Dans le cadre de son enquête sur le secteur des audioprothèses, l'Autorité de la concurrence lance aujourd'hui une consultation publique sur son bilan d'étape.

Publié le 19 juillet 2016

Elle appelle les acteurs du secteur à se prononcer sur les problématiques concurrentielles qu'elle a identifiées.

Les acteurs intéressés sont invités à présenter leurs observations jusqu'au 20 septembre.

L'essentiel

Constatant le sous-équipement des Français en audioprothèses et les prix élevés des appareillages, l'Autorité de la concurrence a décidé, en février, de se saisir pour avis de sa propre initiative afin d'évaluer la situation de la concurrence dans le secteur et identifier les éventuels obstacles concurrentiels.

Après une trentaine d'auditions menées auprès des fabricants, associations de patients, organismes de défenses des consommateurs, centrales d'achat et de référencement, audioprothésistes, syndicats, ORL, personnalités qualifiées et une enquête de terrain menée auprès d'une soixantaine de centres d'audioprothèses en France, l'Autorité de la concurrence publie aujourd'hui un bilan d'étape qu'elle soumet à consultation publique. Elle appelle les acteurs du secteur à se prononcer sur les problématiques qu'elle a identifiées, principalement sur le marché aval de la délivrance, qui portent notamment sur les questions de la vente couplée de l'audioprothèse et des prestations d'adaptation et de suivi du patient, de la

régulation tarifaire éventuelle, du numerus clausus et des réseaux de soins.

L'Autorité invite les acteurs du secteur (fabricants, audioprothésistes, associations de consommateurs, associations de patients, syndicats professionnels…) à répondre d'ici le 20 septembre aux 46 questions posées. Les contributions reçues permettront d'éclairer utilement l'Autorité dans son analyse en vue des recommandations qu'elle fera dans son avis définitif en fin d'année.

Des prix élevés, une prise en charge financière faible et une population sous-équipée

Plusieurs millions de Français sont atteints d'une déficience auditive. Sur les 3 millions de personnes appareillables, seulement 2 millions sont équipés. Leur profil type ? Une personne souffrant d'un déficit auditif modéré à sévère, dans 80% des cas binaural, âgée en moyenne de 69 ans. Il convient de souligner que la déficience auditive non traitée conduit à de nombreux troubles physiques et cognitifs, qui ont un coût humain et financier important.

Si des freins psychologiques existent et tiennent à la crainte du patient d'être stigmatisé- la surdité étant toujours perçue en France comme un handicap peu avouable -, des freins économiques peuvent aussi expliquer ce sous-appareillage. Le coût d'un équipement est substantiel : 1 500 €/oreille en moyenne. L'Assurance maladie remboursant peu ces dépenses (120 € par audioprothèse contre 785 € en Allemagne, 666 € en Belgique et 600 € en Italie), malgré un complément de remboursement versé par les OCAM (organismes complémentaires d'assurance maladie), le reste à charge pour le patient est important (environ 1 000 € par oreille) sachant que le plus souvent ce sont les deux oreilles qui doivent être appareillées.

Malgré le prix élevé des audioprothèses, la demande, liée au vieillissement de la population, est en progression forte et constante depuis une vingtaine d'années.

Les ventes d'audioprothèses ont augmenté en moyenne de 6,18% par an entre 1994 et 2014 et de 8,98% en 2015. Elles représentent un marché d'un milliard d'euros. Eu égard à l'augmentation démographique et au vieillissement de la population - les pertes auditives étant liées naturellement à l'âge – la croissance du secteur devrait encore être soutenue à l'avenir.

Un marché amont oligopolistique mais caractérisé par une concurrence par l'innovation

Six fabricants se partagent 90 % du marché en France sans qu'aucun d'entre eux ne soit en position dominante. Les trois fournisseurs les plus importants - Sivantos (marques Siemens, Audioservice, Biotone), Sonova (Phonak, Unitron, Hansaton) et William Demant (Oticon, Bernafon) - détiennent 70 % de parts de marché.

Bien que les prix des fabricants soient proches, de 250 € en entrée de gamme à 450 € en haut de gamme en moyenne, il semble que la concurrence passe par l'innovation. Le rythme de sortie des nouveaux produits est élevé (tous les 2 ans) et les investissements en recherche et développement (R&D) sont importants, de l'ordre de 5 à 12 % des coûts de production. Au regard des investissements nécessaires à l'évolution technologique rapide, le prix de l'appareil ne paraît pas excessif. Il a d'ailleurs baissé de de 30 % en dix ans. En outre, les marges nettes réalisées par ces entreprises, de 5 % à plus de 15 % environ, semblent témoigner de l'existence d'une certaine concurrence.

Néanmoins, les fabricants tendent à s'intégrer verticalement en investissant dans des enseignes de distribution, tels William Demant qui a pris le contrôle d'Audika en 2015 ou Sonova qui a annoncé en 2016 son projet d'acquérir AudioNova. Si l'intégration verticale peut présenter un certain nombre d'effets positifs (rationalisation de la distribution), elle pourrait aussi conduire à des phénomènes de verrouillage de marché. Le fabricant qui ne posséderait pas son réseau de distribution pourrait avoir un accès à la clientèle restreint, si les centres intégrés s'approvisionnaient essentiellement au sein de leurs réseaux respectifs. De la même manière, les audioprothésistes indépendants pourraient

avoir un accès au marché des appareils restreint, si les fournisseurs intégrés refusaient de leur vendre ou à des conditions moins favorables.

Si des opérations d'intégration verticale lui sont à nouveau soumises, l'Autorité de la concurrence veillera à ce que la concurrence, aussi bien en amont entre les fabricants qu'en aval entre les distributeurs, reste suffisante.

Un niveau intermédiaire qui ne semble pas renchérir substantiellement le coût de l'appareillage

Les structures intermédiaires sont constituées des centrales d'achats ou de référencement (la Centrale des audioprothésistes, Luz Audio, Rev Audio, Audiocentrale, Dyapason). Mais leur intervention n'est pas systématique, certains audioprothésistes négociant leurs achats en direct avec les fabricants.
Le coût des prestations de ces intermédiaires est faible puisqu'il s'élève en moyenne à 1,35 % du prix TTC, ce qui représente en valeur absolue une vingtaine d'euros sur une audioprothèse de 1 500 €. L'impact de la marge prélevée par les centrales d'achats ou de référencement sur le prix de l'appareillage paraît donc négligeable.

Les principales problématiques ont été identifiées sur le marché aval

Le marché aval est très atomisé puisque 3250 audioprothésistes se partagent le marché. Ces derniers se répartissent entre deux types d'enseignes : celles spécialisées dans l'audition telles que Amplifon, Audika, Audition mutualiste, Audition Santé, Audition Conseil ou Entendre et les enseignes d'optique qui se sont diversifiées en ouvrant des corners ou des centres dédiés (Audio 2000, Optical Center, Krys Audition, Afflelou). Compte tenu de cet éclatement, le marché ne semble donc pas *a priori* propice à des comportements collusifs ou abusifs.

Concernant la formation du prix d'une audioprothèse, l'instruction montre que 66 % de la valeur est créée par les audioprothésistes. Cette part importante s'explique par le fait que les audioprothésistes ne sont pas seulement

distributeurs de biens mais aussi prestataires de services de santé. Leur activité n'est pas comparable à celle d'un commerçant qui achète des produits pour les revendre en réalisant une marge. Elle s'apparente davantage, pour la part relative aux prestations associées à la vente de l'appareil, à celle d'un infirmier ou d'un masseur-kinésithérapeute, en fournissant des services de soins du patient sur une longue durée. Le prix d'une audioprothèse reflète ainsi à la fois la valeur de l'appareil et celle du temps passé pour les prestations associées, 12 à 15 heures en moyenne s'étalant sur 5 à 6 ans.

Si l'organisation de la distribution induit un certain niveau de concurrence entre les acteurs, l'Autorité a identifié, au cours de son pré diagnostic, plusieurs problématiques, notamment liées à des contraintes légales ou réglementaires, pouvant empêcher un fonctionnement optimal du marché.

1- Le couplage de l'appareil et des prestations de suivi freine-t-il la baisse des prix ?

Quelle que soit l'enseigne choisie par le patient, toutes pratiquent le couplage entre l'achat de l'appareil et des prestations de suivi du patient qui s'échelonnent sur 5 à 6 ans et dont le prix est fixé à l'avance et le paiement est souvent immédiat. Si la loi Macron du 6 août 2015 prévoit que le devis soumis au patient doit désormais distinguer le prix d'achat de l'appareil de celui des prestations d'adaptation et de suivi du patient, le remboursement effectué par la Sécurité sociale reste toujours basé sur le prix global. Le forfait global demeure donc le seul mode de fixation de prix pratiqué par les professionnels.

Ce couplage présente plusieurs inconvénients : il renchérit le coût immédiat de l'appareillage et peut amener les patients les plus sensibles au prix à renoncer à s'équiper. De plus, dans la mesure où le paiement est forfaitaire et concerne une période de 5 à 6 ans (« paiement prospectif »), certains patients paient pour des services qu'ils n'utiliseront pas en totalité, par exemple s'ils décèdent, s'ils déménagent ou si leur centre auditif ferme. Par ailleurs, certains patients qui nécessitent un suivi moins important paient le même prix que ceux qui sont

davantage suivis. Mais cette mutualisation des coûts n'est pas sans avantage, les patients pouvant ignorer ex-ante le niveau de suivi dont ils auront besoin.

Une alternative consisterait à découpler l'achat de l'appareil de celui des prestations de suivi du patient. Elle présenterait l'avantage de renforcer la transparence tarifaire en donnant tout son sens au devis et de permettre aux patients de mettre en concurrence les audioprothésistes sur les prestations de suivi. Mais un tel découplage présente aussi plusieurs risques.

Tout d'abord celui pour le patient de payer une double marge s'il s'adressait à deux audioprothésistes différents pour l'appareillage et pour le suivi. Ensuite, les patients pourraient être tentés de sous-estimer leurs besoins de suivi et de limiter ce suivi à quelques séances, affectant ainsi la qualité des soins. Enfin, le découplage pourrait aussi inciter l'audioprothésiste incertain que le suivi sera réalisé chez lui à augmenter le prix des audioprothèses ou à orienter le patient vers les plus chères.

Par ailleurs, il est possible que le renforcement de la concurrence lors du suivi ne suffise pas à réduire fortement le reste à charge pour les patients, le remboursement des audioprothèses par l'Assurance maladie restant très faible. La question se pose donc d'une éventuelle revalorisation du remboursement des soins par l'Assurance-maladie, en contrepartie, par exemple, d'une fixation d'un prix plafond des audioprothèses notamment en entrée de gamme.

La dissociation appareil/prestations appelle donc une réponse nuancée et amène notamment les questions suivantes :

- Quelle serait la combinaison vente/adaptation de l'appareil qui serait optimale ?

- En cas de découplage, quel serait le paiement adapté pour le suivi : à l'acte ou au forfait ?

- Quel est le niveau de reste à charge qui serait considéré comme acceptable pour les patients sensibles au prix ?

- A quel niveau pourraient être fixés ces prix limites de vente ?

2- Vers une régulation tarifaire ?

Pour expliquer les freins économiques à l'accès au marché et l'exclusion d'une partie de la population des soins prothétiques, les audioprothésistes et leurs organisations professionnelles ont insisté sur l'importance du reste à charge pour les patients, conséquence de la faiblesse du niveau de remboursement de l'Assurance maladie et ont appelé à une amélioration de la prise en charge de ces soins par la solidarité nationale.

Si cette option mérite d'être explorée, cette augmentation du remboursement, en particulier pour les prothèses d'entrée et de moyenne gamme, conduit légitimement à s'interroger sur une régulation des prix pratiqués par les audioprothésistes afin que la diminution du reste à charge bénéficie effectivement aux patients.

A cet égard, plusieurs pistes pourraient être prises en considération.

Une première piste pourrait concerner les fabricants d'audioprothèses.

L'Assurance maladie pourrait lancer un appel d'offres auprès des fabricants qui permettrait de les référencer en vue d'un remboursement à des prix plafond. Cette option devrait être consolidée par un encadrement à l'aval.

Une deuxième piste pourrait concerner l'encadrement de la vente des audioprothèses par les audioprothésistes. L'Assurance maladie pourrait proposer le remboursement d'un certain nombre de forfaits plafond, notamment pour les prothèses d'entrée et de moyenne gamme : par exemple, un forfait plafond de suivi comprenant deux visites par an sur quatre ou cinq ans, payable et remboursable chaque année.

Une autre piste pourrait consister pour l'Assurance maladie à fixer un plafond de remboursement pour l'ensemble de la vente (appareil, adaptation, suivi), notamment pour les prothèses d'entrée et de moyenne gamme, et à soumettre à son approbation préalable le devis normalisé en vue du remboursement.

À ce titre, l'Autorité pose notamment les questions suivantes :

- En contrepartie d'une amélioration du niveau de remboursement par l'Assurance maladie, un meilleur encadrement des prix par cette dernière, notamment pour les prothèses d'entrée et moyenne gamme, apparaît-il souhaitable ?

- Dans l'affirmative, quelles modalités d'encadrement vous paraissent-elles les plus efficaces ?

3- Le *numerus clausus* est-il justifié ou doit-il être relevé ?

La fixation de quotas pour l'accès aux professions de santé réglementées est un outil de régulation de l'offre de soins. L'offre créant la demande, un encadrement peut être nécessaire pour éviter la dérive des dépenses sociales. Il permet également d'assurer aux étudiants un cursus de qualité adapté aux

capacités de formation des universités.

Toutefois, la liberté tarifaire pour les audioprothésistes, et le faible niveau de remboursement des audioprothèses par l'Assurance maladie (120 € par appareil) posent la question des justifications de ce quota en l'espèce.

Il reste que toute remise en cause du quota ou son relèvement impliqueraient de revoir à la hausse les capacités de formation actuelles des audioprothésistes.

Les pouvoirs publics ont fixé pour la première fois un quota de 199 étudiants admis en première année au titre de l'année 2015/2016 (ils étaient moins de 150 auparavant). Les organisations professionnelles estiment que ce quota est suffisant pour répondre à la progression prévisible des malentendants. A contrario, des associations de consommateurs, de patients et des réseaux de soins estiment que l'offre d'audioprothésistes est trop faible. Les salaires (4500 € bruts par mois en moyenne), plus élevés que ceux des professions paramédicales disposant d'un niveau de formation équivalent (opticiens, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers) et la tension sur le marché de l'emploi tendraient à démontrer cette insuffisance de professionnels.

Une offre supplémentaire de professionnels pourrait avoir un effet positif sur le marché de la distribution des audioprothèses. D'une part, en équilibrant l'offre et la demande de travail, cette mesure pourrait se traduire par un réajustement à la baisse des salaires versés aux audioprothésistes et donc du coût des prestations d'adaptation et de suivi. D'autre part, elle permettrait aux nouveaux entrants qui rencontrent des difficultés de recrutement de se développer plus facilement et de stimuler la concurrence sur le marché. Or, une concurrence plus vive devrait favoriser une diminution des prix. Cette réduction du coût des audioprothèses pourrait à son tour induire une demande plus forte et favoriser l'équipement des patients, notamment ceux d'entre eux qui ne sont pas appareillés pour des raisons économiques. Pour répondre à ce surcroît de demande, une augmentation du nombre d'audioprothésistes apparaît nécessaire.

Toutefois, les étudiants rencontreraient déjà des difficultés pour trouver des stages dans un service hospitalier d'ORL, ces stages faisant partie intégrante de leur formation. Cette difficulté majeure s'expliquant en partie par la raréfaction des médecins ORL et des services hospitaliers spécialisés.

Aussi, l'Autorité s'interroge sur la nécessité de relever l'actuel quota d'étudiants admis à intégrer le cursus de formation. Plus largement, l'Autorité se demande s'il est nécessaire de maintenir un ***numérus clausus*** dès lors que la prise en charge par l'Assurance-maladie est faible.

À ce titre, l'Autorité pose notamment les questions suivantes : - Le ***numerus clausus*** est-il justifié dans le secteur des audioprothèses pour réguler l'offre de soins ? - Si oui, à quel niveau doit être fixé le quota d'étudiants pour les cinq prochaines années pour assurer une formation de qualité ? - L'augmentation du quota est-elle de nature à favoriser un cercle vertueux du point de vue de la concurrence : augmentation de l'offre de services et baisse des prix ? Dans l'affirmative, quelles sont les conditions optimales ? Dans l'hypothèse d'un réajustement à la baisse des rémunérations des audioprothésistes les rapprochant de celles des professions équivalentes, quel pourrait être l'impact sur le prix des audioprothèses au consommateur final ?

4- Le développement des réseaux de soins doit-il être favorisé ?

Constatant le financement insuffisant des audioprothèses par la Sécurité sociale, les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) ont mis en place depuis 2009 des réseaux de soins afin de mieux réguler les dépenses de santé tout en améliorant l'assistance aux assurés ainsi que le niveau de leurs remboursements. Ces réseaux de soins reposent sur des partenariats

conventionnels avec les professionnels de santé sélectionnés sur appel à candidatures.

L'Autorité s'est toujours montrée favorable aux réseaux de soins eu égard à leur capacité à animer la concurrence. Les effets bénéfiques des offres de ces réseaux sont en effet importants tant pour les professionnels de santé affiliés (afflux de clientèle, visibilité) que pour les patients adhérents (prix plus bas et meilleure prise en charge, restauration d'une certaine symétrie d'information en faveur du patient).

Pourtant, certains acteurs du secteur critiquent la constitution de ces réseaux avançant que les prix particulièrement bas ne permettraient pas d'assurer des prestations de qualité et que des patients renonceraient à s'équiper auprès des audioprothésistes affiliés et retourneraient vers des audioprothésistes non affiliés. Pour autant, certains exemples semblent montrer que les professionnels (réseaux VivaSon ou Unisson, par exemple) qui recourent à un temps de suivi plus limité et à des prix plus bas auraient des taux de satisfaction élevés.

Afin d'objectiver ces propos, l'Autorité pose notamment les questions suivantes :

- Existe-t-il des données objectives permettant de soutenir les affirmations selon lesquelles le temps passé des audioprothésistes affiliés ne serait pas adéquat ?

- Le niveau de prix de certains réseaux de soins serait-il objectivement incompatible avec le maintien de la qualité des soins ?

> Consulter l'intégralité du document de consultation publique

Contact(s)

Yannick Le Dorze
Adjoint à la directrice de la communication
01 55 04 02 14
Contacter par mail