontées les personnes appareillées sont les assurances liées à l'appareil (extension de garantie, assurance contre le vol ou la perte de l'appareil) et les accessoires (télécommande, interface de communication, etc.). Les piles, qui doivent être remplacées régulièrement, constituent également des frais supplémentaires pour l'utilisateur. Le prix d'une pile et sa durée d'utilisation dépendent du format, de la marque et du canal de distribution. Ces suppléments feront donc partie (lorsque déclarés) de la facture du patient et donc rentreront dans nos données. Il est important de noter que l'acquisition d'un appareil auditif comprend également une série de services fournis par l'audicien. Celui-ci va évaluer la perte auditive du patient, régler et adapter l'appareil en fonction de ses besoins, ainsi qu'assurer le suivi et l'éducation prothétique du patient. Par conséquent, si l'on reprend les trois catégories classiques (ticket modérateur, montant remboursable, suppléments) et qu'on les compare à ce que couvre l'achat d'un appareil auditif, nous aurons :

1 <https://economie.fgov.be/fr/themes/ventes/politique-des-prix/prix-reglementes/appareils-auditifs>

2 Il s'agit des composants de base, déterminés par la nomenclature de l'INAMI. D'autres services peuvent également être intégrés au prix en fonction du vendeur. Voir : article 31 de la nomenclature des prestations de santé.

- un ticket modérateur et un montant remboursable classiques (couvrant les services et le matériel, sans distinction) ;
- des suppléments recouvrant l'ensemble des suppléments potentiels (d'honoraires, de matériel et prestations non-remboursables).

Le fait que les tickets modérateurs, montants remboursables et suppléments ne soient pas dissociables en fonction de leur origine (consultation, services et matériel) est une source de problèmes, nous y reviendrons. L'analyse de ces composants du prix d'un appareil se retrouve dans la section suivante.

3. Le coût des appareils auditifs pour les membres de la MC

3.1. Remarques méthodologiques

Comme le lecteur le lira dans les prochaines sections, les suppléments constituent la variable d'intérêt de cet article. Malheureusement, l'intérêt de cette variable va de pair avec des problèmes de récolte des données et l'enregistrement de celles-ci. En effet, les suppléments sont une variable dite « résiduaire », c'est-à-dire construite grâce à toutes les autres variables présentes sur l'attestation de soins ou la facture que le membre rend auprès de sa mutuelle. Dans le cas des suppléments, c'est grâce au ticket modérateur, au montant remboursable par l'AO, et au montant total payé par le patient (tous normalement inscrits sur l'attestation de soins) que la variable supplément va pouvoir être déduite, en soustrayant du montant total les tickets modérateurs et montants remboursables. Nous ne pouvons donc en théorie pas différencier le cas où aucun supplément n'était dû et le cas où l'enregistrement n'a pas été fait. C'est plus rare pour le secteur des audiciens, mais il existe des cas où il n'y a pas de supplément à facturer au patient, vu le choix de l'appareil. C'est souvent ainsi pour les appareils délivrés aux enfants par exemple.

Néanmoins, certaines mutuelles ont fait le choix du complet (ou presque) enregistrement des suppléments en ambulatoire, pour certaines raisons et d'autres. L'une d'entre

elles est que, lorsque l'assurance complémentaire va pallier des manquements de l'assurance obligatoire, elle intervient au niveau des suppléments payés par le membre. Pour ce faire, il faut donc savoir le plus exactement possible ce que le membre a payé. Pour ces mutuelles, il n'y aura qu'une partie mineure de données (parfois 1 ou 2%) pour lesquelles nous n'aurons pas d'information, ce qui n'influencera pas les indicateurs que nous avons choisis, à savoir la moyenne et la médiane des suppléments payés. Ici, nous pouvons être sûrs de la validité des données, même en supprimant celles pour lesquelles nous ne voyons pas de suppléments³. C'est le cas des attestations délivrées pour les appareils stéréo- et monophoniques aux membres de plus de 65 ans provenant de toutes les provinces de Flandre (qui ont entre 88% et 99% d'attestations avec suppléments), des provinces de Luxembourg, Namur, ainsi que de Bruxelles (qui ont entre 60% et 85% d'attestations avec suppléments).

Par contre, dans certaines régions l'enregistrement des suppléments pose question. C'est le cas des attestations délivrées aux membres habitant dans les provinces du Brabant wallon, de Liège et du Hainaut, où la majorité des attestations ne présente aucun supplément (même de quelques cents, comme c'est le cas dans les provinces où l'enregistrement est plus complet). Il est dès lors impossible pour nous d'être sûr à 100% si ces données représentent la réalité. En effet, si l'absence d'information sur les suppléments dans la majorité de ces attestations était due à une absence d'enregistrement de ceux-ci plutôt qu'à une absence de suppléments, la réalité de nos résultats serait peut-être toute autre. Et vu la fréquence de facturation des suppléments dans les autres provinces wallonnes, il est fort probable que cela résulte d'une absence d'enregistrement. Néanmoins, si l'on faisait l'hypothèse probable que l'absence d'enregistrement est aléatoire, alors il serait tout de même intéressant de présenter les résultats pour ces provinces, avec les précautions présentées ci-dessus.

3 Nous pourrions également faire l'hypothèse de l'absence de suppléments dans ces cas-là, et remplacer l'information manquante par un zéro, sans changer sensiblement nos résultats, mais ce serait modifier l'état originel de nos données.

Tableau 1 : Évolution des dépenses totales pour des appareils auditifs 2010-2019 (données MC, 2010-2019)

Année	Montants remboursés	Tickets modérateurs	Suppléments	Nombre de membres uniques ayant reçu un remboursement
2010	€20.658.620 €	€1.323.672 €	€5.299.411 €	20.774
2011	€22.004.032 €	€1.410.372 €	€6.623.718 €	21.803
2012	€23.984.565 €	€1.541.191 €	€7.713.768 €	23.260
2013	€25.661.436 €	€1.652.337 €	€8.248.451 €	24.041
2014	€27.791.986 €	€1.799.755 €	€9.076.738 €	25.558
2015	€29.575.839 €	€1.941.714 €	€9.904.947 €	26.800
2016	€31.024.374 €	€2.025.491 €	€10.600.770 €	27.889
2017	€31.883.665 €	€2.078.863 €	€11.364.258 €	28.656
2018	€34.548.941 €	€2.255.901 €	€12.464.611 €	30.826
2019	€36.166.981 €	€2.354.211 €	€13.632.540 €	31.378
Croissance entre 2010 et 2019	75%	78%	112%	51%

3.2. L'évolution des dépenses totales sur 10 ans (2010-2019)

Selon les chiffres de la MC pour l'ensemble des codes de nomenclature du secteur des audiciens, la croissance de ce secteur au cours des dernières années est importante, que cela soit pour le nombre de membres, les tickets modérateurs, montants remboursés ou suppléments payés par le patient pour les prestations d'un audicien et l'achat d'un appareil auditif (voir Tableau 1).

Comme on peut le voir dans le Tableau 1, le secteur a presque doublé en 10 ans pour ce qui est des montants remboursés, entre 2010 et 2019, passant de 20 millions à 36 millions d'euros. Les tickets modérateurs suivent la même tendance. Le nombre de personnes ayant eu un remboursement au moins une fois pour un appareil auditif sur l'année a augmenté de 50%, passant de 20.000 à plus de 30.000 membres ayant acheté un appareil auditif. C'est donc un secteur avec une croissance (relativement) forte : à part une année, le secteur grandit de plus de 4,5% par année. C'est logique : la population belge vieillit et plus de personnes se voient dans la nécessité d'utiliser un appareil auditif. Quant aux suppléments, ils font plus que doubler, passant de 25 à plus de 50 millions d'euros. En outre, la moyenne des suppléments par membre que nous enregistrons est en croissance (près de 1.500 euros en 2015, près de 1.700 euros en 2019). Néanmoins, à la lumière des

remarques méthodologiques présentées ci-dessus, il est probable que nous ayons à la fois une meilleure connaissance des suppléments facturés à nos membres (expliquant la croissance observée, particulièrement depuis 2015) et que nous sous-estimions encore ce total des suppléments.

3.3. Décomposition du prix d'un appareil auditif

Le Tableau 2 à la page suivante présente la décomposition du prix d'un appareil auditif (c'est-à-dire à la fois l'assurance obligatoire et le membre) pour les 10 types d'appareils auditifs les plus remboursés chez les membres MC, ainsi que les composants du prix tels qu'ils apparaissent dans nos données.

Comme nous le voyons dans le Tableau 2, les tickets modérateurs représentent des montants négligeables par rapport au montant remboursable et aux suppléments (90 euros versus 1.350 euros et 2.560 euros pour le code de nomenclature 705574 par exemple). Nous n'irons pas plus loin dans l'analyse de ce composant du prix à charge des patients.

Tableau 2 : Médiane des composants du prix des appareils auditifs, lorsque des suppléments sont demandés, pour les 10 codes de nomenclature les plus fréquemment utilisés par nos membres (données MC, 2019)

Code de nomenclature	Utilisateurs	Médiane des suppléments	Médiane du montant remboursé	Médiane des tickets modérateurs	Médiane coût total ⁴	Intitulé
705574	15.038	2.561 € €	1.348 € €	91 € €	4.000 € €	App. Stéréo, 65 ans et plus
705552	2.650	2.675 € €	1.424 € €	91 € €	4.190 € €	App. Stéréo, 18-64 ans
705530	2.282	1.303 € €	681 € €	45 € €	2.030 € €	App. Mono, 65 ans et plus
679173	1.610	2.573 € €	1.348 € €	91 € €	4.013 € €	App. Stéréo, 18 ans et plus
705515	860	1.410 € €	720 € €	45 € €	2.175 € €	App. Mono, 18-64 ans
706591	690	2.985 € €	1.424 € €	91 € €	4.500 € €	App. Stéréo, 18-64 ans
679136	280	1.298 € €	681 € €	45 € €	2.025 € €	App. Mono, 18 ans et plus
706613	261	2.616 € €	1.348 € €	91 € €	4.070 € €	App. Stéréo, 65 ans et plus
706554	116	1.525 € €	720 € €	45 € €	2.290 € €	App. Mono, 18-64 ans
679674	73	2.911 € €	1.348 € €	91 € €	4.350 € €	App. Stéréo, 18 ans et plus

En général, lorsqu'ils sont facturés, c'est-à-dire dans 75% des cas au niveau belge, 90% des cas au niveau flamand, les suppléments représentent entre 150% et 200% du montant remboursé. Cela veut dire que pour un appareil auditif, en général, le patient se verra remboursé par l'AO entre un tiers et la moitié de ce qu'il aura payé à l'audicien, le solde restant à sa charge. Cela représente, pour les codes de nomenclature les plus utilisés présentés ci-dessus, entre près de 1.000 et 2.500 euros de suppléments par patient.

Ces montants doivent en tout cas interpeller les décideurs politiques sur la charge financière laissée au patient. Si on considère les appareils auditifs comme étant essentiels pour quelqu'un ayant des problèmes d'audition, il faut que le montant final qu'il paie soit accessible, au risque d'exclure une partie des patients potentiels. Cette accessibilité

financière n'est manifestement pas garantie. Rappelons également que l'AO peut rembourser un appareil auditif tous les 5 ans, période après laquelle il est généralement recommandé de changer d'appareil. Pour quelqu'un qui commencerait à en porter relativement tôt dans sa vie (65 ans par exemple), les montants des factures présentées ci-dessus seront en théorie redemandés plusieurs fois.

3.4. Les suppléments selon diverses variables d'analyse

3.4.1. La province d'habitation du patient

Vu l'importance relative faible des tickets modérateurs, nous nous concentrons dans cette section sur les supplé-

4 La médiane du coût total n'est pas nécessairement égale à la somme des médianes des différents composants du prix.

Tableau 3 : Nombre d'utilisateurs ayant payé un supplément et la médiane des suppléments demandés pour les appareils auditifs en 2019, par province (données MC)

Province	Utilisateurs	Médiane des suppléments
Anvers	5.851	2.588 €
Brabant flamand	3.098	2.611 €
<i>Brabant wallon</i>	<i>333</i>	<i>1.661 €</i>
Bruxelles	732	1.538 €
Flandre occidentale	4.086	2.336 €
Flandre orientale	4.239	2.461 €
<i>Hainaut</i>	<i>538</i>	<i>1.391 €</i>
Limbourg	3.032	2.261 €
<i>Liège</i>	<i>1.008</i>	<i>1.461 €</i>
Luxembourg	590	1.841 €
Namur	786	1.867 €

ments, qui restent à charge du patient et ne sont pas remboursés par l'assurance obligatoire. Dans le Tableau 3, nous observons la variabilité des suppléments demandés entre les provinces d'habitation des patients. Ici, nous limitons l'analyse aux factures où un supplément est mentionné, avec les précautions requises pour les provinces où il y a une trop faible proportion d'attestations avec suppléments⁵.

Nous voyons que les suppléments payés par les membres MC selon leur province d'habitation sont extrêmement variables (sans faire de distinction entre les codes de nomenclature). Les médianes sont proches d'aller du simple au double si l'on regarde Liège et le Brabant flamand. Il semble exister une différence entre les régions en réalité : nos membres paient toujours plus en Flandre qu'en région wallonne et bruxelloise.

Si l'on prend les deux codes de nomenclature les plus importants, en fonction du nombre de personnes remboursées chez les 65 ans et plus, les différences sont pareillement interpellantes, voir Tableau 4.

En effet, si l'on prend le classement selon les médianes de suppléments payés pour deux codes de nomenclature d'appareils auditifs pour les 65 ans et plus, les différences constatées sont également importantes (quoique pas du simple au double pour le code le plus remboursé, 705574, pour un appareil stéréophonique pour les 65 ans et plus). Néanmoins, il y a plus de 1.000 euros de différence entre la médiane du Brabant flamand et celle de Liège. Pour le code de nomenclature 705530, on arrive à presque le double entre la médiane relative à Bruxelles et celle du Brabant flamand.

5 En italique dans le présent tableau ainsi que dans les tableaux suivants.

Tableau 4 : Comparaison du nombre d'utilisateurs et des médianes des suppléments demandés pour les appareils auditifs monophoniques (code de nomenclature 705530 (A)) et stéréophoniques (code de nomenclature 705574 (B)), pour les 65 ans et plus par province (données MC, 2019)

Province	Appareil monophonique (A)		Appareil stéréophonique (B)	
	Utilisateurs	Médiane des suppléments	Utilisateurs	Médiane des suppléments
Anvers	548	1.412 €	3.645	2.743 €
Brabant flamand	329	1.412 €	1.883	2.800 €
<i>Brabant wallon</i>	21	1.023 €	218	1.815 €
Bruxelles	75	771 €	435	1.821 €
Flandre occidentale	405	1.303 €	2.570	2.559 €
Flandre orientale	418	1.401 €	2.600	2.666 €
<i>Hainaut</i>	54	645 €	326	1.601 €
Limbourg	247	1.273 €	1.852	2.461 €
<i>Liège</i>	83	899 €	621	1.670 €
Luxembourg	43	1.204 €	367	2.261 €
Namur	59	961 €	521	2.041 €

Il est important de noter que ces différences interprovinciales au niveau des médianes de suppléments ne se retrouvent pas à l'intérieur des provinces, entre les arrondissements d'une même province. De plus, si l'on prend les provinces où la proportion des factures avec suppléments est majoritaire, les différences des médianes de suppléments selon l'arrondissement d'habitation du membre sont inférieures à 200 euros (sauf pour la province de Namur, où il y a néanmoins peu de factures enregistrées dans nos données). Il y a donc une certaine homogénéité des prix à l'intérieur des provinces, contrairement à l'hétérogénéité de ceux-ci entre provinces.

De toute évidence, il y a des pratiques différentes, qui pourraient être expliquées par des produits vendus différents mais aussi des patients différents (qui pourraient avoir des besoins différents). Néanmoins, il semble difficile à ce stade d'imaginer que tous les patients en Flandre

ont des cas de surdité plus accentuée qu'à Bruxelles et en Wallonie, vu la taille des échantillons.

Beaucoup d'études ont essayé de présenter les raisons précises de ces différences de prix entre pays ou régions, en général (Lipsej & Swedenborg, 1999, 2010 ; Heston & Lipsey, 1999 ; Hill, 1999). Voici une liste non exhaustive :

- Le taux de taxation : selon les décisions politiques d'un pays, celui-ci peut taxer (ou subsidier), influençant dès lors plus ou moins les prix et la consommation de ces biens.
- Les revenus par habitant : au plus le pays est riche, au plus les prix sont élevés (car la demande globale pour tous les biens de consommation est relativement élevée par rapport à d'autres pays).
- Au plus il y a de biens de consommation en vente, au plus les prix seront bas (vu la concurrence entre produits).

- La culture des consommateurs et leur capacité à comparer les prix (créant par conséquent une concurrence entre fournisseurs de biens et services). Cet effet est très marqué par exemple pour les biens tels que l'énergie ou les banques, où la capacité des utilisateurs de changer de fournisseur a un impact important sur les prix.

Il n'est donc pas étonnant de constater que des pays très semblables par ailleurs ont des niveaux de prix très différents. Proche de notre sujet, le niveau des prix des médicaments est aussi extrêmement variable selon les pays (OMS, 2018). Si l'on prend juste ces quelques critères, les pays limitrophes pourraient avoir des niveaux de prix pour les appareils auditifs beaucoup plus élevés ou beaucoup plus bas selon que les facteurs présentés ci-dessus jouent en faveur ou en défaveur des consommateurs. Néanmoins, dans le cas des appareils auditifs, la situation est rendue plus complexe qu'un « simple » bien de consommation de par l'intervention de l'État. Pour ce qui est de la Belgique, comme pour les autres secteurs, on peut imaginer que le coût de la vie (ainsi que les revenus ou les produits disponibles) diffère(nt) d'une province à l'autre et que donc les soins de santé sont « plus ou moins chers » d'une région à l'autre⁶, bien que cela soit regrettable dans un pays qui espère réguler les prix des soins de santé. Il est donc en

théorie évident que le prix d'achat d'un appareil auditif est lié de près ou de loin à la capacité d'un patient de payer pour cet appareil. On retrouvera donc plus de gens prêts à payer beaucoup dans le Brabant flamand que dans le Limbourg par exemple.

Si l'on regarde les niveaux de revenus par province, on peut observer un lien entre les revenus moyens et la médiane des suppléments payés (voir Tableau 5). Les membres habitant dans la province de Liège paient moins que dans les autres provinces où on recense beaucoup d'attestations avec suppléments (à part Bruxelles mais qui est certainement un cas à part, car très hétérogène en ce qui concerne les revenus). En Flandre, on constate la même chose, à part pour Anvers mais qui constitue également un ensemble urbain moins homogène relativement aux revenus.

Il est possible (bien que peu probable) que les différences entre provinces et régions soient explicables par des différences de pratique dans la facturation. En effet, comme nous l'avons vu, le prix d'un appareil auditif en Belgique comprend l'appareil en lui-même ainsi que des services standards. En plus de ces derniers, des assurances ou autres produits/services additionnels peuvent être vendus.

Tableau 5 : Revenu annuel net imposable moyen pour l'année 2019 et médiane des suppléments demandés pour le code 705574 de la nomenclature INAMI, par province (données MC, 2019 et Statbel, 2021)

Médiane	Revenu annuel net imposable moyen	Médiane des suppléments
Brabant flamand	€2.245 €	€2.800 €
Brabant wallon	€1.845 €	€1.815 €
Flandre orientale	€0.832 €	€2.666 €
Flandre occidentale	€0.054 €	€2.559 €
Anvers	€0.053 €	€2.743 €
Limbourg	€9.190 €	€2.461 €
Luxembourg	€8.662 €	€2.261 €
Namur	€8.561 €	€2.041 €
Liège	€7.720 €	€1.670 €
Hainaut	€6.586 €	€1.601 €
Bruxelles	€4.973 €	€1.821 €

6 Voir Baromètre de la facture hospitalière de l'Agence Intermutualiste.

S'il y a une pratique standard en Wallonie de vendre des services/produits additionnels et de ne pas les inscrire sur la facture à rendre à la mutuelle alors qu'en Flandre on le ferait, alors les prix que nous déduisons de nos données sont faussés. Bien évidemment, il est probable que cela ne puisse pas expliquer les différences de prix entre Liège et le Brabant flamand (supérieur à 1.000 euros) et dans l'hypothèse où il n'y aurait pas de produits additionnels vendus, les prix ne sont bien sûr pas faussés

Néanmoins, Il nous paraît important de noter que malgré les grandes différences de prix entre les provinces, **nous n'observons pas (ou très peu) de différences de prix par modèle vendu. En bref, la variance du prix d'un même modèle est très faible selon la facture reçue du membre (et donc selon sa province d'habitation). Cela voudrait dire plutôt que les différences de prix médians entre les provinces seraient plutôt dues à des appareils différents vendus et qu'il n'y a pas de différences dans la facturation de produits additionnels et dans la transparence de la facture du patient.**

3.4.2. Le niveau technologique de l'appareil

Dans son étude, le KCE (Beguin & al., 2008) montre qu'en Flandre, ce sont essentiellement des appareils auditifs avec un prix élevé qui sont vendus, contrairement à la Wallonie. De plus, des audiciens ont confirmé ces résultats en fonction de leurs ventes (d'autres marques) et indiqué qu'à Bruxelles, les prix bas et moyens étaient les modèles d'appareils auditifs les plus vendus. En bref, en Flandre, 60% des appareils auditifs étaient des appareils avec un prix « haut », selon la définition du KCE, alors qu'en Wallonie, 20% des appareils auditifs avaient un prix « haut ».

Les données de la MC peuvent apporter une mise à jour (et complément) à ces chiffres, avec quelques précautions. En effet, les firmes technologiques déclarent le niveau de complexité d'un appareil via une variable numérique déclarée au SPF Économie. Sur une échelle de 1 à 5, la firme déclare pour chaque appareil à quel niveau de complexité chacun de ses appareils se trouve dans sa propre gamme. Cela donne une idée du niveau de problème d'audition que la firme entend viser avec tel ou tel appareil (1 étant un appareil de « faible » complexité, visant à pallier des problèmes « légers », jusqu'à 5 pour les appareils de « grande » complexité, destinés aux problèmes graves).

Comme chaque firme déclare elle-même le niveau de complexité, on ne peut pas affirmer à 100% que chaque appareil appartient réellement à la classe 1 ou 5 : à l'extrême, un appareil de la marque X de niveau 5 pourrait avoir le même niveau de complexité qu'un appareil de la marque Y de niveau 1 (mais cela semble peu probable). Toutefois cela donne une idée générale vers quels appareils les patients se tournent (ou vers quels appareils les audiciens orientent leurs patients). Les résultats pour 2017 sur les données MC présentent des résultats similaires à ceux que le KCE avait présentés dans son étude (Beguin & al., 2008) (nous n'avons pas pu avoir accès aux niveaux technologiques des appareils vendus et remboursés en 2019).

Tout d'abord, il est important de noter (même si c'est logique) qu'un niveau technologique plus avancé (l'échelle est croissante) induit un prix plus élevé. Parler de niveau technologique élevé ou de prix élevé revient donc au même. Comme présenté dans le Tableau 6 ci-dessous, les suppléments sont relativement faibles (= le remboursement est presque total) pour des appareils de niveau 1 mais augmentent au fur et à mesure que l'appareil devient plus complexe.

Tableau 6 : Comparaison entre les médianes et les moyennes des suppléments payés pour les appareils auditifs en fonction du niveau technologique (données MC, 2017)

Niveau technologique	Médiane des suppléments	Moyenne des suppléments
1	€4 €	€64 €
2	€82 €	€79 €
3	€1.601 €	€1.359 €
4	€2.421 €	€2.118 €
5	€2.998 €	€2.541 €

Comme présenté dans le Tableau 7, en Flandre, les patients choisissent (ou se font conseiller) des appareils avec un niveau technologique plus élevé : plus de la moitié des appareils vendus en Flandre appartiennent aux catégories

4 ou 5. En Wallonie et à Bruxelles, on est aux alentours de 30%. Cela peut donc expliquer le fait que les médianes soient plus élevées dans les provinces flamandes.

Tableau 7 : Nombre et répartition des utilisateurs d'appareils auditifs, en fonction de leur niveau technologique et par région (données MC, 2017)

Niveau technologique	Bruxelles		Flandre		Wallonie	
	Utilisateurs	Répartition	Utilisateurs	Répartition	Utilisateurs	Répartition
1	62	8%	254	1%	229	4%
2	147	19%	1.954	9%	1.677	27%
3	221	29%	4.488	20%	1.640	26%
4	128	17%	6.069	27%	1.047	17%
5	94	12%	5.165	23%	683	11%
Pas d'information	113	15%	4.185	19%	1.004	16%
Total	765	100%	22.115	100%	6.280	100%

Ces différences sont également claires selon les provinces d'habitation des membres. Dans le Hainaut, seuls 22% des appareils vendus sont de catégories 4 et 5, alors que la proportion est de 54% dans le Brabant flamand. Qu'est-ce qui pousse nos membres habitant en Flandre à acheter des appareils si chers ? Est-ce par choix ? Est-ce juste car ils peuvent se le permettre ou sont-ils uniquement informés des appareils dits « complexes » ?

Dans le cas où le profil des utilisateurs (plus ou moins malentendants plus ou moins âgés, etc.) est différent selon les régions, il serait normal de constater des suppléments différents (vu que les appareils sont plus ou moins chers selon leur niveau de complexité).

Tableau 8 : Nombre et répartition des utilisateurs par classe d'âge lors de l'achat de l'appareil auditif, par région (données MC, 2019)

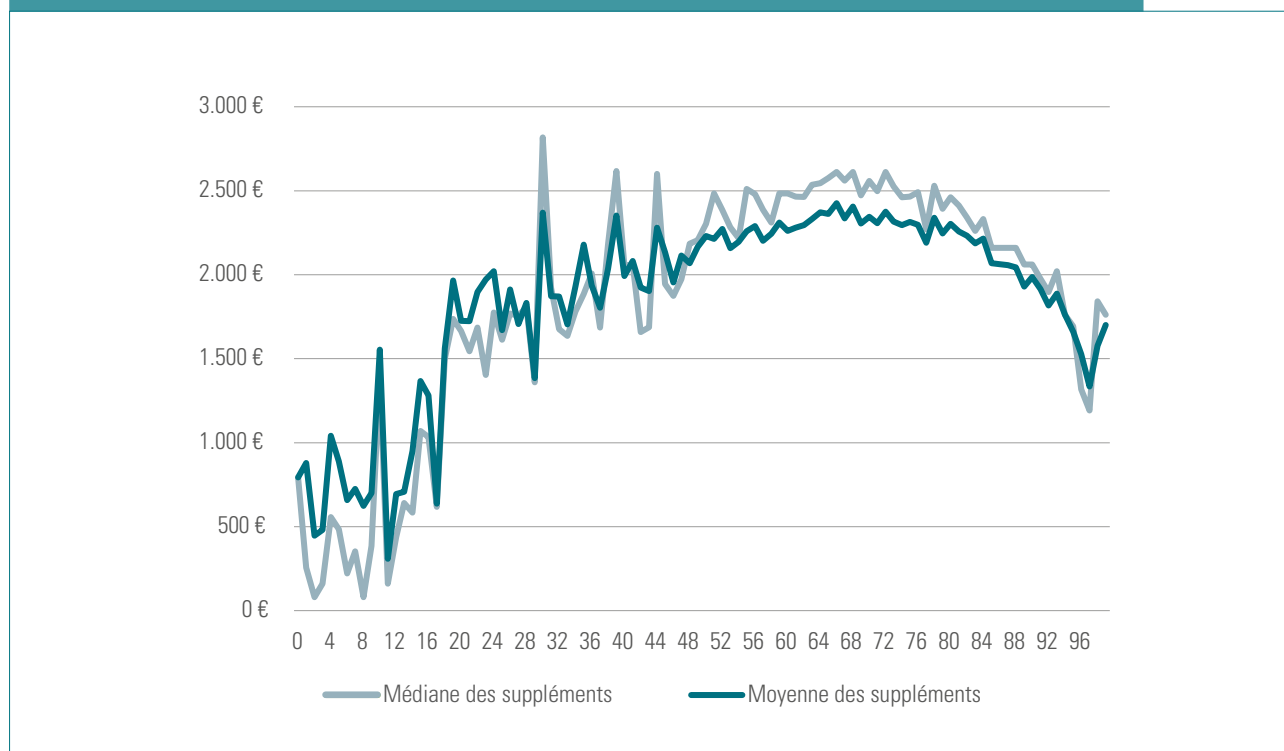
Age	Bruxelles		Flandre		Wallonie	
	Utilisateurs	Répartition	Utilisateurs	Répartition	Utilisateurs	Répartition
≤ 30	34	4%	525	2%	124	2%
31-60	102	12%	3.028	13%	693	11%
61-70	134	15%	4.744	20%	1.309	20%
71-80	209	24%	7.154	30%	1.956	30%
>80	406	46%	8.546	36%	2.365	37%

3.4.3. L'âge du membre

Selon nos données, 16% des membres ayant été remboursé par l'AO pour l'achat d'un appareil auditif avaient moins de 60 ans. En outre, près de 40% avaient entre 61 et 80 ans. Cela veut dire que la problématique de la perte de l'audition n'est pas cantonnée aux personnes fortement âgées, ayant un âge proche de l'espérance de vie (plus de 80 ans).

Le Tableau 8 montre que le profil d'âge des utilisateurs est quasiment identique en Belgique, à part à Bruxelles où la proportion de personnes de plus de 80 ans est plus élevée qu'en Flandre et Wallonie. C'est également le cas pour les provinces qui présentent, à 1 ou 2% près, des pyramides des âges identiques.

Figure 1 : Suppléments selon l'âge du patient (données MC, 2019)



Par contre, les suppléments varient beaucoup selon l'âge du patient (voir Figure 1). Il y a une relation positive entre l'âge du patient et le prix jusqu'à plus ou moins 80-85 ans, ensuite la relation est négative. Il est évident que la grande majorité des patients (>90%) ont entre 50 et 90 ans, de sorte que les extrêmes de la pyramide des âges sont beaucoup moins importants en nombre, avec par conséquent une variabilité plus importante des suppléments à ces âges-là.

3.4.4. Le statut BIM du membre

Selon nos données, les membres BIM achètent des appareils auditifs moins chers que les membres non-BIM. Les différences peuvent être grandes : la médiane passe du simple au double en Région bruxelloise alors que la différence est de 500 euros dans les autres régions (peut-être le signe de la grande hétérogénéité des revenus à Bruxelles) (voir Tableau 9).

Tableau 9 : Utilisateurs BIM/non-BIM ayant payé des suppléments et médiane des suppléments, par région, pour le code de nomenclature 705574 (données MC, 2019)

Région	Utilisateurs non-BIM		Utilisateurs BIM	
	Utilisateurs	Médiane des suppléments	Utilisateurs	Médiane des suppléments
Bruxelles	318	€121 €	117	€61 €
Flandre	9.159	€782 €	3.391	€271 €
Wallonie	1.561	€951 €	492	€421 €

Logiquement, comme c'est le cas pour tous les appareils auditifs vendus, le fait que les BIM achètent moins chers est lié au fait que ces appareils sont d'un niveau technologique plus faible (voir Tableau 10). Il est également important de noter que les BIM attendent apparemment plus longtemps avant d'acheter un appareil auditif (voir Tableau

11). Si l'on prend les deux provinces de part et d'autre de la frontière linguistique où on observe le plus de membres (code = 705574), Anvers et le Hainaut, on voit que la population BIM est plus vieille que la population non-BIM. Ceci est également vrai pour les autres provinces.

Tableau 10 : Nombre et répartition des utilisateurs BIM/non-BIM en fonction du niveau technologique (données MC, 2017)

Niveau technologique	Utilisateurs non-BIM		Utilisateurs BIM	
	Utilisateurs	Répartition	Utilisateurs	Répartition
Pas d'information	1.318	7,1%	439	6,3%
1	253	1,4%	292	4,2%
2	2.106	11,3%	1.673	24,1%
3	4.368	23,4%	1.981	28,5%
4	5.572	29,9%	1.674	24,1%
5	5.052	27,1%	890	12,8%

Tableau 11 : Répartition des utilisateurs BIM/non-BIM en fonction de la catégorie d'âge pour le Hainaut et Anvers (code de nomenclature = 705574, données MC, 2019)

Province	Catégorie d'âge	Non-BIM	BIM
Anvers	61-70	16,6%	7,9%
	71-80	43,3%	27,3%
	>80	40,1%	64,8%
	Total	2.788	900
Hainaut	61-70	15,1%	14,8%
	71-80	43,1%	30,9%
	>80	41,8%	54,3%
	Total	828	324

4. Les prix des appareils auditifs et leur utilisation

Comment évaluer si le prix d'un appareil est *trop* élevé ? Il semble évident que payer 2.000 euros de sa poche est un effort considérable (malgré l'utilité certaine de ce dispositif), mais où exactement tracer la frontière ?

La littérature sur l'utilisation (ou taux de propriété chez les personnes nécessitant) des appareils auditifs est assez documentée. En général, on considère qu'entre 14% et 40% des personnes qui ont (ou auraient ?) besoin d'un appareil auditif en possèdent effectivement un, dépendant de l'âge, de la définition de la perte auditive, bien sûr le prix, entre autres variable (Löhler & al., 2019 ; Lupsakko & al., 2012 ; Popelka & al., 1998). Néanmoins, certains pays font beaucoup mieux que d'autres. Ainsi au Danemark, les prix sont beaucoup moins élevés qu'en Belgique (comme nous verrons plus bas), le taux de recours aux aides auditives est de 53%, le plus haut taux des pays étudiés par l'European Hearing Instrument Manufacturers Association dans les enquêtes Eurotrak⁷ (EHIMA, 2016). En Belgique ce taux est de 30% selon cette même enquête publiée en 2017 (EHIMA, 2017).

De plus, différentes études font état d'une utilisation lacunaire (voire absente) des appareils auditifs de la part de leurs propriétaires. Selon les études, entre 25% et 30% des propriétaires ne l'utilisaient pas de façon régulière (au moins 4 heures par jour). Les facteurs qui influencent cette non-utilisation sont en général l'âge, le niveau de perte d'audition, entre beaucoup d'autres (Aazh & al., 2015 ; McCormack & al., 2013 ; Popelka & al., 1998).

En outre, il apparaît d'autant plus nécessaire de résorber le sous-équipement (et la sous-utilisation) actuel observé que le coût économique du déficit auditif non appareillé semble supérieur au coût de l'appareillage, à savoir le coût de la prise en charge des appareils auditifs. En effet, une étude réalisée pour la France montre que si la France augmentait son taux de recours à des aides auditives (34%) pour arriver à un taux de 50% (proche de celui du Danemark), cela permettrait d'éviter 2,1 milliards d'euros de coûts intangibles en plus, c'est-à-dire la valeur de la perte de qualité de vie liée au déficit auditif. Pour l'instant, le niveau d'appareillage en France permettrait d'éviter des

coûts intangibles pour l'assurance maladie française de quelque 6,6 milliards d'euros (de Kervasdoué & Hartmann, 2016)

Vu l'impact des prix sur le taux de propriété d'appareils auditifs parmi les personnes souffrant d'une perte d'audition, beaucoup d'organisations se sont intéressées à la hauteur des prix des appareils auditifs (car ayant un effet sur le taux de recours) et spécialement dans une perspective internationale. Il est vrai que depuis longtemps, beaucoup de questions se posent sur le fait que les appareils auditifs soient si chers (Blustein & al., 2016). Le KCE a réalisé en 2008 l'étude la plus étendue des prix des appareils auditifs en Belgique, par modèle, comparés aux prix pratiqués en Europe (Beguin & al., 2008). Bien que les résultats soient à nuancer car les prix peuvent comprendre plus ou moins de services, la conclusion fut néanmoins que sur 46 produits analysés, 37 étaient plus chers en Belgique (voir Tableau 12). Si l'on compare avec le Danemark (où les services compris dans le prix sont à peu près identiques à ceux offerts en Belgique), il est frappant de voir que sur 10 produits pouvant être comparés, 9 étaient plus chers en Belgique, de 61% à 125% plus cher. Il n'est donc pas étonnant de voir un taux de propriété d'appareils auditifs très différent entre les 2 pays (30% en Belgique, 53% au Danemark).

Pourquoi de telles différences existent-elles et pourquoi les Belges paient-ils tellement plus ? Des réponses ne sont pas faciles à trouver. Nous en avons déjà donné quelques-unes (théoriques) pour ce qui est des différences entre pays (voir section 2.3.1) mais sur la hauteur des prix elle-même, le problème est tout autre.

« Pourquoi les coûts des soins de santé continuent-ils de grimper à des taux dépassant de loin les autres industries ? La réponse est qu'il n'y a pas une seule réponse. Et malheureusement, il n'y a pas une solution inébranlable pour résoudre ce problème. Cependant, l'un des principaux facteurs contributifs est le manque de prix publiés et d'informations comparatives disponibles pour les patients. Contrairement aux prix clairement indiqués sur les biens et services de consommation, les tarifs des services de santé sont en grande partie inconnus, ce qui rend difficile pour les patients de voir les énormes écarts de prix entre les fournisseurs et les emplacements » (Hill, 2015).

7 <https://www.ehima.com/surveys/>

Tableau 12 : Comparaison entre le prix des appareils auditifs en Belgique⁸ et au Danemark⁹ (source : Beguin & al., 2008, pp.80-81)

Modèle appareil auditif	Belgique	Danemark	Différence prix belge et prix danois (%)
Siemens Cielo richtingsgevoelig	1.414 €	660 €	114%
Siemens Acuris Life	1.706 €	991 €	72%
Widex Senso Vita SV9 vc	1.414 €	876 €	61%
Widex Bravissimo BV9 vc	1.024 €	564 €	82%
Oticon Tego	1.243 €	612 €	103%
Phonak Maxx 211 D	1.267 €	564 €	125%
Phonak Savia art 211	2.193 €	1.220 €	80%
Gn ReSound Canta 270	487 €	564 €	-14%
Gn ReSound Discover V	951 €	564 €	69%

Si l'opacité des prix et la difficulté de la comparaison sont souvent citées comme facteur de prix élevé des services ou soins santé en général, pour le secteur des appareils auditifs, les principaux facteurs explicatifs avancés dans les études sont plutôt (Cour des comptes française, 2013 ; Beguin & al., 2008 ; Alcimed, 2009 ; Bundeskartellamt, 2007) : la concentration du marché mondial, la détermination des prix relativement opaque, l'inélasticité¹⁰ de la demande par rapport au prix, le manque d'information pour le patient, qui dépend, entre autres, de l'avis et des conseils de l'audicien.

En Belgique, deux problèmes viennent s'ajouter :

- les audiciens ont une incitation financière à vendre des appareils auditifs à prix élevé car ils perçoivent un pourcentage sur le prix de l'appareil auditif ;
- les consommateurs ne peuvent pas évaluer eux-mêmes quel appareil correspond le plus à leurs besoins, bien qu'un questionnaire ait été mis en place afin que les personnes puissent évaluer leur satisfaction du résultat de l'adaptation de l'appareil auditif et dans quelle mesure une amélioration de leur audition est constatée.

Enfin, selon le KCE, les prix des appareils auditifs sont remarquablement variables pour un produit si normalisé provenant d'un producteur, ce qui laisse soupçonner que les niveaux de prix observés sont plus influencés par des facteurs liés à des choix politiques (d'organisation du marché par exemple) que par les mécanismes normaux du marché libre. Cela expliquerait la constatation selon laquelle les prix de détail dans les pays qui achètent des appareils auditifs par le biais d'appels d'offres publics sont souvent inférieurs à ceux pratiqués en Belgique. **Les prix du Royaume-Uni et du Danemark semblent globalement plus bas, ce qui pourrait être associé à l'effet négatif sur les prix que les procédures d'appels d'offres publics peuvent exercer (Beguin & al., 2008).**

8 Cela inclut le prix de l'appareil auditif, le moule de l'oreille, l'essayage, la garantie de 5 ans.

9 Cela inclut le prix de l'appareil auditif, le moule de l'oreille, l'essayage, la garantie de 4 ans, l'entretien pendant 5 ans.

10 L'inélasticité dénote le fait que la demande n'est pas sensible (ou très peu sensible) au niveau de prix.

5. Que faire pour améliorer ce marché ?

5.1. Recommandations du KCE

Dans son étude (Beguin & al., 2008), le KCE a fait quelques recommandations liées au marché des appareils auditifs, sans parler du remboursement lui-même (qui bien sûr permettrait « facilement » de diminuer le coût des appareils à charge des patients). Nous reprenons dans les grandes lignes des recommandations qui n'ont pas encore été appliquées.

Premièrement, selon le KCE, la classification technologique des appareils auditifs doit être revue afin d'être plus transparente et permettre une relation plus claire entre le prix et la complexité de l'appareil. Bien sûr, vu le coût administratif d'une telle classification, il est illusoire de penser qu'elle puisse se faire à l'échelon national.

Deuxièmement, les patients devraient avoir la possibilité d'essayer plusieurs appareils auditifs, y compris les moins chers pour lesquels aucun supplément n'est exigé. Le but étant de leur permettre de poser le meilleur choix en fonction de leur situation financière spécifique.

Troisièmement, une dissociation de l'honoraire pour le placement et la mise au point par l'audioprothésiste, du prix de l'appareil auditif proprement dit, augmenterait la transparence, par rapport à la situation actuelle où l'audioprothésiste reçoit une fraction du prix de l'appareil auditif vendu par lui, un système qui introduit un incitant à vendre des appareils auditifs à prix élevés. C'est un chantier important pour lequel les mutuelles travaillent depuis des années maintenant. La difficulté est de connaître réellement ce qui devrait aller au matériel et au service vu que l'audicien seul le sait (et n'a pas intérêt à diffuser cette information).

5.2. Deux recommandations de l'Autorité de la concurrence française

Force est de constater que la Belgique n'est pas la seule à connaître des débats autour du prix des appareils auditifs. Le même débat a eu lieu en France et l'Autorité de la

concurrence s'en est saisie. Il est vrai que ce type de marché relève autant (si pas plus) d'un problème de concurrence et de régulation que de santé. Et logiquement, les recommandations vont dans le même sens que celles du KCE.

« Le marché des audioprothèses, où les prix sont libres, présente des caractéristiques qui contribuent à limiter la capacité de choix du patient : le couplage indissociable de la vente de l'appareil et des prestations de suivi, le caractère aujourd'hui largement artificiel de la ventilation des coûts dans les devis proposés aux patients, l'absence d'individualisation du temps consacré aux prestations de suivi » (Autorité de la concurrence de France, 2016, p.2).

L'Autorité propose en premier lieu la dissociation de la vente de l'appareil et de la fourniture des prestations de suivi, ce qui peut être relié à la troisième recommandation du KCE présentée ci-dessus. Ceci renforce le point de vue des mutuelles quant à la nécessité de cette mesure.

En second lieu, l'Autorité propose une recommandation inédite à notre sens, pour ce secteur. « Dans sa réflexion sur les professions de santé, l'Autorité admet que le numerus clausus puisse éviter une inflation des dépenses de santé et des remboursements de ces dépenses par les organismes sociaux. Cependant, en l'espèce, l'existence d'un numerus clausus d'audioprothésistes diplômés demeure discutable eu égard notamment à l'importance du reste à charge pour les patients. Or l'existence de cette restriction à l'accès à la profession d'audioprothésiste conduit certains des acteurs les plus dynamiques du marché à rencontrer des difficultés de recrutement, ce qui est de nature à brider leur développement » (Autorité de la concurrence de France, 2016, p.3). En somme, l'Autorité propose d'augmenter le nombre d'audiciens afin de créer une concurrence sur les prix¹¹.

Nos données en Belgique tendent à douter de cette mesure. En effet, le marché belge semble très segmenté. Nous pouvons comparer entre les provinces et régions le nombre d'audiciens qui y pratiquent. Malheureusement, nous n'avons pas accès à l'endroit de travail des audiciens et nous ferons l'hypothèse, non-vérifiable à ce stade, qu'ils travaillent tous dans la même province que celle de leur domicile.

11 En Belgique, il n'y a pas de numerus clausus pour les audiciens mais bien des agréments et visas à obtenir auprès des autorités publiques (SPF Santé publique et Communautés), afin de pouvoir exercer cette profession.

Notre analyse des données montre que si l'on regarde les médianes de suppléments (pour le code de nomenclature le plus utilisé en Belgique) et le nombre d'habitants, et donc patients potentiels (tous âges confondus) par audicien, on voit qu'il n'existe pas vraiment de relation avec le prix. Néanmoins, il semble y avoir beaucoup plus d'audiens en Flandre que par rapport aux deux autres régions, selon la population. Mais il existe des différences entre provinces de même communauté linguistique qui ne semblent pas s'expliquer par le nombre d'audiens. Le Limbourg a beaucoup moins d'audiens que les autres provinces flamandes, mais aussi beaucoup moins que les

provinces wallonnes, alors que les prix pratiqués là sont beaucoup plus élevés qu'à Namur ou Bruxelles.

Si l'on regarde spécifiquement le nombre d'habitants de plus de 65 ans par audicien (étant donné que ce sont ces personnes qui auront le plus souvent besoin d'appareils auditifs), on voit qu'il y a, encore une fois, plus d'audiens en Flandre, comme présenté dans le Tableau 13. Et contrairement au postulat de l'Autorité de la concurrence française, les prix y sont beaucoup plus élevés. Pour la Belgique en tout cas, ce n'est peut-être pas là qu'il faut chercher pour améliorer le fonctionnement de ce marché.

Tableau 13 : Patientèle potentielle de plus de 65 ans par audiens (par région) (données MC, 2019)

Région	Population de + 65 ans par région	Nombre d'audicien (selon domicile)	Nombre d'habitants par audicien
Wallonie	687.354	457	1.504
Bruxelles	159.593	160	997
Flandre	1.357.531	1.717	791

5.3. Rembourser plus ? Est-ce 'LA' solution pour diminuer le poids financier des appareils auditifs ?

Certains Belges paient des prix très élevés pour récupérer une audition convenable. Même si ces appareils sont très utiles, l'accessibilité financière, au vu des prix, est certainement un problème. Il est évident que pour augmenter l'accessibilité, on pourrait diminuer les suppléments via une augmentation du montant remboursé. Comme le rappelle l'Autorité de la concurrence française, dans un avis sur le marché des appareils auditifs, les audiens (français) ne sont pas favorables à la dissociation des prestations (appareils et suivi) à cause « des risques sanitaires qui seraient liés à l'inobservance ou à l'absence de contrôles réguliers de l'appareillage du patient. Cependant, le risque sanitaire majeur est déjà constitué : c'est le non-appareillage d'un million de patients, parmi lesquels une grande partie renonce à s'appareiller pour des raisons financières » (Autorité de la concurrence de France, 2016, p. 3). Par conséquent, en attendant une solution universelle, la tentation est grande pour les mutuelles, ou assurances commerciales éventuellement, d'aider leurs membres en donnant des avantages « appareils auditifs » pour aider à l'achat de tels appareils. Mais tout ceci n'est pas sans risque...

Depuis une trentaine d'années, le thème du « balance billing » (ou le fait de demander un prix plus élevé que celui du tarif officiel et régulé) est très présent dans la littérature (Sloan, 1982 ; Glaze & McGuire, 1993). Plus précisément, nombre d'auteurs s'interrogent sur la constatation que les personnes ayant une assurance complémentaire au système d'assurance nationale sont facturés plus que ceux qui n'ont pas de telles assurances. Par conséquent, la présence d'assurances complémentaires semble induire une hausse sélective des prix (via le phénomène de l'aléa moral (Pauly, 1968)) à des fins d'optimisation de la rentabilité (de chaque segment) du marché, et par conséquent une dualisation de la médecine (ou plus précisément des tarifs pratiqués). Subséquemment, il en résultera une pression à la hausse pour tous les prix.

Or, cette optimisation du marché ne semble pas nécessaire à la survie des acteurs mais uniquement inspirée par une recherche de profit plus grand. Ceci se faisant nécessairement au prix d'une perte de bien-être des consommateurs. Pour les appareils auditifs, l'assurance obligatoire (ou les assurances complémentaires ou facultatives en attendant) peut intervenir avec des remboursements plus élevés, mais si on ne régule pas les prix, cela ne servira probablement à rien si les prix ont tendance à augmenter en retour.

Le fait que l'assurance complémentaire/facultative devienne la norme favorise également la demande pour des médecins/produits plus chers (réputés meilleurs), poussant à la hausse le paiement de suppléments. Par conséquent, les primes de l'assurance complémentaire augmentent et mettent à mal la potentielle couverture des personnes qui sont couvertes uniquement par l'assurance de santé sociale (lorsqu'il y a possibilité de suppléments) (Feldstein, 1970 ; Feldman & Dowd, 1991).

Selon une étude récente, en France, le recours aux spécialistes qui peuvent demander des suppléments est causé par la croyance qu'ils prodiguent une meilleure qualité de soins ou qu'il sera plus facile d'avoir un rendez-vous avec eux, contrairement à leurs homologues qui facturent le tarif officiel, vu le temps d'attente, les coûts de transport ou de la simple recherche des médecins qui facturent le tarif officiel (Dormont & Péron, 2016). Les estimations de ces auteurs montrent qu'une meilleure couverture par une assurance complémentaire contribue à l'augmentation des prix des soins médicaux par l'augmentation de la demande de médecins qui facturent des suppléments. De plus, d'autres auteurs notent que l'accès est mis à mal dans les zones où il y a beaucoup de médecins facturant des suppléments et peu qui facturent uniquement le tarif officiel (car le nombre de consultations de ces derniers augmente) (Jelovac, 2015).

On peut donc se poser la question suivante : est-il opportun de rembourser davantage des soins (ou des suppléments) si les partenaires sociaux ne sont pas sûrs que les prestataires n'augmenteront pas à leur tour les prix ? C'est un engrenage sans fin, au détriment du patient si l'augmentation de prix est plus élevée que l'augmentation du remboursement. De plus, en cas d'assurance complémentaire/facultative, la prime augmentera dès lors l'année suivante et ainsi de suite jusqu'à l'impossibilité pour certains de payer cette prime.

Il s'est passé un phénomène plus ou moins équivalent dans notre pays, en ce qui concerne les assurances hospitalisations commerciales. Alors que le législateur n'a pas régulé fermement les prix maximums pouvant être demandés à l'hôpital, et que certaines assurances commerciales remboursaient sans plafond les suppléments demandés lors d'hospitalisations, certains hôpitaux ont facturé sans compter, jusqu'à rendre le produit d'assurance tellement

cher qu'il mettait sous pression les assurances qui ne mettaient pas de plafond. Résultat des courses : les prix n'ont jamais été aussi élevés en chambre simple et certaines assurances facultatives privées commerciales refusent maintenant de rembourser les suppléments au-delà d'un certain plafond (Michel, 2020). Entretemps, certains patients additionnels sont probablement exclus du marché des assurances hospitalisations vu l'augmentation des primes, sans parler de ceux qui n'en avaient pas la possibilité à la base. Si le secteur des appareils auditifs suivait ce chemin, à long terme, les prix pourraient donc être encore plus élevés.

Il serait dommageable d'avoir sur le marché des assurances complémentaires ou facultatives qui vont devenir impayables à cause de l'augmentation constante des suppléments. Il y a un besoin d'une régulation des prix forte, en suivant par exemple les recommandations citées ci-dessus, de plus de transparence sur la partie « matériel » de l'honoraire, les services rendus, le lien entre perte d'audition et appareil conseillé, sans oublier les coûts pour le patient. Alors, dans ce cadre, une augmentation du montant remboursable par l'AO peut être envisagée (comme cela devrait être le cas pour les hospitalisations).

6. Conclusion

La problématique des prix des appareils auditifs est pour le moins complexe. Certains y verront les mêmes tenants et aboutissants que pour les médicaments : marché global, oligopolistique¹², non-transparence et inélasticité des prix, etc. La Belgique peut-elle dès lors envisager de faire quelque chose seule ?

Force est de constater que les Belges ne bénéficiaient pas des prix les plus avantageux lorsque le KCE a fait son étude (Beguin & al., 2008). Par rapport au Danemark, dont la composition des prix était pareille, en Belgique le patient paie beaucoup plus cher. Des pays où les prix étaient plus bas ont une régulation des prix probablement plus sévère et aboutie, comme le montre le KCE. Ils limitent par exemple le nombre d'appareils à la vente afin de rendre le marché plus clair. L'Autorité de la concurrence française a proposé, comme le KCE en Belgique, la scission entre le prix de

12 Un oligopole est un marché influencé par un petit nombre de vendeurs.

l'appareil et le prix du service afin de favoriser la transparence des prix et donc permettre aux utilisateurs d'avoir une information claire sur ce qu'ils paient et pourquoi.

Comme pour les médicaments, les appareils auditifs sont absolument nécessaires à beaucoup de personnes. Le système de classification des appareils selon leur degré de complexité semble néanmoins difficile à mettre en place à part à un échelon plus élevé (l'Union Européenne), vu le coût administratif. On serait également plus puissant en négociant au niveau européen avec les firmes, comme on le fait pour le moment avec le vaccin contre la COVID-19. On pourrait faire des appels d'offres pour les appareils auditifs à ce niveau (à l'instar de ce qui avait été proposé pour le secteur des médicaments avec le modèle KIWI).

En espérant que toutes ces pistes d'amélioration puissent être explorées et mises en place, les mutuelles doivent s'empêcher d'intervenir (de manière complémentaire à l'assurance obligatoire) sans conditions dans le remboursement des appareils auditifs. Le risque est trop grand de

partir dans un engrenage comme celui que connaissent les prix des hospitalisations. Il faut continuer les chantiers dans le secteur des appareils auditifs favorisant la plus grande transparence des prix, comme, par exemple, l'arrêt du lien entre prix de l'appareil auditif et marge pour l'audicien. Grâce à ces améliorations, nous aurons la certitude d'avoir une transparence sur les prix pratiqués et de pouvoir en juger. À cette condition seulement, une intervention de l'assurance complémentaire (en attendant celle de l'assurance obligatoire) sera bénéfique de manière pérenne.

En attendant, nous encourageons nos membres à bien comparer les appareils proposés quant à leur impact sur leur audition, avec l'aide de leurs proches. Comme le disent les autorités du NHS (le service national de santé), au Royaume-Uni, pour les personnes qui ne se fournissent pas via un revendeur officiel du NHS, « essayez d'éviter d'être entraîné vers des modèles chers – il existe probablement des modèles moins chers qui couvriront aussi bien vos besoins »¹³.

13 Voir <https://fish.hants.gov.uk/kb5/hampshire/directory/advice.page?id=4AGY75clgsc>

Bibliographie

- Aazh, H., Prasher, D., Nanchahal, K., & Moore, B. C. (2015). Hearing-aid use and its determinants in the UK National Health Service: a cross-sectional study at the Royal Surrey County Hospital. *International journal of audiology*, 54(3), 152-161.
- Alcimed (2009). *Etude européenne sur le marché et les prix des aides techniques destinées aux personnes handicapées et âgées en perte d'autonomie*. Disponible sur : https://www.cnsa.fr/documentation/synthese_transversale.pdf
- Autorité de la concurrence. (2016). *Avis n° 16-A-24 du 14 décembre 2016 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur des audioprothèses*. Disponible sur : <https://www.autoritedelaconcurrence.fr/sites/default/files/2019-05/16a24.pdf>
- Beguïn, C., Deggouj, N., Debaty, M., Gerken, S., Van den Steen, D., Roberfroid, D., ... & Closon, M. C. (2008). *Appareils auditifs en Belgique : health technology assessment. Health Technology Assessment (HTA)*. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE reports 91B (D/2008/10.273/68).
- Blustein, J., & Weinstein, B. E. (2016). Opening the market for lower cost hearing aids: regulatory change can improve the health of older Americans. *American journal of public health*, 106(6), 1032-1035.
- Bundeskartellamt. (2011). *Bundeskartellamt eliminates competition restraints in the distribution of hearing aids*. Disponible sur : https://www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Meldung/EN/Pressemitteilungen/2011/24_11_2011_BIHA-H%C3%B6rger%C3%A4te.html
- Cour des comptes de France. (2013). *La prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses*. In Rapport Sécurité Sociale 2013. Disponible sur : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2013_version_integrale.pdf
- de Kervasdoué, J., & Hartmann, L. (2016). *Impact économique du déficit auditif en France et dans les pays développés. Rapport final pour l'UNSAF*. Disponible sur : http://www.unsaf.org/doc/Impact_Economique_Deficit_Auditif_en_France.pdf
- Dormont, B., & Péron, M. (2016). Does health insurance encourage the rise in medical prices? A test on balance billing in France. *Health economics*, 25(9), 1073-1089.
- Ehima (2016). *Eurotrak Denmark 2016*. Disponible sur : http://www.ehima.com/wp-content/uploads/2016/09/EuroTrak_2016_DENMARK.pdf
- Ehima (2017). *Eurotrak Belgium 2017*. Disponible sur : http://www.ehima.com/wp-content/uploads/2017/12/EuroTrak-Belgium_2017_Final-Report.pdf
- Feldman, R., & Dowd, B. (1991). A new estimate of the welfare loss of excess health insurance. *The American economic review*, 81(1), 297-301.
- Feldstein, M. (1970). The Rising Price of Physicians' Services. *The Review of Economics and Statistics*, 52(2), 121-33.7
- Glazer, J., & McGuire, T. G. (1993). Should physicians be permitted to 'balance bill' patients?. *Journal of Health Economics*, 12(3), 239-258.
- Heston, A., & Lipsey, R. E. (1999). *International and Interarea Comparisons of Income, Output, and Prices*. Chicago : University of Chicago Press.
- Hill, B. (2015). *Bundled pricing strategies and price variation*. Disponible sur : <https://www.healthcarefinancenews.com/blog/bundled-pricing-strategies-and-price-variation>
- Hill, R. J. (1999). Comparing price levels across countries using minimum-spanning trees. *The Review of Economics and Statistics*, 81(1), 135-142.
- Jelovac, I. (2015). Physicians' balance billing, supplemental insurance and access to health care. *International journal of health economics and management*, 15(2), 269-280.
- Lipsey, R. E., & Swedenborg, B. (1999). Wage dispersion and country price levels. In *International and interarea comparisons of income, output, and prices* (pp. 453-477). Chicago : University of Chicago Press.
- Lipsey, R. E., & Swedenborg, B. (2010). Product price differences across countries: determinants and effects. *Review of World Economics*, 146(3), 415-435.
- Löhler, J., Walther, L. E., Hansen, F., Kapp, P., Meerpohl, J., Wollenberg, B., ... & Schmucker, C. (2019). The prevalence of hearing loss and use of hearing aids among adults in Germany: a systematic review. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 276(4), 945-956.
- Lupsakko, T. A., Kautiainen, H. J., & Sulkava, R. (2005). The non-use of hearing aids in people aged 75 years and over in the city of Kuopio in Finland. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck*, 262(3), 165-169.
- McCormack, A., & Fortnum, H. (2013). Why do people fitted with hearing aids not wear them?. *International journal of audiology*, 52(5), 360-368.
- Michel, M. (2020). *DKV exclut 33 hôpitaux de son assurance hospi individuelle*. Disponible sur : <https://www.lecho.be/monargent/assurances/dkv-exclut-33-hopitaux-de-son-assurance-hospi-individuelle/10198194.html>
- Observatoire des prix. (2014). *Etude sur les prix, les marges et le fonctionnement du marché des appareils auditifs en Belgique*. Bruxelles : SPF Économie, P.M.E., Classes moyennes et Énergie.
- Organisation mondiale de la santé. (2018). *Pricing of cancer medicines and its impacts – Technical Report*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Popelka, M. M., Cruickshanks, K. J., Wiley, T. L., Tweed, T. S., Klein, B. E., & Klein, R. (1998). Low prevalence of hearing aid use among older adults with hearing loss: the Epidemiology of Hearing Loss Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(9), 1075-1078.
- Sloan, F. A. (1982). Effects of health insurance on physicians' fees. *The Journal of human resources*, 17(4), 533-557.
- Statbel. (2021). *Le revenu moyen des Belges s'élevait à 19.105 euros en 2019*. Disponible sur : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux>