

Sociotechnique de la presbyacousie. Enquête ethnographique auprès d'audioprothésistes et de personnes appareillées

Pierre-André Juven, Frédéric Pierru

► **To cite this version:**

Pierre-André Juven, Frédéric Pierru. Sociotechnique de la presbyacousie. Enquête ethnographique auprès d'audioprothésistes et de personnes appareillées. [Rapport de recherche] CERMES3; CERAPS. 2018. <hal-01735234>

HAL Id: hal-01735234

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01735234>

Submitted on 15 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Pierre-André Juven – Post-doctorant Cermes3/ INSERM
Frédéric Pierru – Chargé de recherche CERAPS/ CNRS

Sociotechnique de la presbycousie

Enquête ethnographique auprès d'audioprothésistes et de personnes
appareillées



Mars 2018

Synthèse

Point général

Les dix dernières années ont vu « le nombre d'audioprothèses présentées au remboursement de l'Assurance maladie » augmenter de plus de 80%. Les chiffres varient selon qui les avancent mais un consensus s'est fait sur le développement important de ces dispositifs au sein de la population française, développement principalement expliqué par le vieillissement de la population. Près de trois millions de personnes seraient susceptibles d'être équipées, le nombre actuel étant de deux millions. L'audioprothèse est ainsi un secteur en expansion mais qui interroge au vu de ses caractéristiques. Il se situe au carrefour d'enjeux de santé publique et commerciaux. Si certains rapports d'institutions publiques portent sur la déficience auditive, aucun travail sociologique ne s'est intéressé au secteur de l'audioprothèse. C'est ce manque que cette étude entend combler en s'intéressant à la fois au lien entre l'appareil en tant que dispositif sociotechnique et la personne appareillée d'une part, et au métier d'audioprothésiste d'autre part. Le problème de départ posé par cette étude est le suivant :

Quelles formes de nécessités et d'agencement rendent possible l'acquisition d'un appareil et rendent envisageable le succès de l'articulation entre la personne et un objet technique ? Et a contrario, qu'est-ce qui peut expliquer la difficulté ou les hésitations à s'engager dans un processus devant pourtant permettre une amélioration de la vie quotidienne et de la santé des personnes ?

La première partie de cette étude propose des pistes de réponses, insistant sur le caractère social de la perte d'audition et sur la nécessité d'appréhender l'appareillage dans un contexte autrement plus large que technique et commercial. La deuxième partie de l'étude fait le choix d'étudier en situation le processus d'appareillage c'est-à-dire dans les lieux où il se fait : les centres d'audioprothèse. Ce rapport propose une étude sociologique du secteur de l'audioprothèse en partant donc de deux questionnements : 1) Que signifie se doter et disposer d'un appareil auditif ? 2) Qu'est-ce que le métier d'audioprothésiste et quel rôle joue-t-il concrètement dans l'appareillage ? Deux grands résultats ressortent de notre enquête.

Deux résultats de recherche

L'appareil auditif n'est pas autosuffisant. **Il s'inscrit dans un réseau sociotechnique.** Il ne suffit pas d'équiper des personnes pour que le problème de l'audition soit traité et que les risques sanitaires et sociaux liés à la presbycousie soient aussi tôt résolus. Au contraire, les entretiens et les observations que nous avons réalisés ont montré que l'adéquation de l'objet et de la personne ne pouvait avoir d'effets que dans la mesure où le cadre de vie plus large permet d'accepter le port de l'appareil. Ce cadre de vie a trait aux moyens financiers de la personne mais aussi plus largement sa familiarité à l'appareillage auditif. Connaître des proches disposant d'appareil (et donc disposant eux-mêmes des moyens financiers pour s'équiper) participe d'un engagement a priori favorable dans la démarche d'appareillage. Le mode de vie des personnes et leur degré de socialisation jouent également un rôle majeur dans le choix de s'appareiller et dans l'acceptation de l'appareillage. Il est donc indispensable de saisir l'environnement social et économique des personnes souffrant de presbycousie.

L'activité d'audioprothésiste est hybride aux frontières du soin, de l'ingénierie et du commerce. Les audioprothésistes remplissent certes un rôle de fournisseurs d'appareils mais leur fonction professionnelle et sociale déborde ce rôle. De multiples demandes de la part des patients/ clients concernent des aspects anodins de la vie quotidienne, ce sont ces aspects qui jouent sur la qualité de vie des personnes appareillées. Le son de la télévision, les bruits de fond au restaurant, un tuyau coudé, etc., sont autant de questionnement ou de motifs d'insatisfaction auxquels l'audioprothésiste doit pouvoir répondre. Les profils des personnes appareillées sont très variables, ils vont de la personne encore active, socialement intégrée, en bonne santé à des personnes âgées, isolées et souffrant de pathologies parfois lourdes (cancer, Alzheimer). C'est avec ces disparités que doivent composer les audioprothésistes. Plus largement, les audioprothésistes réalisent un travail de conviction sur l'intérêt du port de l'appareil et sur le fait de porter l'appareil le plus souvent possible ce qui est permis par l'instauration d'une relation débordant la seule interaction marchande. L'appareil ne vaut en somme pas grand chose s'il est utilisé à la carte, ce que disent les audioprothésistes et ce que confirment les études sur le sujet. Nous montrons également qu'il y a une co-construction de l'efficacité de l'appareillage et de la profession. La légitimité de la profession est argumentée par la

nécessité de l'observance. Il ne s'agit pas de nier l'intérêt sanitaire de l'observance mais d'observer le lien étroit entre celle-ci est le travail des audioprothésistes qui passent une grande partie de leur temps à chercher à convaincre de façon plus ou moins subtile les personnes à mettre leur appareil le plus souvent. Autrement dit, le choix ou non de s'appareiller ne relève pas seulement de l'objectivation quantifiée d'un déficit auditif mais aussi d'une situation sociale, affective et économique.

Point sur la méthode

Liant une étude de la « solidarité technique » entre les personnes et leur appareil et une analyse du champ de l'audioprothèse (en tant que situé aux frontières du commercial et du médical), nous avons mobilisé deux types de matériaux : des entretiens semi-directifs avec des usagers et des professionnels, des enquêtes ethnographiques dans trois centres d'audioprothèse. Ceci s'est concrétisé par la réalisation de 19 entretiens (dont 15 avec des personnes appareillées et 4 avec des audioprothésistes) d'une part et 7 journées d'observation ethnographique durant lesquelles nous avons assisté à 42 consultations soit plus de 45 heures d'enregistrement.

Sommaire

Synthèse	2
Sommaire	5
Prologue	6
Introduction	8
Un champ de régulation en ébullition.....	10
Une terminologie problématique mais révélatrice.....	14
Une sociologie des innovations et de la santé : étudier les « solidarités techniques ».....	15
Méthodologie (et limites) d'enquête	17
Partie 1 - Le façonnement et l'appareillage du quotidien	20
Introduction	21
Chapitre 1 : S'appareiller	21
« Je ne voulais pas en entendre parler ».....	22
L'importance des « proches »	24
Le processus d'appareillage	27
Un « coût » d'entrée élevé.....	34
Chapitre 2 : Vivre et entendre avec des appareils	37
Une nouvelle perception du quotidien	37
L'enjeu de l'observance	41
L'imperfection et l'oubli	43
Conclusion de partie	44
Partie 2 – Entretien, prendre soin et vendre	45
Introduction	46
Chapitre 1 – Entretien	46
L'entretien rituel de l'appareil	47
Deux cas d'opérations anodines : l'interférence et le « 8 ».....	49
Refaire des audiogrammes et suivre la personne.....	52
Chapitre 2 – Prendre soin	53
Réconforter et rassurer	54
Penser l'oreille sans l'appareil.....	59
Convaincre et entraîner	60
Chapitre 3 – « Tenir une boutique »	61
Un cabinet ou un magasin ?.....	62
« C'est son métier »	65
Construire une opposition entre les « audioprothésistes » et les « low-cost »..	67
Conclusion de partie :	69
Conclusion générale	70
Annexes	73
Annexe 1 – Communiqué de presse UNSAF.....	74
Annexe 2 – Liste anonymisée des personnes interviewées	75
Annexe 3 – Présentation de neuf personnes interviewées (non exhaustive) ..	76
Annexe 4 – Grille d'entretien	79
Annexe 5 – Présentation des auteurs	81

Prologue

2017, Alain Afflelou lance *Incognito*®, sa marque d'audioprothèses. Le président de l'entreprise éponyme se met, comme souvent, en scène dans une publicité où on le retrouve au théâtre, attendant patiemment le lever de rideau¹. Un homme et une femme arrivent alors, dans son dos, s'installent. Ils ne sont pas particulièrement âgés, ils ont, semble-t-il, une vie sociale active mais un problème semble s'insinuer dans leur quotidien, l'homme entend de moins en moins bien. « *Bonsoir Monsieur Afflelou, voilà mon mari me fait répéter tout le temps, je sens qu'il n'entend plus très bien* ». Ce à quoi Alain Afflelou répond que lui porte son appareil, un simple dispositif réglant le problème, et évitant la stigmatisation liée à l'âge (l'homme répondant « *C'est fou ça c'est tout petit* »).

La publicité, loin d'être anodine regorge d'indications fort utiles pour saisir les enjeux sociaux contemporains relatifs à l'audioprothèse. (Presque) tout y est : un couple de jeunes retraités ou d'actifs en fin de carrière, une activité sociale généralement considérée comme élitiste, une plainte de la part de la personne bien-entendante, un souci d'esthétisme, une forme de jeunisme implicite, un objet technique incarnant la solution à tous les problèmes (discrétion, prix) et ... un homme d'affaires. Considérant que le travail publicitaire participe d'une production sociale des représentations et des identités², cette publicité offre une porte d'entrée idéale sur l'analyse du secteur de l'appareillage auditif et ceci pour deux raisons.

Premièrement pour ce que la publicité contient, car l'ensemble des éléments de son scénario font écho à des enjeux de santé larges : Que signifie « n'entendre plus très bien » ? Pourquoi demander conseil à un patron d'entreprise réputé dans le domaine de l'optique ? Comment expliquer l'importance de la discrétion ? Quel impact a, sur la vie sociale et affective, la déficience auditive ? Quel rôle jouent les proches dans le processus d'appareillage ? Comment ce problème de santé est-il considéré par les pouvoirs publics ? Et après tout, est-ce effectivement un « problème de santé » ? Deuxièmement, cette publicité nous permet de saisir les enjeux économiques et sanitaires relatifs au secteur de l'audioprothèse dans ce qu'ils ont d'antagonistes et de concurrentiels. Un autre élément de la publicité intrigue en effet dès lors que les appareils auditifs sont généralement associés au métier d'audioprothésiste : la revendication du statut par Alain Afflelou d'« acousticien ». Cette dénomination n'a pas tardé à faire réagir certaines organisations dont le Syndicat National des Audioprothésistes (UNSAF). Dans son communiqué de presse du 27 septembre 2017, le syndicat s'indigne de cette diversification de l'entreprise Afflelou® indiquant que « *l'UNSAF ne peut que s'interroger face à l'attitude de tels opérateurs commerciaux et financiers sur des patients âgés et fragiles, et s'inquiéter de*

¹ La publicité est consultable en ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=PEXoOulnb0w>

² Erving Goffman, « La ritualisation de la féminité », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 14, 1977, pp. 34-50.

leurs agissements dictés par le seul profit »³. Pointant du doigt une « marchandisation » menaçant les « patients », le syndicat revendique une approche sanitaire et sociale du secteur qu'il convient ainsi d'encadrer.

L'audioprothèse est-elle un bien de consommation comme un autre ? Qui peut et doit fournir ce « produit de santé » ? Des grandes chaînes ? Des professionnels de santé indépendants ? Qu'est-ce que le métier d' « audioprothésiste » au quotidien ? Les réactions suivant l'arrivée « sur le marché » d'Afflelou® sont ainsi révélatrices des incertitudes entourant aujourd'hui le secteur de l'audioprothèse et de ses professionnels, à une heure où les tutelles et les représentants de la professions discutent des modes de remboursement et du montant du reste à charge pour les « personnes appareillées »⁴.

³ UNSAF, « Afflelou : Quand les métiers deviennent flous, il y a un loup ! », Communiqué de presse, 27 septembre 2017 (annexe 1).

⁴ Nous revenons dans l'introduction de ce rapport sur la terminologie employée et expliquons pourquoi plutôt que de parler de « patient », nous faisons le choix de parler de « personnes appareillées ».

Introduction

Les dix dernières années ont vu « le nombre d'audioprothèses présentées au remboursement de l'Assurance maladie » augmenter de plus de 80%⁵. Les chiffres varient selon qui les avancement mais un consensus s'est fait sur le développement important de ces dispositifs au sein de la population française, développement principalement expliqué par le vieillissement de la population. Près de trois millions de personnes seraient susceptibles d'être équipées, le nombre actuel étant de deux millions⁶. L'ampleur du phénomène s'explique aussi par le périmètre large de l'aide auditive. « Aujourd'hui, les indications des prothèses auditives et des implants auditifs s'élargissent et permettent de ne plus se limiter à la surdité profonde sans intelligibilité »⁷. La définition d'une population concernée par une déficience auditive dépend de ce qui est entendu par cette même déficience. Selon les critères de catégorisation, un nombre plus ou moins large de personnes peut faire l'objet d'une aide. L'opération de quantification est en elle-même un geste politique⁸ dès lors que dire combien de personnes pourraient disposer d'un appareil et n'en disposent pas revient non seulement à donner une définition de ce qu'est la perte d'audition mais aussi dans la mesure où cela permet d'engager un diagnostic, de « problématiser » l'absence d'appareillage chez plusieurs centaines de milliers de personnes. Cette opération politique se double d'une opération marchande puisque cette problématisation invite aussi à considérer l'étendue d'un marché potentiel impliquant à la fois les prestataires privés, les tutelles et les organismes complémentaires⁹.

⁵ Nevoux J., Coez A., Truy E., « Les dispositifs médicaux correcteurs de la surdité : prothèses et implants auditifs », *La Presse Médicale*, vol. 46, n° 11, 2017, pp. 1043-1057.

⁶ UNSAF, *Analyse sectorielle de l'audioprothèse en France*, 2015.

⁷ *Ibid.*, 2017.

⁸ Desrosières A., *La politique des grands nombres*, La Découverte, Paris, 1991 ; Didier E., *En quoi consiste l'Amérique ?*, La Découverte, Paris, 2009 ; Juven P-A., « Gouverner avec tact et mesure. L'ajustement des budgets hospitaliers à la marge », *Sociologie du travail*, vol. 59, n°2, 2017.

⁹ Autorité de la concurrence, Avis 16-A-24 du 14 décembre 2016.

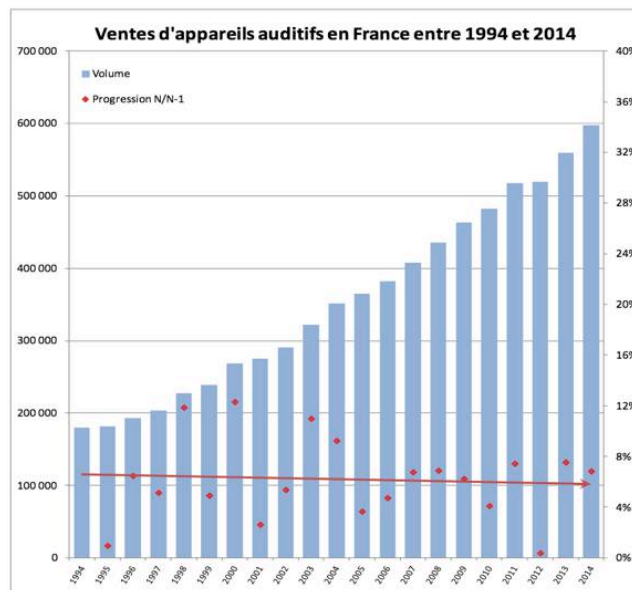


Figure 1 -Source : UNSAF, *Analyse sectorielle de l'audioprothèse en France*, 2015, p. 23.

L'audioprothèse est ainsi un secteur en expansion mais qui interroge au vu de ses caractéristiques. Il se situe au carrefour d'enjeux de santé publique et commerciaux. La structuration du secteur est en elle même une bonne indication de ce caractère hybride. Le secteur de l'audioprothèse repose sur plusieurs acteurs. Nous en identifions six principaux. Le premier acteur n'est pas interne au champ mais en constitue souvent la porte d'entrée, il s'agit des Oto-rhino-laryngologistes (ORL) qui prescrivent le port d'appareils à leurs patients après avoir réalisé un audiogramme¹⁰ c'est-à-dire un test visant à évaluer la perte d'audition. Le deuxième acteur est l'audioprothésiste, dont la profession est régulée et définie par le code de la santé publique¹¹. D'après l'article L 43-61-1 :

« Est considérée comme exerçant la profession d'audioprothésiste toute personne qui procède à l'appareillage des déficients de l'ouïe. Cet appareillage comprend le choix, l'adaptation, la délivrance, le contrôle d'efficacité immédiate et permanente de la prothèse auditive et l'éducation prothétique du déficient de l'ouïe appareillé. La délivrance de chaque appareil de prothèse auditive est soumise à la prescription médicale préalable et obligatoire du port d'un appareil, après examen otologique et audiométrique tonal et vocal ».

¹⁰ Nous revenons dans la suite de cette étude sur la réalisation de l'audiogramme et sur le processus d'appareillage (cf. : Partie 1).

¹¹ Articles L. 4361-1 – L4661-11 du Code de la santé publique. Consultable en ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=EEC9DFF471C60ACEF31C77B4866E9C4A.tpdila12v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171563&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160118

Le troisième acteur est composé par les différents fabricants et industriels de l'appareillage auditif. Ils sont les acteurs invisibles et pourtant centraux de notre étude puisque tous les appareils autour desquels tournent le processus d'amélioration de l'audition sont produits et commercialisés par des fabricants internationaux : Siemens®, Phonak®, Starkey®, etc. Un quatrième acteur est l'assurance maladie¹², questionnée aujourd'hui sur la très faible part du financement qu'elle accorde aux appareils auditifs. Un cinquième acteur est l'ensemble des organismes complémentaires et un sixième acteur, encore plus difficile à saisir, est constitué par la multitude de personnes appareillées, ou en « mesure »¹³ de l'être. Autrement dit, **le secteur de l'audioprothèse, non seulement agrège des pratiques et des métiers différents mais il suppose aussi des formes d'intérêts et de logiques sectorielles singulières voire concurrentes**. La personne appareillée est prise entre l'assurance maladie, les complémentaires, son ORL, une audioprothésiste, des fabricants d'appareils, ses proches. Son appareillage dépend de l'articulation plus moins évidente de ces acteurs et logiques.

Si l'audioprothèse est bien un objet améliorant la santé, elle est aussi un objet de marché. En cela, ce secteur s'inscrit pleinement dans des problèmes contemporains d'articulation d'enjeux sanitaires et de régulation économique. De nombreux travaux ont désormais documenté le caractère *intéressant* et profitable de certains pans du monde de la santé, concluant même à une extension du domaine du marché « pour satisfaire la gourmandise des opérateurs privés (cliniques, assurances, industries) »¹⁴. Ainsi en 2011, le montant total des dépenses de santé s'élevait en France à 180 milliards d'euros¹⁵. L'audioprothèse ne représente qu'une faible part de ces dépenses puisque les dépenses globales sont estimées à environ 1 milliard d'euros par an en 2015¹⁶. Cependant le rythme de croissance des dépenses socialisées estimé à 11% par an entre 1997 et 2009¹⁷ ainsi que l'importance du montant actuel du reste à charge pour les individus rendent l'économie de l'audition particulièrement attractive et en font un objet de régulation majeur pour les décennies à venir.

Un champ de régulation en ébullition

C'est notamment pour cela qu'un ensemble d'acteurs font leur entrée sur le marché de l'audioprothèse depuis le début des années 2010. L'entrée de ces acteurs

¹² Et, en creux, le ministère de la Santé.

¹³ Par cette expression nous indiquons que les personnes non appareillées mais pouvant l'être rentrent dans la catégories des appareillés potentiels du fait d'une mesure précise : en l'occurrence celle de l'audiogramme.

¹⁴ Batifoulier P., *Capital Santé. Quand le patient devient client*, La Découverte, Paris, 2014, p. 16.

¹⁵ Batifoulier P., *Ibid.*, p. 17.

¹⁶ Estimation fournie par J. de Kervasdoué et L. Hartmann (p. 18). Ils rappellent que les chiffres de 2011 font état de 800 millions d'euros de dépenses.

¹⁷ J. de Kervasdoué et L. Hartmann, p. 19.

fait l'objet d'appréciation différente dans le champ de la santé et des politiques publiques. Certains acteurs se félicitent de leur arrivée, à l'image de l'Autorité de la concurrence :

« Aujourd'hui, le secteur des audioprothèses en France est en pleine mutation. En amont de la chaîne de valeur, les fabricants s'engagent dans un mouvement d'intégration verticale auquel il convient d'être attentif car il pourrait à terme provoquer un phénomène connu sous le terme de barrière à l'entrée (« forclusion »). À l'aval, une nouvelle offre plus dynamique, venant de certains centres d'audioprothésistes ou de chaînes d'optique, propose aux patients des prix inférieurs de 15% environ aux prix de marché moyens sans que la qualité des prestations afférentes ne semble en être affectée, puisque les enquêtes de satisfaction menées par ces acteurs demeurent largement favorables. Dans un contexte où ces nouveaux acteurs détiennent des parts de marché encore modestes, il convient de ne pas brider leur essor, notamment en levant les éventuels freins structurels à leur développement. »

Cette position a évidemment fait réagir les « insiders » confrontés à l'arrivée de ces nouveaux concurrents. Considérant que l'Autorité de la concurrence négligerait le caractère sanitaire de l'audioprothèse, privilégiant une approche par la compétitivité, le syndicat des audioprothésistes a ainsi relevé dans un de ses communiqués de presse que « visiblement, l'Autorité n'a pas voulu reconnaître l'audioprothèse pour ce qu'elle est, à savoir un dispositif médical à fort service médical rendu, mais comme un produit ordinaire de consommation, en somme peu différent d'un rasoir électrique »¹⁸. Dans le monde de l'audioprothèse, et notre enquête le montre clairement, les « indépendants » structurent aujourd'hui une opposition entre d'une part des audioprothésistes « professionnels de santé » et des audioprothésistes « commerçants ». Cette opposition, appuyée par des données quantitatives¹⁹, a vocation à défendre les intérêts d'une partie de la profession en légitimant leur pratique et leur métier au détriment de concurrents jugés plus mercantiles et moins soucieux du bien-être des patients. Cette volonté de légitimation et de reconnaissance prend d'autant d'importance qu'elle a lieu à un moment où le montant du reste à charge pour les personnes est mis à l'agenda²⁰.

¹⁸ UNSAF, Communiqué de Presse, 14 décembre 2016.

¹⁹ Par exemple, le volume de vente et donc le temps passé avec chaque personne.

²⁰ La notion de « mise à l'agenda » renvoie en sociologie des politiques publiques au moment où les autorités publiques décident de se saisir d'un problème, considérant que l' « agenda politique est l'ensemble des problèmes faisant l'objet d'un traitement sous quelque forme que ce soit, de la part des autorités publiques et donc susceptibles de faire l'objet d'une ou plusieurs décisions » (Garraud Ph., « Politiques nationales : l'élaboration de l'agenda », *L'année sociologique*, 1990, p. 27).

Les études économiques ont insisté sur le problème du reste à charge pour les personnes appareillées ou souhaitant disposer d'appareils²¹. Dans l'étude réalisée pour l'UNSAF en 2015, Jean de Kervasdoué et Laurence Hartmann relèvent ainsi que le prix moyen d'un appareillage binaural²² est de 3070 euros par personne. L'assurance maladie obligatoire couvre 8% du prix et les assurances complémentaires 30% ce qui laisse en moyenne un reste à charge à hauteur de 62%²³. Les économistes ajoutent qu'un million de personnes seraient susceptibles d'être équipées. S'il nous est difficile de confirmer ou d'infirmer ce chiffre, il est possible en revanche d'en observer l'implication politique et médicale²⁴. Si un tiers des personnes potentiellement appareillées n'ont pas de dispositifs et que le reste à charge est en moyenne de plus de 60% pour des appareils coûtant à l'unité en général plus de 1500 euros, alors le remboursement et le prix des appareils auditifs constituent des enjeux de santé publique majeurs.

Tableau 7 – Tableau de synthèse : dépense globale en audioprothèses en euros selon sources

Année	Source	Dépenses totale en audioprothèses en euros	AMO	AMC	RAC brut
2011	HCAAM (2013b)	800 millions	114 millions (14%)	246 millions (31%)	
2012	IGAS (2014)	824 millions	112 millions (13,6%)		711 millions
2012	Sniiram (Unsaf 2015)	822877925			
2015	IGF-IGAS (2015)	1 milliard			

Figure 2 - Source : J. de Kervasdoué et L. Hartmann, p. 20

Pour la plupart des personnes appareillées, c'est l'assurance maladie qui prend en charge une partie du prix de l'appareil compris dans la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR). Cette prise en charge couvre une faible partie du prix total puisque, en février 2016, l'assurance maladie rembourse 119,83 euros par appareil alors que le prix moyen d'un appareil est en France de 1582,5 euros²⁵. Les organismes complémentaires jouent un rôle majeur dans le remboursement des audioprothèses mais là encore selon des niveaux et des modalités très hétérogènes comme l'indiquent Marguerite Garnéro et Vincent Le Palud. Globalement les auteurs

²¹ Dans son avis, l'autorité de la concurrence note que : « Pour une partie des patients, souvent âgés et aux revenus modestes, le prix élevé de l'appareillage (1500 euros en moyenne par oreille) associé au faible niveau de remboursement par l'Assurance maladie est l'un des facteurs qui conduit à renoncer aux soins ».

²² C'est-à-dire pour deux oreilles.

²³ De Kervasdoué J., Hartmann L., *Impact économique du déficit auditif en France et dans les pays développés. Revue de la littérature scientifique 2005-2015*, Mars 2016.

²⁴ Les auteurs notent eux-mêmes que « ces estimations sont très variables dans les enquêtes et que, par ailleurs, la population appareillable n'est pas égale à la population ayant un déficit auditif avéré » (p. 11).

²⁵ *Ibid.*, 2015, p. 26.

estiment qu'en moyenne, les mutuelles remboursent 865 euros pour deux appareils, les institutions de prévoyance 1413 euros et les sociétés d'assurance 626 euros²⁶.

Tableau 39 - Distribution du remboursement d'une paire de prothèses auditives

Remboursement par les organismes complémentaires (hors RSS), en euros

		Moyenne	Premier quartile	Médiane	Troisième quartile
Mutuelles	Contrats collectifs	1032	539	939	1398
	Contrats individuels	800	440	799	1020
	<i>Ensemble</i>	865	445	840	1039
Institutions de prévoyance	Contrats collectifs	1487	1138	1538	1997
	Contrats individuels	777	578	739	1138
	<i>Ensemble</i>	1413	939	1500	1937
Sociétés d'assurance	Contrats collectifs	1142	939	1198	1338
	Contrats individuels	338	160	300	352
	<i>Ensemble</i>	626	240	390	1038
Ensemble des organismes	Contrats collectifs	1252	790	1138	1737
	Contrats individuels	662	260	640	976
	<i>Ensemble</i>	914	350	851	1220

MONTANT DE RÉFÉRENCE POUR DEUX APPAREILS NUMÉRIQUES : 3000 €
 SOURCE : DREES, ENQUÊTE AUPRÈS DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ, ANNÉE 2010.
 LECTURE : LES CONTRATS COLLECTIFS MODAUX DES MUTUELLES PROPOSENT EN MOYENNE UN REMBOURSEMENT DES PROTHÈSES AUDITIVES DE 1032 EUROS.

Figure 3 - Source : Garnéro, Le Palud, 2014.

La prise en charge de l'audioprothèse est à l'agenda politique de l'année 2018. Le Président de la République Emmanuel Macron a annoncé durant la campagne présidentielle de 2017 vouloir se saisir du sujet : « S'agissant des lunettes, des prothèses dentaires et de l'audition, nous fixons l'objectif de 100% de prise en charge pour 2022, car la couverture reste trop faible aujourd'hui »²⁷. Les négociations sont aujourd'hui en cours et plusieurs acteurs du monde de la santé ont confirmé vouloir « regarder de près cette question », à l'image de Nicolas Revel, le Directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Mais ces négociations font l'objet d'antagonismes forts notamment concernant le rôle dévolu aux acteurs du secteur. Les réseaux de santé tendent aujourd'hui à privilégier des formes de régulation auxquelles s'opposent les audioprothésistes indépendants. Ainsi en est-il de la « différenciation tarifaire » consistant à séparer le prix de vente de l'appareil et le prix du suivi. Alors que certains réseaux de santé comme SantéClair® et l'Autorité de la concurrence²⁸ recommandent ce mode de tarification, les syndicats d'audioprothésistes défendent eux l'idée d'un prix global. Certains acteurs vont même jusqu'à questionner l'apport effectif des

²⁶ Garnéro M., Le Palud V., « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2010 », *Document de travail – Série Statistiques, DREES*, n ° 191 2014.

²⁷ <https://en-marche.fr/emmanuel-macron/le-programme/sante>

²⁸ Autorité de la concurrence, Avis 16-A-24 du 14 décembre 2016.

audioprothésistes dits indépendants²⁹, considérant que leur « valeur ajoutée » serait minime et que leurs revenus seraient excessifs au vu des études qu'ils ont réalisées et du service qu'ils rendent à la collectivité. Ainsi, très récemment, Marianne Binst, directrice de SantéClair® a déclaré que « *des études montrent que les malentendants sont plus satisfaits d'aller dans un magasin d'optique que dans le cabinet d'un audioprothésiste. C'est plus convivial, fréquenté par des personnes d'âges mélangés et moins ostracisant.* »³⁰ D'un côté donc des acteurs (Autorité de la concurrence, réseaux de soins, nouveaux entrants sur le marché) promeuvent une nécessaire refondation du système et une baisse drastique des prix, de l'autre les professionnels en place défendent l'idée d'un métier ne se limitant pas à la vente de l'appareil mais impliquant un travail de soin.

L'enjeu pour notre étude n'est pas d'arbitrer, ce n'est en rien le rôle d'un travail sociologique. Les auteurs de ce rapport soulignent ici qu'ils ne souhaitent pas s'engager sur deux questionnements. Le premier concerne la légitimité de la profession. Il ne nous appartient pas de dire que les audioprothésistes « indépendants » sont bénéfiques au système de santé ou que le service qu'ils rendent est insuffisant et trop coûteux mais de décrire le plus finement possible le contenu de leur travail, les interactions avec les personnes appareillées. Le deuxième point concerne le montant des tarifs en audioprothèse. Là aussi, ils sont au cœur de disputes que nous n'avons ni vocation ni prétention à résoudre. Nous notons simplement qu'il s'agit là d'une dispute politique et économique qui engage des réflexions sur le contenu du travail des audioprothésistes, sur le prix des appareils, etc.

Une terminologie problématique mais révélatrice

Comme cela a été mentionné dans le prologue de ce rapport, les mots jouent un rôle majeur dans le débat actuel sur la régulation du secteur de l'audioprothèse. Acousticien contre audioprothésiste, cabinet contre enseigne, patient contre client, bien de consommation contre produit de santé, etc. : une multitude d'oppositions binaires vient compliquer le travail analytique et contribue à structurer un antagonisme entre d'une part un champ de santé publique et d'autre part un segment de marché. Or la littérature en sociologie économique montre depuis plusieurs décennies que ces oppositions sont très généralement contestables et peu opérantes³¹. Sans en nier l'importance dans la structuration des débats et leurs usages

²⁹ Par là, nous ne portons pas de jugement de valeur sur le degré d'indépendance des professionnels en question, mais mettons simplement à distance cette dénomination qui est le fait des acteurs et qui contribue à structurer l'opposition avec les nouveaux entrants sur le marché.

³⁰ <https://www.edp-audio.fr/actualites/politique/5740-dissociation-suivi-forfaitise-levee-du-numerus-clausus-melange-optique-audio-les-reseaux-de-soins-emettent-leurs-propositions>

³¹ Voir par exemple l'ouvrage récemment paru d'Étienne Nouguez consacré à la structuration d'un marché du générique en France : Nouguez E., *Des médicaments à tout prix*, Presses de Sciences-Po, Paris, 2017. Voir aussi Juven P-A., *Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital*

stratégiques au service d'intérêts situés, **il convient selon nous de rendre possible une analyse plus fine et plus mesurée du secteur de l'audioprothèse et de penser son caractère hybride.** Qui dit hybridation ne dit cependant pas confusion. Le caractère pluriel et hétérogène du secteur conduit à accepter des gradients de marchandisation et d'industrialisation du service. Le choix des mots est donc en soi problématique : équiper, appareiller, utiliser, porter, vendre, fournir, les verbes ne manquent pas. **L'enjeu pour nous n'est pas de trancher quant aux mots corrects et ceux erronés. Selon qui parle et selon l'enjeu de l'énoncé, les mots revêtiront un sens particulier.** Nous avons donc fait le choix de mobiliser les termes les moins marqués : nous parlerons d'appareil auditif, d'appareillage et de personne appareillée. De même, comment désigner le lieu où nous avons réalisé une partie de notre enquête ? Un « cabinet », un « laboratoire », un « magasin » ? La terminologie est là aussi révélatrice des intérêts et des représentations. En fait, le terme même d' « audioprothésiste » peut prêter à discussion. En effet, si le cadre réglementaire peut sembler décrire clairement la profession, la multiplicité de structures pouvant délivrer des appareils ainsi que les différences de modèles économiques propres à ces structures rendent la dénomination problématique. Suffit-il de disposer du diplôme et de vendre des appareils pour être audioprothésiste ?

Il ne nous appartient pas de répondre à ces questions mais de noter qu'elles sont au cœur des débats qui animent aujourd'hui le champ de l'audioprothèse. Ainsi l'appellation de chaînes « low-cost » que nous avons entendue à de multiples reprises durant notre enquête ne doit là aussi pas être prise comme allant de soi. Elle est une expression mobilisée par les acteurs de notre terrain, des audioprothésistes « indépendants », qui ont tout intérêt à structurer une opposition entre leur conception et pratique du métier et celle de concurrents à bas prix. Mais l'opposition n'est pas seulement construite par les audioprothésistes « indépendants ». Elle est aussi le fait d'une multitude d'acteurs considérant que ces derniers pratiquent des tarifs extrêmement (trop) élevés. Cette terminologie problématique est également révélatrice du statut parfois ambigu de l'audioprothèse. Comme le soulignent Jean de Kervasdoué et Laurence Hartman, s'appuyant sur un rapport d' IGAS de 2013, les aides auditives sont à la fois des « aides techniques » et des « dispositifs médicaux ». En cela, elles peuvent être associées à des problématiques différentes : maladie, handicap et vieillesse³². Cette pluralité de situations se marque par conséquent par des modalités de prises en charge hétérogènes, par des organismes multiples.

Une sociologie des innovations et de la santé : étudier les « solidarités techniques »

public, Paris, PUF, 2016 et Bergeron A., Castel P., *Sociologie politique de la santé*, Presses de Sciences-Po, Paris, 2014.

³² De Kervasdoué J., Hartmann L., *Ibid.*, 2015, p. 29 ; IGAS, *Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées*, 2013.

Cette enquête ne porte donc pas sur « les audioprothésistes » dès lors que les observations et les entretiens ont été réalisés avec une catégorie seulement de la profession et dès lors qu'elle ne constitue pas un travail comparatif³³. Nous préférons prendre comme point principal d'observation et d'analyse le dispositif technique lui-même. Cette étude mobilise deux grands courants sociologiques. Le premier renvoie à l'étude des innovations technologiques et à la sociologie des sciences et des techniques. Telle qu'elle s'est développée dans la deuxième moitié du 20^{ème} siècle, aux Etats-Unis puis en Europe, la sociologie des sciences et des techniques (ou *science and technology studies*³⁴) a porté progressivement un regard sur les entités non-humaines et les objets techniques. Ces travaux ont donné lieu au début des années 2000 à des recherches portant plus spécifiquement sur les formes d'hybridation de la technique et du corps humain. Si cette hybridation n'est en rien nouvelle, elle prend une ampleur jusque là inégalée. Si dans l'anthropologie classique, le non-humain désigne l'animal, dans l'anthropologie des sciences et des techniques, les innovations techniques ou plus prosaïquement les objets techniques sont eux aussi considérés comme des entités participant et définissant les activités sociales³⁵. Les travaux portant sur « les frontières d'humanité » considèrent que la distinction radicale et ontologique entre ce qui relèverait de l'humain d'une part et du non-humain d'autre part est en fait perturbée³⁶ dans de multiples domaines. « En effet, les évolutions techniques et biomédicales ont jeté une incertitude fondamentale sur cette perception première et l'appartenance consécutive des êtres à une catégorie, rendant dès lors essentiel un travail d'inclusion ou d'exclusion qui ne recoupe pas forcément le traçage traditionnel des « frontières d'humanité »³⁷.

Pour étudier les appareils auditifs, il nous a fallu trouver des points de comparaison. C'est ainsi que les travaux sur le handicap et notamment ceux sur le fauteuil roulant sont venus offrir des grilles de lecture pour notre enquête. Les travaux sur le handicap sont une ressource précieuse pour notre étude. Le domaine de l'audioprothèse pose cependant le problème d'un cadrage théorique ambivalent. Handicap, déficience, altération ? Selon qui parle, l'importance de phénomènes sera présentée de différentes façons. L'objet qu'est un appareil auditif (le terme de « prothèse » charriant d'autres implicites) s'insère dans ce que Nicolas Dodier nomme

³³ Une recherche plus poussée sur le secteur devra ainsi s'attacher à comparer les pratiques professionnelles entre des « indépendants », des audioprothésistes rattachés à des chaînes comme Audika® ou Amplifon® et des audioprothésistes travaillant pour des enseignes vendant les appareils à des prix bien moindres que ceux pratiqués par les professionnels que nous avons observés, comme Vivason® ou Afflelou®.

³⁴ Il convient de noter que ces appellations sont en tant que telle l'objet de discussions au sein de la discipline et qu'elles caractérisent des périodes spécifiques de « la » discipline. Cf. : Pestre D., *Introduction aux Science Studies*, La Découverte, Paris, 2006.

³⁵ Rémy C., Winance M., « Pour une sociologie des frontières d'humanité », *Politix*, vol. 23, n° 90, 2010, pp. 9-19.

³⁶ Thierry O., Houdart S., (dir.), *Humains, non humains. Comment repeupler les sciences sociales*, La Découverte, Paris, 2011.

³⁷ Rémy C., Winance M., art. cit., 2010, p. 12.

des *solidarités techniques*. Afin d'enquêter sur les objets techniques, il propose de quitter « résolument le point de vue des innovateurs, pour accéder à la condition des personnes chargées quotidiennement de faire fonctionner les réseaux techniques », qu'il appelle des « opérateurs »³⁸. C'est également ce que cette étude des appareils auditifs se propose d'accomplir, une sociologie non pas du processus de fabrication des appareils mais leur maniement au quotidien, à la fois par les « opérateurs » en charge de leur insertion dans le quotidien des personnes, mais aussi ces personnes en question, porteuses d'objets s'ajoutant à leur corps. Les objets techniques, nous dit Nicolas Dodier, peuvent créer des solidarités techniques et donc des phénomènes de dépendance constitutifs d'un réseau étendu dans l'espace. **Autrement dit, les appareils auditifs relient une multitude d'acteurs entre eux et ne peuvent être analysés de façon statique ou isolée.**

Méthodologie (et limites) d'enquête

Pour réaliser cette enquête, nous mobiliserons deux types de matériaux : des entretiens semi-directifs avec des usagers et des professionnels, des enquêtes ethnographiques dans trois centres³⁹ d'audioprothèse. Cette étude de trois mois sur la profession d'audioprothésiste et sur les rapports des usagers aux dispositifs auditifs a été réalisée par deux sociologues. Pierre-André Juven, post-doctorant au CERMES3 a eu en charge la partie empirique de l'enquête. Les trois ethnographies réalisées dans le cadre de l'enquête ainsi que les entretiens ont été réalisés par lui. L'analyse du matériau et la rédaction ont été effectués par Pierre-André Juven, sociologue au CERMES3 et Frédéric Pierru, sociologue, chercheur au CNRS et au CERAP⁴⁰. L'étude a été intégralement financée par l'UNSAF. Le financement d'une recherche par une partie intéressée par les résultats et y investissant nécessairement des attentes afin de les mobiliser dans le cadre de ses activités de « groupe d'intérêt » ne doit pas être minimisée. À ce titre, les conditions de réalisation de l'enquête ont été discutées et fixées en amont de sa réalisation. L'UNSAF par la voix de son président a fixé aux chercheurs l'objectif suivant : réaliser une étude du métier d'audioprothésiste et de la relation entre les professionnels et les usagers. Ce faisant, aucune contrainte en termes d'orientation méthodologique ni analytique n'a été posée. Le choix fait de conduire des ethnographies et des entretiens semi-directifs est le choix des chercheurs, l'angle problématique abordé également. Pour ces raisons, il a paru entièrement acceptable pour les chercheurs de conduire ce travail bien que financé par une partie prenante de l'enquête.

³⁸ Dodier N., *Les hommes et les machines. La conscience collective dans les sociétés technicisées*, Paris, Métailié, 1995, p. 4.

³⁹ Pour des raisons de terminologie évoquée dans la partie précédente, nous utiliserons autant que faire ce peut ce terme.

⁴⁰ Présentation des auteurs en annexe.

L'enquête conduite entre décembre 2017 et février 2018 a conduit à la réalisation de 19 entretiens et de sept journées d'observation ethnographiques dans trois sites différents. Elle repose donc en premier lieu sur une enquête ethnographique. L'enquête ethnographique est pour le sociologue l'une des méthodes les plus efficaces pour s'approcher de l'action et des acteurs. Parce qu'elle évite le caractère narratif d'un entretien, parce qu'elle évite de négliger les parties implicites d'un texte, elle constitue un matériau brut qui permet de saisir à la fois les problèmes qu'un sujet peut poser et les éléments les plus subtils, les plus invisibles de l'action souvent négligés dans les entretiens. Cependant, l'enquête ethnographique a aussi ses biais et il importe pour le sociologue de faire preuve de réflexivité vis-à-vis de cette méthode⁴¹. Dans notre cas, les deux cabinets étudiés à Paris ont été proposés par les commanditaires de l'étude. Cela ne signifie en rien qu'il n'est pas pertinent d'y réaliser des observations, les acteurs ne disposent pas de la qualité démiurgique de tout contrôler y compris dans leur centre. Cependant, il apparaît évident que des audioprothésistes enthousiastes à l'idée d'accueillir un sociologue sont probablement des professionnels n'ayant pas de problème avec leur propre métier. Des audioprothésistes lassés, épuisés de leur métier, et donc potentiellement peu avenants avec leurs « patients » n'ont donc pas pu être observés. Ce rapport présente donc à la fois des éléments empiriques particulièrement riches du fait des ethnographies, mais dont la portée ne doit pas être surestimée.

Comment ont été choisis les cabinets ? Le choix des sites d'étude n'est pas anodin dans une enquête en sciences sociales. Il s'agit de trouver un subtil équilibre entre un accès à terrain qui « parle » d'une part (qui ne soit ainsi pas trop insensible à la démarche des sciences humaines et sociales) et un terrain sans connivence d'autre part. Le premier site est un cabinet dans un arrondissement « aisé » de Paris dirigé par un des audioprothésistes à l'origine de cette enquête. Ce choix se justifie par la possibilité de pouvoir enquêter dans un lieu où le sociologue est non seulement bien accueilli mais aussi où les personnes acceptent de passer du temps à répondre à ses (très nombreuses) questions. Le deuxième site est un cabinet dans un arrondissement de Paris que l'on considère comme plus « populaire ». Le troisième site est hors de Paris, nous avons pu le choisir par connaissance interpersonnelle. La possibilité d'enquêter dans ce troisième site est cruciale pour la validité de l'étude. Il ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des centres d'audioprothèse⁴² mais il rend possible une analyse moins dépendante des commanditaires. Ces trois cabinets se marquent par les caractéristiques suivantes :

- Entre 2 et 3 audioprothésistes y travaillent ;
- L'un des audioprothésistes est propriétaire du centre ;
- Il y a entre 3 et 7 salariés ;

⁴¹ Beaud S., Weber F., *Guide de l'enquête de terrain*, La Découverte, Paris, 2003.

⁴² Un autre biais a trait au type de centres étudiés, tous trois en « centre-ville ». Des études seraient à conduire dans des lieux moins urbains.

- Ils se situent en centre-ville.

Les observations ethnographiques ont conduit à la collecte de nombreux échanges. Quarante-deux « consultations » ont été observées pour plus de quarante-cinq heures d'enregistrements audio. Il a été systématiquement demandé aux personnes leur autorisation pour enregistrer sous garantie d'anonymat. A ce matériau vient s'ajouter la réalisation de 19 entretiens. Des entretiens ont été conduits avec des utilisateurs et des utilisatrices que nous avons pu rencontrer hors des enquêtes ethnographiques. Une autre partie des entretiens relèvent de la catégorie « entretiens ethnographique », c'est-à-dire des entretiens qui ne peuvent pas être dissociés du cadre d'enquête. Cela ne signifie pas qu'ils ont été conduits sur le lieu de l'ethnographie, mais qu'une partie de l'interrogation est étroitement liée à l'observation. Nous avons cherché à diversifier autant que possible les profils des personnes interrogées. En matière d'âge, en matière d'activité (retraité/actif), en matière de situation personnelle (personne vivant seule/ en couple/ en maison de retraite) et en matière de situation socio-économique. Néanmoins, les personnes interrogées appartiennent très souvent à des catégories sociales moyennes, voire moyennes-aisées. Le capital culturel des personnes interrogées et celui de leur entourage sont aussi des éléments à prendre en compte. Une enquête quantitative sur la base d'un questionnaire serait un bon complément pour connaître de façon plus ample les déterminants de l'appareillage.

Enfin, cette étude porte sur les processus d'appareillage en audioprothèse. De fait, une partie du problème relatif au renoncement, à l'abandon voire à la non prise de conscience d'une possibilité d'être appareillée, n'est pas étudiée. Cela est dû à la durée de l'étude (3 mois pour la revue de littérature, l'enquête de terrain, le traitement des données et la rédaction) qui a obligé à opter pour une stratégie d'enquête de terrain la plus efficace possible : s'entretenir avec des personnes appareillées et réaliser des ethnographies dans des cabinets d'audioprothèse. Autrement dit, nous n'avons été confrontés qu'à des personnes appareillées et donc ayant déjà entamé cette démarche voire l'ayant adoptée. Les résultats que nous présentons ici n'ont donc de validité que pour la population type que nous avons identifiée.

Partie 1 - Le façonnement et l'appareillage du quotidien

Introduction

Du choix de s'appareiller à l'usage quotidien des audioprothèses, de nombreuses interrogations se posent, à la fois pour la personne susceptible d'acquérir des appareils, pour ses proches et son environnement social, ainsi que pour l'audioprothésiste lui-même. Il est généralement admis que la surdité et plus largement les problèmes d'audition ont un impact sur la santé des personnes⁴³. Des travaux qualitatifs ont montré en quoi cette altération de la capacité auditive a inévitablement des effets sur la vie sociale et sur le rapport aux autres. Les problèmes d'audition loin de n'être que des problèmes et enjeux techniques sont inscrits dans des problématiques sociales qu'il convient de prendre en compte⁴⁴. Si certains de ces travaux ont pris pour objet d'étude des populations avec des très fortes altérations auditives, allant jusqu'à la surdité, notre enquête s'est, elle, portée davantage sur les personnes souffrant de « presbyacousie » c'est-à-dire d'une perte d'audition liée à l'âge, perte pouvant être sévère mais n'allant pas jusqu'à la surdité profonde. Cette partie de l'étude montre que l'audioprothèse en tant qu'objet technique s'inscrit dans un « réseau » et qu'une focale trop grande portée sur l'objet technique peut conduire à négliger des aspects déterminants de l'amélioration de l'audition.

Chapitre 1 : S'appareiller

Dans ce chapitre nous nous penchons sur les personnes s'engageant dans une démarche en vue de disposer d'appareils auditifs. Le choix de s'équiper peut apparaître comme relevant d'un processus décisionnel rationnel. La séquence irait alors de la sensation d'une perte d'audition à la consultation d'un ORL puis d'un choix d'appareils. À bien y regarder, le processus d'appareillage se révèle plus sinueux. De multiples questions et doutes surgissent chez les personnes. Dans ce chapitre, nous explorons ces incertitudes et montrons en quoi le choix (et les hésitations relatives au choix) de s'appareiller est déterminé par un contexte social, des questionnements médicaux, parfois esthétiques, et financiers.

⁴³ Les acteurs mobilisent ainsi fréquemment des études prouvant l'impact de la déficience sur l'état physique et psychologique des personnes. Nous n'entrons pas ici dans le cœur de la controverse scientifique, ce qui serait néanmoins fort enrichissant dans le cadre d'une enquête plus étendue. Car l'ensemble des études mobilisées par les acteurs, notamment celles pointant l'importance de l'appareillage pour la condition physique et psychologique, le sont aussi à dessein et il serait nécessaire d'étudier les conditions institutionnelles et structurelles des études (ce qui bien sûr peut s'appliquer à notre propre étude) ainsi que de potentiels désaccords entre chercheurs. Néanmoins, et au vu du cadre de l'enquête que nous avons élaboré, cette partie de l'étude s'attache davantage à suivre les utilisateurs et utilisatrices d'appareils.

⁴⁴ INPES, *Le rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition : résultats d'une étude qualitative*, 2012.

« Je ne voulais pas en entendre parler »

Le processus d'équipement permet à la fois d'étudier la place qu'occupe l'appareil auditif dans l'imaginaire collectif ainsi que les déterminants sociaux et économiques de l'appareillage. Si nous verrons que l'appareil « disparaît » souvent au fil du temps du fait d'une habitude prise par les personnes⁴⁵ ou d'un renoncement pur et simple, cette disparition contraste avec l'épreuve de l'appareillage. C'est là le premier paradoxe de l'équipement auditif : alors que certaines personnes en disposant parlent volontiers d'un objet se fondant dans leur quotidien, le moment de la démarche pour s'équiper est lui parfois marqué par une réticence que l'on retrouve dans la plupart des entretiens.

Je ne voulais pas en entendre parler, je ne voulais entendre parler de rien. Ma fille m'a amené manu militari chez un audioprothésiste bien connu ici. Pendant un an, elle a pris des rendez-vous. Il voulait m'appareiller, je n'ai pas voulu. Je ne sais pas pourquoi, une manie de vieux bonhomme, je me trouvais très bien comme ça, et puis j'entendais encore un peu.

Entretien avec Maurice V., 94 ans.

Si nous démarrons par cet extrait d'entretien, c'est bien en raison de la pertinence de l'expression employée par Maurice V.⁴⁶ : « je ne voulais rien entendre ». L'expression est à prendre ici au sens propre et au sens figuré. Il ne voulait pas améliorer ses capacités auditives ni échanger à propos d'un possible appareillage. Les audioprothésistes insistent souvent sur la nécessité pour la personne de considérer ce choix comme « venant d'elle ». Pourtant, le choix de porter des appareils n'est pas une démarche individuelle au sens propre du terme. La bascule peut ainsi être vécue, pour certaines personnes, comme le fait de « céder à » une demande, à une pression sociale voire à soi-même (ce qui ne peut être confondu avec une volonté personnelle mais plutôt une forme de résignation). C'est ce qu'explique notamment Jacques M., 81 ans lorsqu'il emploie l'expression « j'ai craqué » :

L'ORL de l'époque m'avait dit « il faut que vous portiez des appareils, mais il faut que ça vienne de vous », ça c'était très important. Moi je n'étais pas décidé à l'époque et puis à un moment j'ai été très gêné, je suis retourné voir l'ORL et je lui ai dit « écoutez, j'accepte ». Ça n'a pas été assez rapide, mais j'ai craqué à un moment. Je voyais bien que je faisais répéter les gens.

Entretien avec Jacques M., 81 ans.

⁴⁵ Point fait dans la partie 3 du chapitre 2.

⁴⁶ La liste des entretiens et une présentation synthétique de chaque personne interviewée sont consultables en annexe (annexes 1 et 2).

Les positions de Maurice V. ou de Jacques M. ne sont pas nécessairement représentatives de l'ensemble des personnes amenées à être appareillées. Lors des entretiens conduits durant cette enquête ainsi que pendant les observations ethnographiques, les personnes appareillées se répartissent en plusieurs catégories assez distinctes, celles n'ayant pas d'appréhension particulière à envisager un équipement et s'alignant scrupuleusement sur ce qui peut leur être dit ou recommandé ; celles n'ayant pas d'appréhensions particulières mais interrogeant néanmoins le processus et le médiateur de ce processus d'appareillage, en l'occurrence l'audioprothésiste ; celles étant clairement dubitatives sur la capacité des appareils à résoudre leur problème et acceptant bon gré mal gré de s'essayer au port d'audioprothèse. Mais l'évaluation de l'efficacité des appareils se double d'un questionnement plus personnel sur la volonté même de résoudre ce qui est présenté comme un problème et qui de fait peut être considéré par certaines personnes comme une solution. Ne pas vouloir s'appareiller ne signifie pas nécessairement douter de la fiabilité de la technique mais peut aussi traduire une volonté plus claire, celle qu'exprime Maurice V. lorsqu'il affirme qu'il « ne voulait entendre parler de rien ». Se pose là une question cruciale concernant l'audioprothèse mais plus largement le secteur médical, à savoir la place de la parole des personnes dans la définition du protocole (ou de l'absence de protocole) de soin. A contrario donc, d'autres personnes s'engagent plus volontairement dans la démarche de l'appareillage. Par exemple, Noëlle Y., elle n'a pas considéré comme un problème le fait d'envisager l'appareillage. Âgée de 91 ans au moment de l'entretien, elle explique s'être équipée en 2012 sans que cette démarche soit perçue comme un effort.

Ah oui, dès que mon ORL m'a dit que ça baissait, j'ai dit « autant commencer tout de suite », parce que je commençais vraiment à être gênée, à faire répéter beaucoup.

Entretien avec Noëlle Y., 91 ans.

L'appréhension de l'appareillage est dictée par de multiples facteurs. Parmi ceux que nous avons identifiés, la familiarisation avec la technique de l'audioprothèse par l'intermédiaire d'une autre personne joue un rôle crucial. Ainsi, si un individu connaît dans son entourage quelqu'un portant des appareils et en étant satisfait, la démarche se fera très généralement sans le moindre problème, ce qu'explique Séverine R., 58 ans :

Non ça ne m'a pas posé de problème, ma mère est appareillée déjà, elle est décédée maintenant mais elle a été appareillée pendant cinq ans, elle avait les appareils dans l'oreille avec les piles.

Entretien avec Séverine R., 58 ans.

Ce ressort de l'appareillage s'est observé à un niveau encore plus net lors d'une consultation où deux personnes sont venues à la même heure mais pour deux rendez-

vous différents. Deux frères, l'un appareillé depuis plusieurs années, l'autre ayant décelé une perte d'audition⁴⁷. Le rendez-vous du premier démarre à 14h, il vient comme de très nombreuses personnes pour faire vérifier que ses audioprothèses fonctionnent toujours correctement, pour des réglages techniques qui sont le lot quotidien des audioprothésiste (« *pour changer les tubes* »⁴⁸). Son frère est présent dans la pièce, et très rapidement, c'est de lui dont il s'agit. Il ne présente aucun signe de méfiance et semble même considérer l'examen (audiogramme) et l'appareillage comme une opération banale.

Si ce sont généralement des cas de personnes âgées qui sont évoqués pour dire la familiarité ou en tout cas l'absence de méconnaissance des audioprothèses, il arrive même que la relativisation de l'équipement soit dû à la connaissance d'enfants ayant des appareils. C'est le cas de Ségolène qui porte un regard très enthousiaste sur son appareillage. Allant même jusqu'à contester la possibilité de se plaindre ou de marquer son insatisfaction, elle décrit son quotidien comme entièrement bouleversé par les appareils affirmant « *moi je suis enchantée, la plupart des gens le vivent mal, mais moi pas du tout* ». Ce n'est pas tant qu'elle évalue différemment l'efficacité des dispositifs sur son quotidien, elle en présente plutôt une facette plus résiliente considérant que les inconvénients liés à la perte d'audition peuvent être compensés par une acceptation de ces mêmes défauts, l'enjeu étant de ne pas peser sur l'entourage et sur son environnement social. Surtout donc, l'importance des appareils est doublée d'un rapport à des proches ayant eu affaire à ce genre de dispositif. Mais si pour Séverine il s'agissait de sa mère, en revanche pour Ségolène, il s'agit d'un enfant, ce qui tend alors à rendre l'équipement pour un adulte voire pour une personne âgée tout relatif en termes de contrainte :

Non, mais j'ai côtoyé une famille qui avait une enfant malentendante et qui grâce aux appareils, depuis toute petite, pouvait entendre. Je trouvais ça extraordinaire, elle a pu faire ses études et tout grâce à ses appareils, donc pour moi, c'était positif, et ce n'était pas lié à l'âge. C'est lié à l'âge bien sûr, mais je ne le vois pas comme ça. C'est une aide fabuleuse.

Entretien avec Ségolène F., 66 ans.

L'importance des « proches »

Si la démarche est perçue différemment, une épreuve pour Maurice V., un acte banal pour Noëlle Y., une chance pour Ségolène, il apparaît en revanche que la réflexion sur l'appareillage s'inscrit dans un cadre qui déborde le seul problème de l'audition. Dans le cas de Maurice V., le refus de s'appareiller s'explique selon lui par

⁴⁷ Journée 7 d'observation, audioprothésiste parisien, janvier 2018.

⁴⁸ Nous revenons sur ce point dans la deuxième partie de ce rapport.

une période difficile. Il a perdu sa femme un an avant, morte de la maladie d'Alzheimer, il se décrit comme « acariâtre », « désagréable avec tout le monde » et « dépressif ». C'est ce qui explique selon lui sa volonté de « n'entendre parler de rien ». Dans le cas de Noëlle Y., la volonté de s'appareiller ne s'explique pas en soi par une baisse des capacités d'audition mais par les conséquences sociales de cette baisse. « Faire répéter beaucoup » devient gênant, ce qui se retrouve dans de très nombreux autres entretiens :

Ça doit faire dix ans que j'ai un appareil. Ce n'est pas très original mais je faisais répéter les gens de plus en plus, et quand on est marié, ça va vite, on augmente le son de la radio, de la télé et le compagnon s'en plaint.

Entretien avec Ségolène F., 66 ans.

Mes filles m'ont dit que je répétais tout le temps.

Entretien avec Jeanne V., 92 ans.

Je vais embêter un peu moins ma femme.

(Personne en rendez-vous, Ethnographie Jour 1)

Les proches sont à entendre ici au sens large du terme. Il ne s'agit pas seulement de la famille et des amis mais aussi des personnes côtoyées quotidiennement, notamment dans la sphère professionnelle. La « prise de conscience » est parfois attribuée à son environnement, dès lors que le niveau d'altération est faible. En effet, il ne s'agit pas de prendre la perte d'audition comme un tout homogène et invariable. Selon les personnes, les situations, et surtout les types de bruits, l'altération peut être plus ou moins forte. Il arrive donc fréquemment que ce soit certains types de situations qui mettent à jour une déficience :

Comme je suis agent d'exploitation, je dois passer les messages, envoyer les équipes, et on a un THF, quand il y a un incident, c'est à nous de mettre les équipes en place. Et j'ai réalisé que je n'entendais plus rien, quand il parlait je ne comprenais rien. Déjà le THF c'est pas très clair mais en plus avec la surdité c'est mort.

Entretien avec Séverine R., 58 ans.

Une nuance est à apporter ici, elle concerne précisément la capacité du monde du travail à faire prendre conscience ou non à la personne qu'elle entend moins bien. De nombreuses personnes interrogées nous ont ainsi expliqué que c'était bien plutôt lorsqu'elles arrêtaient de travailler que la sensation de perte devenait, paradoxalement, plus nette. Le cas des espaces clos est souvent mentionné comme trompant la vigilance des personnes quant à leur propre audition. Dès lors que les échanges et les interactions sont codifiés et obligent à une maîtrise du bruit,

l'altération devient imperceptible. Autrement dit, **tout comme les mouvements du corps ou les formules de politesse, l'émission de bruit et le contrôle de sa parole font aussi partie des faits sociaux régulés, plus ou moins implicitement. C'est donc lorsque la personne quitte cet espace régulé et codifié qu'est le « bureau » qu'elle peut prendre conscience d'une altération** dès lors que l'environnement extérieur à la sphère professionnelle sera moins fortement contraint.

C'est l'environnement de tous les jours qui vous fait prendre conscience. Mais pas au travail, comme on travaille dans un bureau clos, moi je n'avais pas de souci, c'était à la maison le problème.

Entretien avec Ségolène F., 66 ans.

C'est devenu très net parce que j'ai pris ma retraite en 2005, j'ai commencé à suivre des cours, je me suis aperçu que j'avais du mal à entendre.

Entretien avec Brigitte B., 78 ans.

C'est là un autre point majeur de la « prise de conscience » relative à la fin de carrière. Ce que décrivent généralement les personnes, c'est une capacité quasi-inconsciente à s'adapter et à corriger des défauts d'audition en considérant que le problème est relié non pas à soi, mais à son environnement et qu'il s'agit davantage de mieux penser sa position dans l'espace (par exemple d'une salle de classe) que d'envisager le port d'un appareil. Les professions sont aussi parfois à l'origine de l'appareillage. C'est le cas notamment des dentistes entendant en permanence des sons très aigus ou encore d'une professeure de poterie au contact du bruit du cuiseur. L'environnement professionnel joue donc un double rôle dans le rapport de soi à l'audition. Signe avant-coureur d'altération, il peut aussi constituer un espace protecteur et familier à l'oreille et, si l'on nous permet l'expression, *altérant l'altération*.

Mais l'importance des proches n'est pas seulement identifiable dans le choix de s'appareiller mais aussi même dans l'acceptation routinière de l'appareil. L'acceptation de l'appareillage est là aussi très variable, et nous reviendrons sur ce point dans la partie consacrée à l'observance. Mais il est à noter que les proches, et notamment le conjoint ou la conjointe peuvent jouer un rôle décisif dans le port des appareils surtout lorsqu'ils sont associés au vieillissement :

Ça m'a fait un coup de vieux (rires) ! Et puis ma femme a été formidable, elle m'a dit « écoute on porte bien des lunettes, au début ça a été difficile, elle m'a beaucoup encouragé, c'est passé, et puis autour de moi, mes amis ont été confrontés au même cas, et bon, ça rassure, on se dit qu'on n'est pas tout seul. Mais ça fait coup de vieux, on n'aime pas vieillir, un organe qui ne fonctionne plus très

bien, ça fiche un coup, mais bon, je vois plein de personnes avec des appareils.

Entretien avec Jacques M., 81 ans.

La perte d'audition prend des formes diverses selon les personnes, elle peut être plus ou moins bien acceptée, elle fait écho à des représentations différentes. Elle engage des rapports aux autres parfois conflictuels, parfois résilients. Ce qu'indique l'importance des proches dans la démarche d'appareillage c'est donc l'importance de saisir l'objet technique, et encore plus la sensation de la perte d'audition, dans un cadre social large. Autrement dit, le choix ou non de s'appareiller ne relève pas seulement de l'objectivation quantifiée d'un déficit auditif mais aussi d'une situation sociale, affective et économique. Le fait d'avoir une vie sociale active, d'aller au théâtre, au cinéma, à des conférences, participe d'une volonté de s'appareiller, de conserver une vie sociale active :

Moi j'ai envie d'entendre, la radio, le théâtre, je suis furieuse quand je ne comprends pas. Je ne veux pas m'installer dans une situation où progressivement on renonce.

Entretien avec Brigitte B., 78 ans.

Le processus d'appareillage

Le secteur de l'audioprothèse est assez peu connu des sociologues et plus largement des sciences humaines et sociales. Il convient donc ici d'exposer ce que signifie concrètement parlant « s'appareiller ». Le processus est routinier et standardisé, à l'image des supports matériels et des dispositifs techniques mobilisés par les professionnels pour évaluer la perte d'audition et suivre les personnes. L'appareillage répond à des règles définies par un arrêté. Pour disposer de prothèses auditives, une personne doit disposer d'une ordonnance de son ORL après réalisation d'un audiogramme. L'audiogramme réalisé sert davantage à prouver la nécessité de l'appareillage qu'à donner des informations à l'audioprothésiste dans la mesure où, systématiquement, les audioprothésistes refont l'audiogramme des personnes.

S'il apparaît comme le moment cristallisant le processus d'appareillage, l'audiogramme, mesure technique de la perte d'audition est en fait encadré dans d'autres opérations qu'il importe de saisir. Si selon les lieux les modalités d'application diffèrent, est systématiquement réalisée une « anamnèse ». L'anamnèse est le terme employé par les audioprothésistes que nous avons observés, elle se définit étymologiquement parlant comme la remontée (ana) de la mémoire (mnêsis). En médecine, elle correspond à un état des antécédents médicaux du ou de la patiente. L'usage du terme par les acteurs est à relever dans la mesure où il convoque clairement un registre médical et façonne la « consultation » entre l'audioprothésiste et la personne selon un schéma clinique. Cette anamnèse prend généralement la

forme d'un questionnaire. Dans certains lieux, il est réalisé par l'audioprothésiste, à l'oral, au tout début du rendez-vous, et permet de créer un lien entre les deux protagonistes. Il permet également d'indiquer à la personne que son appareillage va prendre en compte des spécificités de son quotidien. Dans d'autres centres, le questionnaire est distribué aux personnes dès qu'elles arrivent en salle d'attente. Si elles le peuvent, elles le remplissent, sinon, l'audioprothésiste se charge de le faire en interrogeant la personne à l'oral. Ces questions sont d'ordre général : « Avez-vous déjà été appareillé ? » ; « Avez-vous eu des opérations aux oreilles ? » ; « Avez-vous du diabète ? » ; « Avez-vous des acouphènes ? » ; « Avez-vous des vertiges ? » ; etc. (cf. : Illustration 2).

Fiche de renseignement

Nom / Prénom :

Date du RDV :

Suivi par :

Adresse :

Téléphone :

Date de naissance :

Adresse email :

Nom de votre mutuelle :

Comment nous avez-vous connu :

Vous êtes déjà appareilléOUI NON

Vous avez déjà une ordonnance pour des appareils auditifsOUI NON

Vous avez eu des opérations aux oreillesOUI NON

Vous avez ou avez vous eu des maladies liées à l'audition.....OUI NON

Vous avez du diabèteOUI NON

Vous avez un pacemakerOUI NON

Vous avez déjà pris des médicaments ototoxique (anti palu, cancer)OUI NON

Vous avez des acouphènes (sifflements ou bourdonnements dans les oreilles) OUI NON

Vous avez ou avez vous eu des vertiges..... OUI NON

Vous avez déjà eu des bouchons de cérumenOUI NON

Figure 4 – Document collecté par PA. Juven lors d'une ethnographie

DIAGNOSTIC ET OBSERVATIONS DU PRESCRIPTEUR

HABITATION : Maison Appartement Calme Bruyant Nbre de pers. foyer Animaux

SURDITÉ (début gêne, gêne OD et OG, tolérance aux bruits forts)

EXPOSITION AUX BRUITS (professionnels, chasse, service militaire)

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

DIFFICULTÉS DE COMPRÉHENSION à deux en groupe en milieu bruyant

à la radio/à la télévision au téléphone (gêne, côté, équipement)

OTITES/PERFORATIONS TYMPATIQUES

INTERVENTIONS CHIRURGICALES ORL

AUTRES ANTÉCÉDENTS ORL

ACOUPHÈNES/VERTIGES (côté, type, périodicité, retentissement)

ALLERGIES/DÉMANGEAISONS/ECZÉMA TRANSPIRATION LATÉRALITÉ

SÉCRÉTION DE CÉRUMEN : Légère Moyenne Importante

ANTÉCÉDENTS PROTHÉTIQUES Date Audioprothésiste

Côté Marque/Modèle Port Satisfaction

MOTIVATION

Figure 5 – Document collecté par PA. Juven lors d’une ethnographie

Vient ensuite le temps d’un nouvel audiogramme donc, réalisé cette fois-ci par l’audioprothésiste. Cet examen consiste pour l’audioprothésiste à faire entendre par la personne différents types de sons (variant selon les Hertz, c’est-à-dire allant des aigues aux graves)⁴⁹ selon différents types de volumes (les décibels).

⁴⁹ Il est à noter que la réalisation de l’audiogramme suppose techniquement de partir d’un son médian pour aller vers les aigus, puis de revenir au son médian avant d’aller vers les graves.



Figure 6 – Document collecté lors des observations

L'audiogramme se fait par des sons mais aussi par des mots :

Le râteau, le donjon, le congé, le mouton, le roseau, le frelon, le lapin, le traité, le caillot, le radis, le bâton, le ruban, le pigeon, le carnet (moins sur), le noyau, le jardin, le portrait, le blason (non reconnu), le caillou (alors que le salut), non, le jumeau.

Personne en rendez-vous, Ethnographie, Jour 2.

Une fois ce test réalisé, vient la question du choix de l'appareil. Nous ne nous étendons pas sur ce point ici dès lors qu'il en sera abondamment question dans la deuxième partie de ce rapport. Nous évoquerons notamment la capacité, selon nous assez faible, pour la personne de prendre part au choix ou en tout cas d'en connaître les ressorts. Selon les personnes, une empreinte d'oreilles peut être réalisée. Dans la majeure partie des cas que nous avons observés, les personnes vont être équipées d'un appareil avec embout standard, prenant la forme d'un « dôme », l'empreinte n'est alors pas nécessaire. Plusieurs critères président au choix de l'appareil, plus une audition sera basse, plus l'oreille devra être obstruée, les embouts sur mesure sont évidemment la solution la plus marquée⁵⁰. Mais les embouts supposent de se référer à l'anamnèse. Dans le cas où la personne aurait des problèmes de santé (comme des otites chroniques) l'embout ne sera pas adapté.

⁵⁰ Il est intéressant de noter que même ces embouts peuvent faire l'objet d'ajustement, notamment en élargissant le conduit.



Figure 7 et 8 – Photographies de PA Juven

Ce rendez-vous est aussi l'occasion pour l'audioprothésiste d'expliquer ce que signifie porter des appareils ainsi que les raisons de cet équipement. C'est ce qu'explique un audioprothésiste lors d'un premier rendez-vous :

Aujourd'hui, ce que vous avez c'est une presbycousie, c'est-à-dire une baisse de perception des aigus et au niveau vocal les consonnes sont très étouffées, vous allez hésiter entre un S et un F, ou des choses comme ça. Donc l'idée générale de l'appareillage est double. Premièrement, il s'agit de vous redonner une vie sociale agréable, c'est-à-dire que vous hésitez beaucoup moins quand quelqu'un vous dit quelque chose, sinon vous avez un temps de réflexion important. Ça améliorera votre vie sociale, et ça évite l'isolement, surtout chez les personnes âgées et ça participe d'une meilleure cognition. Et surtout d'un point de vue neuronal, on dit souvent que la fonction crée l'organe c'est-à-dire que les fibres nerveuses des aigus sont moins sollicitées quand on n'est pas appareillé, donc on maintient un influx nerveux correct au niveau des aigus et puis il y a une mémoire de la reconnaissance, et à force de ne pas entendre les aigus, on oublie la présence et l'utilité de ces sons⁵¹.

Ce premier rendez-vous est aussi l'occasion de sensibiliser la personne aux contraintes propres à l'audioprothèse. Ainsi, l'un des enjeux majeurs pour les audioprothésistes est de convaincre les personnes de garder leur appareil toute la journée, un usage irrégulier conduisant d'après eux à un échec du dispositif. L'audioprothésiste cherche donc dès le premier rendez-vous à établir une solidarité technique entre la personne et le dispositif. **Dans la conception qu'ils défendent et qu'ils promeuvent auprès des personnes appareillées ou étant en mesure de l'être, les éléments de cette chaîne sociotechniques se tiennent et créent des rapports d'interdépendance** : c'est le port permanent de l'appareil qui crée la satisfaction, satisfaction qui en retour crée l'accoutumance et donc l'usage de l'appareil. Cet usage

⁵¹ Journée d'observation ethnographique 1, 12 décembre 2017.

conduit à une usure qui nécessite de voir régulièrement l'audioprothésiste, qui lors des rendez-vous s'assure du confort et de l'efficacité, ce qui renforce à nouveau l'adéquation de la personne et de son appareil, etc. Autrement dit, **dès le premier rendez-vous, l'audioprothésiste travaille à adapter l'appareil à la personne mais également à créer une chaîne de causalité propre à l'audition et à sa correction.** Le deuxième rendez-vous, en moyenne une semaine plus tard dans les observations que nous avons réalisées, est généralement un moment d'approfondissement, des réglages sont à opérer, il arrive parfois qu'un autre appareil soit essayé, mais ce qui demeure est le prolongement de cette construction d'interdépendance et l'explicitation du sens et des conséquences de la presbyacousie :

Il faut parler pour s'habituer à sa propre voix. Même sans appareil, on entend sa propre voix mais on l'a inhibée, on la connaît par cœur, donc on n'y fait plus attention, là vous allez être obligé de retrouver une nouvelle donne de votre propre voix. La deuxième chose, c'est que vous allez découvrir un nouveau paysage acoustique, je ne sais pas si par exemple quand j'enlève les appareils, la pièce doit vous paraître plus petite, alors que quand je remets les appareils, la pièce vous paraît beaucoup plus grande. Cette spatialisation, qui est plutôt agréable... En fait, dans votre presbyacousie, vous avez perdu la notion des aigus, les aigus c'est ce qui nous permet d'avoir un rapport à la distance, les personnes aveugles, quand ils ont une presbyacousie, ils sont très malheureux, parce qu'ils ne savent pas s'il y a un mur, alors que quand ils retrouvent les aigus, ils retrouvent le mur. La perception des petits bruits qui avaient disparu, qui ne sont pas forcément désagréables mais qui vont revenir, l'eau qui coule, le gravier qui crisse, les vêtements qui font du bruit, tous ces petits bruits, les oiseaux, tout ça va se normaliser aussi. Et puis vous allez avoir beaucoup plus d'informations au niveau de la phonétique, des consonnes, les S, les F, les feu, les cheu, seront beaucoup plus détachés et beaucoup plus audibles. Le problème de votre perte auditive, c'est un peu comme si on avait mis en gris pâle certaines consonnes, alors que tout le texte est en noir. Vous entendez et le reste vous devinez, alors des fois la devinette est facile, parce qu'il n'y a qu'une seule unité et même si vous n'avez pas entendu l'intégralité du mot, vous le reconstituez sans le faire exprès, et puis il y a quelques fois où vous tombez à plat. Donc voilà, est-ce que là ça vous paraît fort ? »

Nous reviendrons plus en détail dans la deuxième partie de cette étude sur les liens entre audioprothésistes et personnes appareillées. Il s'agissait ici avant tout d'exposer concrètement ce en quoi consiste une démarche d'appareillage. Les questions que se posent les personnes sont également des éléments cruciaux qui permettent de saisir le rôle de ces rendez-vous dans l'appréhension cognitive et

matérielle de l'objet et dans l'établissement progressif de cette solidarité technique. Là aussi, il en sera question dans la deuxième partie de ce rapport.

Un « coût » d'entrée élevé

La dernière étape de ces deux premiers rendez-vous concerne le devis. Si la personne décide d'être appareillée, elle s'apprête alors à entrer dans une phase d'essai de l'appareil. Cette phase est de durée variable. D'après nos observations, elle s'étend de deux à quatre semaines. Le paiement ne s'effectuera qu'à l'issue de cette période même si un dépôt de garanti (1000 euros par exemple) est parfois demandé. **La fourniture du devis en amont de la période d'essai apparaît comme une action devant éviter de rendre « captif » la personne qui après quatre semaines d'essais découvrirait soudainement le prix de son appareillage. Cela ne le permet qu'en partie, car le phénomène de captivité des personnes face au prix existe indépendamment de cette précaution du devis.** Lors de nos observations et à chaque fois qu'un processus d'appareillage était en train de se mettre en place, nous n'avons jamais observé de situation où l'audioprothésiste exposait les différentes gammes de produits ainsi que le prix que ces gammes impliquent. Par gamme, nous n'entendons pas « type » de produit. Car très souvent des discussions ont lieu, notamment sur le choix d'appareils avec piles ou d'appareils rechargeables. Par gamme, nous entendons les différents niveaux de sophistication d'appareillages⁵² avec des prix très variables allant de 700 à 2000 euros. Beaucoup de personnes rencontrées ont affirmé avoir été peu consultées sur leurs préférences en termes de prix, voire de préférence tout court :

Je n'ai eu le choix de rien je dirais. Avec les indications qu'il avait du médecin, plus le type de situation, je crois que c'est un problème d'atténuation lié à l'âge. Il m'a proposé un appareil, ce n'était pas totalement l'appareil dont j'avais envie, j'avais envie d'un appareil plus discret, mais bon, je n'ai pas tellement eu le choix. Et je ne l'ai toujours pas. Quand on parle des nouveaux appareils, il me dit que ce n'est pas bien pour moi.

Entretien avec Brigitte B., 78 ans.

Ils n'affichent jamais les prix ! On ne peut pas savoir.

(Personne en rendez-vous, Ethnographie, Jour 3).

⁵² Il est important de noter que matériellement parlant, les différences de prix ne correspondent pas à des appareils physiquement différents, il s'agit des mêmes d'une gamme à l'autre. Ce qui change et qui contribue à des variations fortes d'un produit à l'autre, c'est le logiciel que contient l'appareil. Un audioprothésiste notait amusé qu'un hacker appareillé pourrait ainsi sûrement s'équiper de l'appareil le moins cher puis le pirater chez lui et le faire « monter en gamme » (Entretien avec Audioprothésiste 3).

L'asymétrie observée de longue date par la sociologie de la santé se retrouve dans le rapport entre audioprothésiste et personne en mesure d'être appareillée. Elle contraste avec le travail d'explication sur le port de l'appareil que nous avons exposé plus haut. Ce qui ne signifie pas nécessairement qu'ils cherchent à vendre l'appareil le plus cher mais cette asymétrie est un des éléments remarquables lors de nos observations. Il est difficile d'en généraliser la portée et il serait intéressant de prolonger cette observation par une enquête par questionnaire. Le prix des appareils auditifs joue un rôle variable dans la décision ou non de s'appareiller. Dans les entretiens que nous avons conduits, les personnes avouaient ne pas avoir été freinées par le prix. Ceci ne signifie en rien qu'il ne soit pas une barrière pour de nombreuses personnes. Nous n'avons pu documenter ce point pour une raison simple : réalisant des entretiens avec des personnes appareillées, il n'avaient de fait pas renoncé en raison du prix. Cependant, ces personnes ont évoqué le cas de proches ou de connaissances ayant décidé de ne pas s'équiper. Elles ont même parfois soulevé la question, non pas tant pour expliquer un renoncement mais une hésitation.

Alors évidemment, comme c'est une somme importante qu'il faut mettre, j'ai hésité un peu.

Entretien avec Noëlle Y., 91 ans.

Bon de toute façon au départ le prix est scandaleux, déjà, c'est évident, je tiens à le préciser parce que à partir du moment où on donne une somme pareille, il doit y avoir une exigence derrière.

Entretien avec Frédérique D., 58 ans.

C'est quand même un prix, 3500 euros... C'est un objet de luxe.

Entretien avec Gérard V., 63 ans.

Je connais des gens qui ont besoin d'appareils et qui ne le font pas pour des raisons financières.

Entretien avec Brigitte B., 78 ans.

« Produits de luxe », les audioprothèses supposent donc un coût d'entrée élevé. La couverture santé des personnes ainsi que leur niveau de revenu joue alors un rôle majeur dans la démarche d'appareillage⁵³ :

On a une très bonne mutuelle, donc je suis tout de suite allé vers ce qu'il y avait de mieux.

⁵³ Interrogée sur les modalités de tarification à savoir une indissociation entre l'appareil et la prestation, les personnes interrogées ont très majoritairement (13 sur 15) répondu qu'elles apportaient peu d'intérêt à cette question. Deux personnes ont affirmé qu'elles seraient intéressées dès lors qu'elles vont très peu voir leur audioprothésiste. En revanche, à la question « iriez-vous moins souvent si la consultation était payante ? », plusieurs interrogés (7) ont répondu par l'affirmative, les autres estimant que ces rendez-vous sont de toute façon nécessaires et qu'ils ne peuvent s'en passer.

Entretien avec Jean-Paul R., 75 ans.

Personnellement non, parce que entendre ça n'a pas de prix. En blaguant, je disais « on n'ira pas quelques fois au restaurant », mais j'ai la chance d'avoir une bonne retraite, j'étais cadre, gérant, ma retraite me permet de pouvoir me payer des appareils.

Entretien avec Jaques M., 81 ans.

Un dernier point doit être fait avant d'aborder la question d'un autre type de frein ou source d'hésitation, l'esthétique. Il concerne, toujours sur le plan de l'asymétrie, le rapport à la marque de l'appareil. De façon générale, les personnes interrogées semblent s'intéresser assez peu au type d'appareil qu'elles portent. La marque de l'appareil n'a été mentionnée qu'à une seule reprise sur les 15 entretiens avec des personnes appareillées :

J'ai eu deux différents appareils, des Phonak® et maintenant j'ai des Siemens. Avec les Phonak® je n'ai jamais eu de problèmes, sauf quand je les perdais mais c'était de ma faute. Avec les Siemens, j'ai souvent des problèmes, de contacts, de faux contacts. L'audioprothésiste me dit qu'ils sont de la même valeur, alors bon...

Entretien avec Michel T., 82 ans.

L'autre élément source d'hésitation souvent mentionné lorsqu'il est question d'audioprothèse est l'esthétique. Contrairement à ce qui pourrait être attendu, ce critère est présent à l'esprit de certaines personnes mais ne joue pas un rôle central dans l'hésitation. D'après nos observations et les entretiens réalisés, l'enjeu esthétique occupe au final une place peu importante dans les préoccupations des individus.

Non, non parce que la question esthétique ne m'a pas arrêtée. Non, c'est plutôt qu'on m'avait dit qu'on avait beaucoup de mal à s'habituer et que beaucoup de personnes les mettaient dans les tiroirs des meubles.

Entretien avec Noëlle Y., 91 ans.

Certes, il arrive dans certains cas qu'une volonté de discrétion soit affirmée, notamment pour des actifs qui ne souhaitent pas être perçus comme « hors-jeu » mais cette volonté ne semble jamais venir contrecarrer le processus d'équipement. Certaines personnes redoutent un jugement sur leur capacité à effectuer correctement leur travail dès lors qu'elles semblent diminuées, l'enjeu esthétique trouvant alors sa justification non pas dans un rapport complexé ou susceptible à l'âge mais dans la volonté d'être considéré comme un travailleur ou une travailleuse normale. Nous avons rencontré deux personnes dans ce cas. La première est visiteuse

médicale, elle explique qu'elle s'est « laissé pousser les cheveux pour qu'on ne voit pas les appareils »⁵⁴. La seconde est agent d'exploitation dans une régie de transport, si l'aspect esthétique ne l'embarrasse pas énormément (« non, ça ne me gêne pas parce que j'ai des cheveux »), en revanche, sa position professionnelle fait qu'elle cherche à être la plus discrète possible. Ainsi, elle nous expliquait qu'au moment d'essayer les appareils en situation de travail, elle irait « en discrète, faire un tour au pôle pour voir si ça marche »⁵⁵. Si l'esthétique est une préoccupation existante, elle ne constitue donc pas un frein suffisamment puissant pour enrayer le processus d'appareillage.

Chapitre 2 : Vivre et entendre avec des appareils

La solidarité technique liant la personne à un dispositif implique de se pencher concrètement sur les relations à l'environnement. Dans le travail qu'elle a conduit sur le fauteuil roulant, M. Wynance a montré que la personne avec son fauteuil est amenée à ressentir différemment sa présence selon les lieux où elle se trouve et selon l'adéquation de l'espace à l'usage d'un fauteuil. Le fauteuil en tant que tel n'est donc jamais isolable d'un environnement matériel et spatial. Il en va de même pour l'audioprothèse. L'appareil auditif diffère à bien des égards du fauteuil roulant, mais le rapprochement des deux objets donne à voir des questions similaires. L'appareil auditif aussi n'est pas abstrait de son contexte. Et si ce n'est pas la place qu'il *prend* (mais davantage celle qu'il *occupe*) qui paraît constituer son trait majeur, c'est en fait l'environnement social, symbolique et immatériel qui interpelle lorsqu'on se penche sur les personnes portant des audioprothèses.

Une nouvelle perception du quotidien

Les premières heures avec l'appareil sont marquantes pour les personnes appareillées, particulièrement pour les personnes très âgées et ayant mis du temps à s'équiper. Les réactions sont assez contrastées entre certaines expliquant être très heureuses d'enfin entendre et d'autres plus critiques. Le moment de la sortie de chez l'audioprothésiste est entre autre un de ces moments critiques. **Les personnes interrogées ont très souvent fait état d'une altération de l'audition, non plus dans le sens où elles entendaient moins bien, ce qui était (en partie) la raison pour laquelle elles se sont équipées, mais dans le sens où elles entendaient différemment.** Le mot « métallique » est alors très souvent convoqué.

Là, c'est vraiment métallique. Quand on est dans la rue et qu'une voiture passe, on a l'impression que c'est un quinze tonnes. Ça amplifie. Et c'est pour ça qu'au restaurant on n'entend plus ce que disent les

⁵⁴ Observation ethnographique, 12 décembre 2017.

⁵⁵ Entretien avec Séverine R., 58 ans.

voisins parce qu'il y a tous les bruits d'assiettes, de couverts, de gens qui parlent. On s'habitue mais au début c'est sûr que quand on sort avec les appareils dans la rue, je me disais « mais où je suis ? ». Ça change complètement.

Entretien avec Noëlle Y., 91 ans.

La première fois que je me suis entendu parler... Tout le monde me disait « mais non tu n'as pas changé » alors que moi j'avais l'impression d'avoir une voix rauque, métallique, pas naturelle.

Jeanne V., 92 ans.

Les audioprothèses, moi je dis les prothèses auditives, modifient le son. L'appareil ne nous restitue pas le son, mais une reconstitution du son qui est numérique. On entend quelque chose, un son qui est différent de votre voix. Ce que j'entends c'est une voix reconstituée, c'est une voix numérique. J'emploie l'expression numérique parce que c'est l'expression qui a été utilisée par l'audioprothésiste mais je sens bien la différence. C'est un son métallique qui n'est pas celui qu'on a au naturel. Vous avez une plus belle voix que ça, j'en suis convaincu.

Entretien avec Maurice V., 94 ans.

La transformation de l'audition n'équivaut pas à un retour à des perceptions antérieures. Toutes les personnes interrogées ont clairement exprimé cette nuance. **Le port d'appareils ne permet pas de « retrouver l'audition » mais bien plutôt « une » audition.** Cette audition transforme ainsi le rapport que les personnes ont à elles-mêmes. Leur voix change, et la perception qu'elles ont d'elles-mêmes est, au début du moins, chamboulée :

Surtout, quand on a les appareils comme ça avec les oreilles complètement bouchées, on s'entend parler et la voix est complètement changée. On ne se reconnaît plus, il faut s'habituer. C'est un inconvénient. C'est dur de s'adapter à s'entendre parler. Ça a pris du temps de s'habituer et même des fois, encore maintenant, je me dis, « mais j'ai une drôle de voix ». On a l'impression de perdre sa voix, de ne plus être la même. Au début je me suis dit « jamais je ne m'habituerai ».

Entretien avec Christine O., 89 ans.

L'objet est à considérer comme structurant les conditions de vie. L'audioprothèse n'est pas seulement un correcteur, un artefact atténuant une difficulté. Elle façonne le quotidien et les interactions que les personnes s'autorisent à avoir. Prenons ainsi le cas de Maurice L. Comme indiqué précédemment, il s'agit d'un homme âgé de 94 ans, portant deux « prothèses auditives » (c'est ainsi qu'il les nomme) depuis quatre ans. Impossible de saisir la place qu'occupent ses prothèses

(qu'il considère pleinement comme des palliatifs « qui ne valent pas les produits d'origine » - c'est pour cela que nous souhaitons garder ici les termes que lui emploie) sans connaître le cadre dans lequel il vit, à savoir une maison de retraite, depuis six ans. En quoi l'appareil façonne-t-il le quotidien ? Si un tel état de chose peut apparaître évident aux personnes disposant d'un appareil ou à celles travaillant dans le secteur, l'hétérogénéité des effets d'un appareil auditif ne va pourtant pas de soi. Un profane en la matière considèrera qu'une prothèse permet d'entendre mieux. Il pourra à la limite concevoir qu'il a ses limites, qu'il ne corrige pas entièrement. Concevoir des effets différenciés est en revanche chose moins évidente. Et pourtant, l'appareil auditif ne corrige pas uniformément. La différence majeure observée réside dans la distinction entre les interactions à deux personnes et celles à plusieurs. Si la prothèse convient au premier type de situation, elle trouve ses limites dans la seconde.

Quand je parle à une personne comme vous, et que je l'ai en face de moi, le labial m'aide. Et je vous comprends bien, mais dès qu'il y a trois ou quatre personnes, j'entends très bien les gens parler mais je ne comprends plus. A table par exemple, nous sommes six à table, eh bien je ne parle jamais, alors mes collègues ont pris l'habitude, ils disent « lui il ne parle pas ». Je ne parle pas parce que je ne comprends pas, je ne peux pas participer à une conversation. (...) Si j'entendais mieux à table, j'aimerais mieux participer à la conversation, quoique les conversations ne sont pas d'un niveau très élevé, donc je ne perds pas grand chose.

Entretien avec Maurice V., 94 ans.

La fin de l'extrait d'entretien, si elle prête évidemment à sourire, n'est en rien anodine. Elle oblige à penser l'impact de l'audioprothèse sur les actions et les interactions des personnes comme devant être articulé à d'autres déterminants. Ainsi, si Maurice L. ne prend pas la parole, c'est en partie en raison de son audition déficiente mais aussi pour des motifs interpersonnels débordant le seul registre de la capacité. D'autres personnes acceptent parfaitement de renoncer malgré des appareils :

Quand je suis au restaurant, j'entends mal, mais je fais avec, je m'adapte, je me dis, je me mets à côté de la personne, ou je renonce à participer à une conversation, et je ne râle pas, je suis dans l'acceptation, j'ai un appareil et puis voilà, c'est un handicap, comme plein d'autres mais j'accepte les inconvénients, mais dans la mesure où on accepte ça change les choses.

Entretien avec Ségolène F., 66 ans

D'autres espaces sont bouleversés par le port d'appareils. Les cas les plus fréquemment mentionnés sont ceux des lieux de spectacles.

Tout prend une tournure différente. C'est pour ça que les concerts, le cinéma... Je ne peux plus aller au cinéma. C'est fort, le cinéma c'est fort. Hier, il y avait un concert dans la salle en bas, plein de personnes m'ont dit « je n'y vais pas, c'est trop fort ».

Entretien avec Noëlle Y., 91 ans.

Je vais moins au cinéma, au théâtre, c'est relativement récent, mais je m'efforce d'avoir une vie normale, d'avoir des activités, je m'efforce hein, je ne veux pas me retirer de la vie courante, de la vie active et ça c'est un effort terrible. Parce que la facilité ce serait de renoncer. Il y a une quinzaine de jour je suis allé voir un film. Quand on voit un film étranger, il y a les sous-titres donc c'est bon, mais un film français...

Entretien avec Jacques M., 81 ans.

Le cas des spectacles est particulièrement intéressant car il révèle un autre pan de la vie avec un appareil. Il est possible de considérer deux pôles de responsabilité. Le premier pôle est la personne en tant que telle. Sa difficulté à entendre ne viendrait que d'elle et de son altération (matérialisée qui plus est par l'audiogramme et un pourcentage de baisse). Le deuxième pôle de responsabilité se situerait du côté de l'environnement et « des autres ». Les difficultés à entendre ne seraient pas tant dues à l'âge et à une déficience qu'à l'incapacité des autres à s'exprimer correctement et à voix haute. Dans les faits, c'est entre ces deux pôles que se joue l'attribution causale des interactions difficiles. Ceci s'observe notamment dans le reproche fréquemment fait aux « jeunes comédiens », à l'exception de ceux de la Comédie française :

Mais je voulais entendre, parce que je fais pas mal de choses, même en dehors de mes cours, je continue de m'en apercevoir, que j'ai du mal à entendre, quand je vais au théâtre, le théâtre c'est terrible. Alors j'ai envie de dire que les jeunes comédiens ne sont pas formés comme l'étaient les anciens, mais je ne sais pas si c'est vrai. Parce qu'il y a des comédiens que l'ont entend très bien, si on va à la Comédie française, on entend parfaitement Denis Podalydes, Guillaume Galiène, enfin voilà, et puis il y a un tas de jeunes, on a l'impression qu'ils marmonnent, et puis il y a aussi la mode des metteurs en scène qui font parler les gens de dos, tout au fond, avec encore de la musique dessus, ou couché par terre, murmurant à quelqu'un ce qui est logique parfois vu la situation.

Entretien avec Brigitte B., 78 ans.

L'enjeu de l'observance

L'enjeu de l'observance est à relier à des problématiques de santé publique. Mais il permet aussi de penser les inégalités socio-économiques dans le recours à l'appareillage. L'appareil auditif n'est pas un objet auto-suffisant. **Il ne suffit pas d'équiper des personnes pour que le problème de l'audition soit traité et que les risques sanitaires et sociaux liés à la presbyacousie soient aussi tôt résolus.** Au contraire, les entretiens et les observations que nous avons réalisés ont montré que l'adéquation de l'objet et de la personne ne pouvait avoir d'effets que dans la mesure où le cadre de vie plus large permet d'accepter le port de l'appareil. Si les audioprothésistes recommandent vivement le port prolongé de l'appareil et déconseillent l'utilisation à la carte, il est à noter que les personnes se saisissent différemment de cette injonction feutrée.

Oui, c'est pas un problème, il y en a beaucoup qui le mettent le matin et ils l'enlèvent le soir. Moi c'est ce que je faisais aussi. Moi le soir j'ai du mal à les garder. Quand je suis toute seule et je sais que je n'entends personne je les enlève, et le matin je ne saute pas dessus pour les mettre.

Entretien avec Noëlle Y., 91 ans.

Beaucoup de personnes déclarent enlever leurs appareils lorsqu'elles sont seules. Cet état de fait contraste à nouveau avec ce que les audioprothésistes nous ont dit en entretien, à savoir qu'il est nécessaire, même à domicile, et même lorsque la personne est seule, de garder ses appareils. **Pour les audioprothésistes, les petits bruits du quotidien sont autant d'éléments que l'oreille doit réapprendre à apprivoiser, à l'image des bruits du voisinage. Mais c'est précisément pour cette raison que les personnes retirent leurs appareils.** On observe ainsi de la part de ces personnes un rapport ajusté aux appareils et à leur audition. L'altération et la déficience ne sont alors plus un problème mais une solution. Contrairement à ce qu'on pourrait supposer en démarrant une enquête sur les personnes appareillées, certaines situations renversent donc la perception que nous avons de la perte d'audition.

Parfois ça m'arrange bien d'avoir un peu de mal à entendre. Par exemple quand je me mets en terrasse avec un bouquin, je les enlève, c'est un sacré avantage.

Entretien avec Ségolène F., 66 ans.

Retirer ses appareils constitue une opération non nécessairement de défection mais un choix raisonné et ajusté à la situation. Ce retrait peut parfois même être décrit comme visant précisément à mieux entendre. Cette pratique a étroitement à voir avec le maniement de l'appareil, qui permet parfois des réglages manuels pour s'adapter.

La pratique consistant à les enlever peut aussi être une technique visant à une meilleure audition.

Oui, il y a des gens qui disent « je ne les mets pas », ou « je ne les mets pas pour venir au restaurant parce que je n'entends rien ». Parce que ça c'est une chose aussi, au restaurant on n'entend pas, moi-même je les enlève pour aller au repas. Pratiquement, j'entends mieux au restaurant sans appareil.

Entretien avec Noëlle Y., 91 ans.

Ce maniement ajusté de l'appareil trouve parfois des formes plus fines d'adaptation. Ainsi les audioprothèses permettent très souvent (pour les produits les plus chers) de disposer de programmes s'adaptant aux différentes situation du quotidien. Le passage d'un mode à un autre permet alors aux personnes de gérer leur rapport à l'environnement :

Oui. Mon appareil a deux réglages, un réglage mini, un réglage maxi. Pour l'instant il est sur le mini, quand on est que deux à parler c'est suffisant. Quand il y a davantage de monde, il m'arrive de le mettre sur l'autre position.

Entretien avec Jean-Paul R., 75 ans.

Mais ce maniement ne va pas de soi. Il suppose tout d'abord de disposer d'appareils offrant cette possibilité. Il suppose ensuite de maîtriser son corps et de faire preuve, même si elle peut apparaître élémentaire, de dextérité. En effet, certaines personnes observées lors des rendez-vous chez l'audioprothésiste, du fait de l'âge, tremblent fortement, ce qui est appelé problème de « préhension ». Ces tremblements empêchent de fait d'appuyer sur les boutons permettant de changer de programme. Ils ont parfois des conséquences plus soutenues notamment sur le fait d'enlever et de remettre son appareil. Lors d'un entretien, il nous est ainsi arrivé de devoir remettre l'appareil à une personne ayant voulu nous le montrer. A nouveau, le dispositif ne peut être détaché de conditions plus larges que le seul problème d'audition, les capacités physiques et financières peuvent permettre une adaptation plus fine à l'appareil. Ajoutons que ces capacités physiques se doublent d'une exigence de mémoire, les appareils pouvant avoir parfois jusqu'à cinq programmes différents, les personnes ayant des troubles cognitifs ne sont pas à même de s'en saisir avec justesse. Si nous ne pouvons catégoriquement affirmer que l'impossibilité d'ajuster ses appareils à la situation contribue au retrait des appareils, les entretiens montrent en revanche nettement que la possibilité de le faire permet de les garder. Autrement dit, l'observance est fonction de critères autres que l'humeur et le caractère des individus.

L'imperfection et l'oubli

Toutes les personnes rencontrées, à une exception près, ont affirmé ne pas être satisfaites de leur appareil. Si l'assertion paraît provocatrice, elle n'en n'est pas moins exacte. Mais un paradoxe surprenant naît des entretiens. Alors que les « prothèses » ne satisfont personne entièrement, elles parviennent pourtant à se faire si peu dérangeantes qu'elles disparaissent. Cette disparition peut être prise dans un sens physique, la discrétion de l'objet (« regardez moi, quand je suis de face, vous ne voyez pas mes appareils »⁵⁶) les rendant invisibles, voire imperceptibles pour la personnes les oubliant parfois en se couchant. Cette disparition est aussi à prendre dans un sens cognitif. Le paradoxe de l'imperfection et de l'oubli nous conduit à considérer l'un des points majeurs de la relation audioprothèse – personne : l'hybridation progressive des deux entités. La sociologie des sciences et des techniques a extrêmement bien documenté ce point⁵⁷.

Mais nous sommes nombreux dans la maison à porter de tels appareils, personne n'a totale satisfaction. Les prothèses c'est bien, mais ça ne vaut pas l'équipement premier. J'ai aussi des prothèses de hanches, des prothèses de genoux, c'est bien, ça m'a rendu service. Je suis appareillé depuis une trentaine d'années, ça m'a évité trente ans de fauteuil roulant, mais le fauteuil roulant m'a rattrapé, il ne va pas vite mais il m'a rattrapé quand même. Alors qu'en fait, avoir ça sur l'oreille indéfiniment, on l'oublie. On ne s'en aperçoit pas. J'ai eu tort à 88 ans de ne pas me faire appareiller, c'est certain mais ça fait partie du passé.

Entretien avec Maurice V., 94 ans.

Mais tous les gens autour de moi, ils entendent mal et ils ne sont pas très satisfaits, ce n'est pas la panacée.

Entretien avec Brigitte B., 78 ans.

C'est pas satisfaisant à 100%, ça ne l'a jamais été, ça reste un appareil électronique, il y a des syllabes ou des sons qu'on confond, le T et le P, le F et le S, ce sont des sons qu'on a du mal à distinguer. Si le prénom Fophie existait, on entendrait ça !

Entretien avec Gérard V., 63 ans.

L'imperfection technique est présentée de façon très claire par les personnes qui ont très généralement intériorisé la finitude du dispositif. Pour les personnes interrogées la question de la satisfaction apparaît même comme peu pertinente. Ou

⁵⁶ Entretien avec Jean-Paul, 76 ans.

⁵⁷ Sur ce point, voir l'état de l'art fait en introduction à ce rapport.

plutôt, elle se joue sur un autre plan qui suppose la comparaison avec un état antérieur. La satisfaction est donc fonction de l'état antérieur :

Est-ce que je suis satisfait de mon appareil ? ... La réponse est simple, si j'enlève mon implant je n'entends plus rien. Donc la réponse est là. Ce n'est pas parfait mais c'est mieux que rien, au moins j'entends.

Entretien avec Jacques M., 81 ans.

Cette relative imperfection est donc à saisir au prisme d'une d'autre imperfection, celle précédant l'appareillage. L'imperfection dans la mesure où elle renvoie à une comparaison (un état qui serait lui « parfait ») est donc tout à fait compatible avec le fait d'oublier son appareil, de s'habituer à ses effets en dépit de leur caractère parfois dissonants. Autrement dit, **le façonnement du quotidien atteint à un moment un tel niveau de routinisation, qu'il devient possible pour les personnes d'oublier un outil insatisfaisant.**

Oh oui, on n'y pense plus. Il m'arrive même, pas souvent, de me coucher, et une fois couché de me dire « ah mais j'ai mes appareils », alors je sonne pour qu'on vienne me les enlever.

Entretien avec Maurice V., 94 ans.

Conclusion de partie

Le premier point de conclusion est que l'on ne va pas chez l'audioprothésiste parce qu'on entend moins bien. L'énoncé est volontairement provocateur car l'altération de l'audition est bien évidemment l'un des ressorts à l'appareillage mais il est loin d'être le seul. L'enquête montre clairement que les personnes vont chez l'audioprothésiste du fait de rapports changeant à leur environnement. Les proches, le milieu professionnel, la volonté de préserver sa vie sociale ainsi que des capacités financières sont des éléments bien plus déterminants qu'une perte d'audition en tant que telle. En cela, Le second point de conclusion concerne le réseau sociotechnique que déploie l'appareillage. Les personnes appareillées ressentent au début une transformation de leur rapport à leur environnement, celui-là même qui était à l'origine de leur équipement. Cette transformation implique nécessairement de penser l'usage qui est fait des appareils.

Partie 2 – Entretien, prendre soin et vendre

Introduction

Le travail quotidien des audioprothésistes que nous avons suivis lors de nos ethnographies se passe la grande majorité du temps dans l'espace clos d'un « cabinet » et dans l'aller et retour entre le poste de travail et l'atelier. Dans ce chapitre, nous exposons les différentes activités de l'audioprothésiste en cherchant à aller au plus près de la routine de son travail. Ainsi, nous mobiliserons dorénavant de façon bien plus prononcée le travail ethnographique que nous avons réalisé dans trois centres d'audioprothèses.

Comment considérer les audioprothésistes ? Comme des soignants, comme des professionnels de santé, comme des professionnels paramédicaux, comme des commerçants ? On comprendra aisément que le choix des mots a ici des implications sociales et politiques⁵⁸. **Refusant de trancher quant à la justesse des qualifications, nous cherchons ici davantage à comprendre l'imbrication de ces registres.**⁵⁹.

Le métier d'audioprothésiste se situe au carrefour de trois registres d'action, parfois indissociables. Le premier est celui de l'ordre de la technique et de l'entretien pris à la fois au sens où il faut réparer et dans le sens où l'audioprothésiste se « tient entre » l'objet et la personne appareillée. Le deuxième registre est celui du soin. S'il est des personnes relativement « autonomes » venant en rendez-vous, beaucoup de « consultations » ne sauraient se résumer à un réglage technique. Au contraire, nous observons dans de multiples cas un travail psychologique et social articulé autour de l'audioprothèse mais n'y étant pas matériellement rattaché. Le troisième registre relève lui de la concurrence. En tant que professionnel libéral dépendant financièrement de ses ventes, l'audioprothésiste tient un commerce qu'il s'agit de rendre rentable.

Chapitre 1 – Entretien

⁵⁸ Cf. : Introduction de ce rapport.

⁵⁹ Cette approche s'ancre dans la sociologie pragmatique de l'action telle que l'ont notamment développée Luc Boltanski et Laurent Thévenot dans les années 1980 et 1990 en France. Considérant qu'il devenait ardu pour le sociologue de définir les choses à la place des personnes qu'il observe, ils proposent de considérer comme primordiale la difficulté à « qualifier » dès lors que les opérations de catégorisations créent des résistances chez les personnes classées. Plutôt donc que de les caractériser, il nous est apparu plus judicieux de penser les audioprothésistes au prisme de leur(s) action(s). Laurent Thévenot poursuit quelques années plus tard la réflexion en écrivant que « les exigences de la vie en société ne se laissent pas saisir adéquatement en termes d'identités individuelles ou collectives, voire d'identités multiples. Elles ne portent pas seulement sur les représentations de l'être humain et de son identité mais concernent ses capacités d'agir, ses façons d'éprouver le monde en rapport avec ses interventions » Thévenot L., *L'action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement*, Paris, La Découverte, 2006, p. 23.

Nous l'avons montré dans la première partie de cette étude, les appareils auditifs s'inscrivent dans des réseaux de solidarité technique. Nous ne pouvons ici exposer l'ensemble des opérations relatives à l'entretien des appareils, nous avons donc choisi de mobiliser quelques cas emblématiques de cette activité.

L'entretien rituel de l'appareil

Sur les 41 consultations auxquelles nous avons pu assister, et si l'on excepte celles pour un appareillage, l'audioprothésiste prend systématiquement un temps au début pour entretenir l'appareil. Le caractère quasi-ritualisé des débuts de rendez-vous est flagrant. Après avoir échangé quelques mots avec la personne et s'être enquis de la raison du rendez-vous, l'audioprothésiste demande à la personne de lui confier ses appareils et annonce qu'il « revient tout de suite ». Les audioprothèses quittent temporairement les oreilles des personnes et le lieu clos du bureau pour être amenées à ce qui est généralement appelé « l'atelier ».



Figure 9 – Photo de PA Juven

Dans les trois sites où nous avons réalisés nos observations, l'atelier est un espace commun aux différents audioprothésistes. Ils y nettoient les embouts grâce à des appareils à ultrasons (il suffit de plonger l'embout quelques dizaines de secondes), ils écoutent l'appareil pour évaluer son fonctionnement, ils changent les filtres, mais

surtout ils changent les tubes reliant l'appareil à l'embout (généralement soit un dôme – cf. : illustration ci-dessous – soit un moulage sur mesure)⁶⁰. Les pinces, une loupe, un microscope, un cutter, deviennent alors des outils indispensables au travail routinier des audioprothésistes.



Figure 10, 11, 12, 13 – Photos de PA Juven

Le travail de l'audioprothésiste démarre généralement par cette tâche. La personne est supposée nettoyer elle-même fréquemment ses appareils, elle dispose à ce titre de plusieurs outils, des lingettes, des bonbonnes d'air pour déboucher certains conduits, des boîtes les protégeant de l'humidité la nuit, etc. Les comportements en

⁶⁰ Chapitre 1, partie 3.

matière de nettoyage sont très variables, il est donc habituel pour les audioprothésistes de prendre un temps pour les nettoyer eux-mêmes. Le changement de tube est une opération indispensable à la fois en termes de confort pour la personne (le tube a tendance à se rigidifier au fil du temps) mais aussi en termes d'efficacité de l'appareil (il laisse moins passer les sons) et il arrive même qu'il soit la solution à un problème prenant une ampleur inattendue (cf. : point suivant sur le « 8 »). Cette activité s'accompagne très souvent d'un changement d'embout (cf. : illustration). Les audioprothésistes sont ainsi pour partie des acteurs de *maintenance*. Le terme n'est pas à prendre dans un sens péjoratif, il fait explicitement référence à une activité visant à maintenir en l'état des dispositifs et à assurer la force des solidarités techniques⁶¹.

Deux cas d'opérations anodines : l'interférence et le « 8 »

Pris dans un réseau de solidarité l'audioprothèse est elle-même potentiellement connectée à d'autres types d'appareils. C'est notamment le cas des dispositifs spécialement prévus pour « regarder » la télévision. Il peut s'agir de dispositifs similaires à n'importe quel casque sans fil sauf qu'il est relié par fréquences aux appareils auditifs. Cela permet entre autre aux personnes appareillées d'ajuster le volume sonore de la télévision qu'ils reçoivent sans impacter le volume qui sera entendu dans la pièce. Il peut aussi s'agir d'une borne reliant les appareils à la télévision, le son arrivant alors directement dans les appareils. Lors d'une consultation, un épisode particulièrement intéressant est survenu. Il s'est agi d'un homme d'une soixantaine d'années venant spécifiquement pour un problème relatif à cette question :

Le problème c'est qu'il se met en route, qu'il s'éteint, là je regarde la télé, là ça va, mais si je bouge de 10cm c'est foutu. Donc j'enlève mon appareil gauche, mais c'est déséquilibré.

Personne en rendez-vous, Ethnographie, jour 1.

La consultation va durer plus de 30 minutes afin de comprendre l'origine du problème. Des tests sont réalisés avec l'ordinateur dans le bureau. Puis l'audioprothésiste décide de réaliser le test en grandeur nature, il se rend donc, accompagné de la personne, dans le hall de son centre où se trouve une télévision

⁶¹ C'est ce que décrivent notamment David Pontille et Jérôme Denis dans leur *Petite sociologie de la signalétique*. Dans cet ouvrage, ils étudient le travail de maintenance dans le métro parisien et l'importance de ce travail à la fois pour la viabilité du réseau mais aussi ses effets sur les déplacements, les logiques de situation et donc sur les individus eux-mêmes. Ils décrivent la maintenance comme « une série d'opérations très concrètes, qui consistent à assurer, au jour le jour, une stabilité et une permanence des objets graphiques, en mettant en œuvre les conditions de reconnaissance de leurs transformations incessantes » (Cf. Denis J., Pontille D., *Petite sociologie de la signalétique*, Paris, Presses des Mines, 2011, p. 172).

prévue pour essayer les casques et autres dispositifs. Toujours le même problème. Une oreille cesse de fonctionner. « Là vous m'entendez des deux côtés ? ». Toujours pas...



Figure 14 : Photo de PA Juven⁶²

L'audioprothésiste finit alors par émettre l'hypothèse d'une interférence avec un autre dispositif Bluetooth présent dans le hall, il décide donc de couper ce dispositif. La solution semble être trouvée. Si *a posteriori*, la nature du problème ainsi que son traitement semblent relativement anodins, il faut au contraire bien saisir l'importance de l'enjeu pour la personne. Elle regarde beaucoup la télévision, et il est fort probable que s'en passer constituerait une gêne dans son quotidien. De façon générale, la télévision occupe une place importante chez les personnes presbyacoustiques. Il y a donc fort à parier qu'une « panne » ne soit pas seulement vécue comme une incidence technique mais aussi comme un inconfort du quotidien. **C'est à ce moment précis que des questions politiques assez étranges surgissent : l'accès à la télévision ou à tout autre activité généralement considérée comme relevant du loisir est-il un luxe ?** Ou bien est-ce un problème de santé publique ? Nous retrouvons les enjeux soulevés en prologue. Encore une fois, il ne nous appartient de répondre, mais nous serions bien en peine de dénigrer chacune des positions.

Un autre épisode très éclairant quant à ce lien entre vécu des personnes et problème technique a retenu notre attention lors des observations. Il s'agit d'un problème que tout audioprothésiste considèrera probablement comme insignifiant. Pourtant, avant d'en connaître la teneur, c'est l'état abattu d'une femme de 70 ans qui a sauté aux yeux. Elle est reçue dans le bureau de l'audioprothésiste. Si la retranscription écrite ne peut malheureusement restituer la voix tremblante et

⁶² L'effet utilisé a pour objectif de rendre non identifiables l'audioprothésiste et la personne appareillée.

attristée de la personne, c'est pourtant ce timbre de voix qui manifeste une situation de détresse, pouvant apparaître disproportionnée au vu du problème final.

PA : Je ne sais pas si je la mets bien, elle sort toujours de cette oreille, mais peut-être que je la mets mal...

A : Ce qui vous embête c'est que le gauche ne tient pas c'est ça ?

PA : Oui, je l'enfonce toujours et ça me fait mal.

A : Attendez, parce que le tuyau est à l'envers.

PA : Ah bon...

A : Oui, il a fait un nœud, vous voyez il ne faut pas qu'il soit comme ça. Il doit être tout droit. Je vais vous le changer.

L'audioprothésiste se rend à l'atelier.

A : Voilà.

PA : Mais comment ça se fait ?

A : Un jour sans le faire exprès vous avez fait ce qu'on appelle un 8, vous avez attrapé l'appareil et vous avez tordu le tuyau.

PA : C'est gratuit ?

A : C'est gratuit ne vous inquiétez pas, quand vous avez un souci, il faut venir. Et de toute façon tous les 5-6 mois il faut venir. Voilà c'est tout bon

PA : Merci Monsieur... Je mets mon manteau quand même... Ah, je ne vais pas oublier ma canne... Merci.

Ethnographie Jour 6.



Figure 15- Photo PA Juven : Le tuyau « a fait un 8 »

Cet épisode du « 8 » permet de penser, au-delà du soin apporté à l'appareil le soin porté à la personne. Cet épisode permet d'appréhender un double travail de

l'audioprothésiste qui fait le lien avec le deuxième chapitre de cette partie. Si le travail est bien une opération technique, changer le tube, il se double d'une discussion avec une patiente déstabilisée par la douleur et la perte d'audition. **A nouveau, la gravité de la situation peut paraître à relativiser. Mais elle est indissociable des conditions socio-économique propres à la personne.** Ici, il apparaît clairement qu'il s'agissait d'une personne ne disposant pas de beaucoup de moyens et s'inquiétant du prix de cette opération. Il est également possible de faire l'hypothèse d'un relatif isolement car si la personne avait pu parler à des proches de cette douleur dans l'oreille gauche, il y aurait fort à parier que ces derniers auraient constaté le « 8 » et seraient venus voir l'audioprothésiste. Impossible bien sûr de confirmer ces hypothèses mais dès lors qu'elles sont probables il apparaît évident que le solutionnement du problème n'était pas seulement technique mais aussi psychologique et humain.

Refaire des audiogrammes et suivre la personne

Le registre de l'entretien enfin s'identifie clairement dans ce qui constitue la quasi-totalité des rendez-vous observés à savoir un « contrôle » de routine et une action sur les réglages de l'appareil⁶³. Une fois l'entretien effectué, l'audioprothésiste réalise généralement un audiogramme pour comparer avec celui réalisé quelques mois plus tôt. Cela permet d'identifier une détérioration ou non de l'audition. L'audiogramme, il en a été question dans la première partie du rapport est une opération certes technique mais qui suppose néanmoins une interprétation et une attention plus soutenues qu'il ne le laisse paraître.

L'audiogramme ne mesure pas tout, l'audiogramme c'est une mesure sur les fréquences, mais tu peux avoir des gens des fois... Les différents degrés de perte d'audition, de 0 à 20 t'es sans perte, de 20 à 40 perte légère, de 40 à 80 perte sévère. Et nous on a des personnes qui viennent nous voir avec une perte moyenne donc ils sont déjà bien gênés. Ils disent « je viens parce qu'on me pousse mais moi la gêne je ne la sens pas ». Ça, à appareiller, c'est très compliqué, parce que tant qu'il n'accepte pas sa perte, l'appareil ne marchera pas, parce qu'il considèrera que ce sera pareil avec ou sans. Et pourtant son audiogramme me dit « non, il entend mal ». Et à l'inverse j'ai des gens à 20 ou 30, où là je me dis c'est pas indispensable, mais les gens disent « il me faut absolument un appareil », tu leur mets, et là il te disent « c'est magnifique, ça me change la vie ».

Entretien avec audioprothésiste 3.

⁶³ Chaque marque d'audioprothèse dispose de son logiciel, il faut donc pour l'audioprothésiste maîtriser plusieurs outils informatiques. Dans ces logiciels, il peut régler la puissance des appareils mais surtout opérer des ajustements de programmes en fonction des situations que décrivent les personnes.

Le travail de l'audioprothésiste ne se limite donc pas à la réalisation mécanique d'une mesure indiquant d'elle-même les actions à entreprendre. Il suppose aussi un travail de dialogue, d'écoute permettant de replacer les résultats dans un contexte plus large. C'est à ce moment qu'intervient une statistique importante, celle du nombre d'heures où l'appareil est allumé. Chose assez surprenante et inattendue, les logiciels, dont sont dotées les audioprothèses, permettent à l'audioprothésiste de savoir combien de temps la personne a allumé son appareil par jour. Là encore la statistique peut être trompeuse car une personne peut oublier d'éteindre son appareil. Ce n'est cependant pas ce cas de figure (un usage excessif) qui intéresse l'audioprothésiste⁶⁴. Le cas de figure problématique est bien évidemment celui où la personne allume peu son appareil. Selon la personne et selon qu'elle connaît plus ou moins bien l'audioprothésiste, les comportements ce dernier varient. Si c'est une personne récemment appareillée, alors il va s'agir de ne pas la brusquer :

Elle nous dit qu'elle met les appareils tout le temps mais avec le data login je vois qu'elle le met une heure par jour. Alors je ne vais pas encore entrer dans le conflit pour voir un peu pourquoi elle ne le met pas. Mais c'est très compliqué, pourquoi elle le prend ? Elle voit tous les corps de santé, peut-être que ça la rassure. Il ne faut surtout pas leur rentrer dans le lard, et puis après il y a le côté commercial du truc, si je fais ça elle va aller voir ailleurs, moi après je me fais gronder.

Entretien avec audioprothésiste 3.

A nouveau, **la conception médico-psychologique que l'audioprothésiste va se faire de la personne est étroitement liée au contexte dans lequel elle évolue. Ici, il s'agit d'une dame visiblement inquiète de sa santé et sujette à des angoisses** (« elle voit tous les corps de santé »). Un point est à noter concernant le « data login ». La question a été posée aux personnes interrogées de savoir si cela les dérangeait de se savoir suivies ainsi. Aucune n'a répondu par l'affirmative. Dans les entretiens conduits avec les audioprothésistes, un seul nous a indiqué avoir eu la demande d'une personne de couper ce dispositif de traçage des données. Nous apercevons au passage pointer un enjeu sur lequel nous reviendrons dans le chapitre 3, à savoir le « côté commercial du truc ».

Chapitre 2 – Prendre soin

Comme de nombreux dispositifs de santé, l'appareil auditif doit composer avec les singularités de la personne. Les problèmes de santé qu'elle peut avoir par ailleurs

⁶⁴ A une nuance près, ils informent alors les personnes en leur disant que laisser ses appareils allumés revient à consommer des piles ou de la recharge.

ne sont pas à négliger et conditionnent même parfois le choix et l'usage d'appareils. En cela le travail des audioprothésistes est indissociable d'un travail de soin. Le travail du soin est à entendre au sens large. Si nous refusons de catégoriser les audioprothésistes, il importe d'observer qu'ils travaillent au quotidien avec des personnes souvent vulnérables et sujettes à des problèmes de santé, qu'il s'agisse d'un déficit d'audition ou parfois de douleurs que l'appareil provoque. **Dès lors, il nous apparaît indispensable de penser cette profession comme participant d'un travail social et médical de « care » tel que l'a développé Carol Gilligan c'est-à-dire un rapport à l'autre empreint d'une conscience de la vulnérabilité et de la dépendance dans laquelle l'autre peut être pris⁶⁵.**

Réconforter et rassurer

Comme toute personne au contact d'individus parfois en situation d'isolement ou de grand âge, l'audioprothésiste joue un rôle social dans la vie quotidienne des patients et des patientes. Il faut alors reconforter. Nous employons ici le terme « reconforter » dans un double sens. Il s'agit d'apporter du réconfort à la personne mais aussi de rendre à nouveau confortable son appareil. À nouveau, **le travail de l'audioprothésiste consiste souvent en une multitude de petites tâches, qui peuvent parfois sembler anodines mais qui, prises depuis les personnes appareillées, se révèlent indispensables.** Nous allons ici prendre le cas d'une interaction entre un audioprothésiste et une patiente ressentant une douleur. Cette consultation a duré vingt-cinq minutes. La personne que nous appellerons Colette G. est appareillée depuis un mois environ. Constatant la baisse de son audition, elle s'est rendue directement chez l'audioprothésiste. Depuis quelques jours, et suite à un rendez-vous chez l'ORL, elle dit souffrir de l'oreille gauche. D'après elle, l'ORL aurait absolument tenu à lui montrer qu'elle avait des bouchons, et aurait gratté l'intérieur de son oreille jusqu'à lui faire mal. Depuis, mettre mais aussi garder son appareil est douloureux, ce qu'elle exprime dans la « scène » reconstituée dans les trois pages à venir⁶⁶.

⁶⁵ C. Gilligan, *Une voix différente : pour une éthique du « care »*, Paris, Flammarion, 2008.

⁶⁶ Par cet encadré, nous faisons le choix de restituer une consultation dans sa quasi-intégralité. La lecture n'est pas indispensable pour la compréhension du rapport et le lecteur pressé peut tout à fait passer cet encadré. La restitution de « scènes » offre deux avantages. Premièrement elle permet de saisir le métier d'audioprothésiste dans son caractère le plus « brut » puisqu'il s'agit de retranscription littérale. Les personnes intéressées à la connaissance du métier y trouveront ainsi une matière précieuse. Le deuxième avantage réside dans l'importance du format de la discussion et de la consultation : on y perçoit le caractère multiforme et multitâche de l'audioprothésiste et l'importance de ces moments pour les personnes appareillées. Dans cette scène, on retrouve Colette C., une personne appareillée, l'Audioprothésiste (A) et l'Enquêteur (E).

Scène

A (présentant l'enquêteur à sa patiente) : Il étudie les relations entre l'audioprothésiste et les patients.

C : Ah mais elles sont d'une grande importance !

A : Oui, c'est tout aussi important que les réglages. Il faut que les gens adhèrent à notre projet et qu'on vous suive en permanence, et ce côté qui n'est pas remplaçable par un ordinateur.

C : Ah mais le contact n'est pas remplaçable. On n'en a même pas assez d'ailleurs.

A : Il ne reste plus que nous et le médecin, le médecin généraliste, c'est le seul contact humain que vous pouvez avoir parce qu'avec votre boulangère c'est rapide, dans les supermarché ils vont bientôt supprimer les caissières. La plupart des gens, ils font leurs courses par internet, sans parler à personne, sauf à l'ordinateur. Alors qu'est-ce qui vous fait mal ? Cet appareil là est parfait, celui là aussi, ça ne vient pas de là. Alors ça vous fait mal où et comment ?

C : C'est-à-dire que ça me fait mal depuis que je suis allée chez l'ORL. Elle a voulu absolument me prouver que j'avais du cérumen, elle a gratté autant qu'elle a pu.

A : Je vais regarder s'il n'y a pas une petite infection.

C : Parce que moi je me lave les oreilles, je ne me sers pas de bâtonnet mais je me suis toujours lavé les oreilles au savon.

A : Le savon c'est bien, il faut éviter les détergents mais le savon c'est bien.

C : Alors ils disent « vérifiez vos piles », mais moi je suis incapable de vérifier quelque chose de matériel. Justement je pensais que je n'avais pas à faire ça.

A : Normalement non, parce que vous avez des accus vous. Nous on vous changera les accus une fois par an c'est tout.

C : Bah c'est ce que vous m'aviez dit.

A : Où avez-vous vu qu'il fallait changer des piles ? Ah sur le mode d'emploi ! Mais le problème du mode d'emploi c'est qu'il n'est pas personnalisé, vous avez une particularité qui est que vous avez des appareils rechargeable, donc ce chapitre là, il ne vous concerne pas.

A répond au téléphone.

Enquêteur : Madame, j'en profite pendant qu'il est au téléphone, est-ce que vous auriez du temps dans les jours qui viennent pour discuter avec moi de ce que ça vous fait d'avoir un appareil.

C : Oui... Mais je vous dit tout de suite que ça ne me plaît pas d'avoir un appareil. Arrivée à un certain âge, il faut être appareillée de partout. Ça fait partie du grand âge.

A : Ça fait partie des raisons pour lesquelles l'audioprothésiste est là pour accompagner les gens, on n'est pas des robots. On est là pour permettre au gens de porter un appareil auditif.

C : Vous croyez que vous y arrivez ?

A : Ah oui ! Puisque je vous ai appareillée. Parce que je vous rappelle que vous n'étiez pas forcément partante pour porter des appareils, vous vous rappelez ?

C : Oui, alors d'ailleurs j'entends mieux...

A : Vous avez l'impression d'entendre mieux sans appareil qu'avant c'est ça

C : Oui

A : Ça c'est logique, la fonction cognitive s'est développée.

C : Oui c'est une aide.

A : Un appareil auditif, c'est vrai, c'est une aide, ça compense une partie du déficit. Mais sans cette aide là, vous allez avoir un cercle vicieux qui fait que le système rétro-choclaire, après la cochlée va s'endormir petit à petit et se scléroser donc le fait de porter l'appareil réveille le système.

C : Mais est-ce que je parle fort ? Parce que je suis toujours enrouée.

A : Non vous ne parlez pas fort mais depuis que vous êtes appareillée, vous avez l'impression de parler beaucoup plus fort.

C : Mais, oui je me dis, « mais tu fais un boucan infernal » !

A : C'est normal, quand on n'est pas appareillé et qu'on a une perte d'acuité auditive, petit à petit, on entend sa propre voix de moins en moins forte mais on s'habitue à ça. Quand on est appareillé, d'un seul coup, on a l'impression d'hurler. Mais pour nous ça ne change rien.

C : Oui... moi j'étais bien dans mon silence.

A : C'est pour ça que la précocité de l'appareillage est plus simple pour nous, plus simple pour vous parce que vous avez moins de différence et puis c'est plus efficace. Parce que quand on s'habitue à sa surdité ...

C : Mais je n'ai pas tant de choses intéressantes que ça à écouter...

A : Ah les gens dans le spectacle, ils sont contents parce qu'ils s'écoutent parler ! Mais ça a un côté sympathique de s'entendre. Mais très vite ça va se normaliser, cet effet d'avoir l'impression de parler fort, ce n'est qu'une impression. Est-ce que vous êtes déjà arrivée à la phase de l'oubli ? Est-ce que vous avez l'impression d'oublier votre appareil ?

C : Oui ! J'ai oublié d'enlever mes appareils en me couchant une fois.

A : Ça c'est bien. La phase du besoin ensuite, c'est le jour où vous me direz, sans mes appareils je suis malheureuse, j'ai une privation sensorielle, j'ai l'impression d'avoir les oreilles bouchées.

C : Non pas encore.

A : Bon ça va venir. Alors, c'est l'oreille gauche. Est-ce qu'elle vous a fait mal dès le départ ?

C : Ah non ! Ça fait un peu plus de deux jours mais je dois dire que l'ORL, Madame je sais plus quoi, elle voulait me persuader, me convaincre que j'avais des bouchons !

A : Je vais regarder si vous n'avez pas fait une petite infection. Hop. (Il ausculte l'oreille). Il n'y a pas d'infection, bonne nouvelle. (Il appuie légèrement avec un bâton et une lingette au bout). Là quand j'appuie ça vous fait mal ?

C : Oui.

A : Pour l'instant ce n'est pas la faute de l'ORL (rire). L'oreille est belle, elle est saine, il n'y a rien à dire. C'est plutôt rassurant. Ok, j'ai vu ce que c'était, j'ai compris, je vais faire ce qu'il faut. Alors, en réalité c'est la petite boule ici (il montre une partie de l'appareil), je vais l'adoucir un petit peu. Et il y a une petite ulcération. En réalité, ça coince la peau, et la peau quand elle est coincée, les vaisseaux sous-cutanés ne sont plus alimentés, et ça fait une irritation, rien de méchant, mais ça fait un point douloureux, ça va s'effacer dès que le sang va repasser. Il faut quelques jours, donc si ça fait un peu mal, vous pouvez ne pas le porter pendant deux jours.

C : Mais je peux porter l'autre ?

A : Oui bien sûr. Mais ne mettez rien.

C : De la pommade ?

A : Non, ça va cicatriser. (Il s'absente et répare l'appareil). Voilà, soit ça fait encore mal et vous pouvez l'enlever quelques jours, soit vous pouvez le garder. C'est juste une petite irritation.

C : Ah, parfait !

Les consultations sont des espaces où plusieurs éléments surviennent. Elles sont le moment pour certaines personnes de se plaindre ou de dire leur ressenti vis-à-vis de leur appareil (« ça ne me plait pas d'avoir un appareil »). Elles sont le moment pour l'audioprothésiste d'expliquer les effets de l'appareillage (« la fonction cognitive s'est développée »). Elles sont le moment de résoudre des problèmes, mêmes les plus minimes (faut-il ou non changer les piles, le savon est-il bon pour se laver les oreilles, « est-ce que je parle fort ? », etc.). La moitié de la consultation ne porte ainsi pas sur la raison première de la venue de la personne (sa douleur à l'oreille gauche). Le cas de Colette montre bien ce double aspect du travail de *ré-confort*. Tout en assurant un temps d'échange et de dialogue avec une dame appareillée depuis un mois, l'audioprothésiste travaille ici à rendre l'appareil le moins douloureux possible.

Cancer, Alzheimer, etc. de nombreuses personnes vues lors des rendez-vous souffrent de pathologies parfois lourdes. L'audioprothésiste ne peut bien évidemment pas aller au-delà de ses compétences et de ses prérogatives, il doit néanmoins composer avec ces situations. Ceci suppose d'accepter de passer un temps plus long avec les personnes, voire parfois de concevoir que le rendez-vous ne débouchera pas sur un réglage technique, mais seulement sur un entretien de base de l'appareil et surtout un dialogue. **Nombre de rendez-vous observés se sont ainsi soldés, matériellement parlant, par un simple changement de tuyau et un bain aux ultrasons. Pourtant ces rendez-vous duraient plusieurs dizaines de minutes. Il s'est agi la majeure partie du temps de dialogue autour de situations de la vie quotidienne.** Les personnes sont très souvent confrontées à des situations où « quelque chose cloche », **le bruit ne colle pas au lieu, il est alors plus que dissonant, il devient inquiétant. Le rôle de l'audioprothésiste, dans la mesure où il ne peut pas agir sur l'appareil, est alors de s'intéresser à cette sortie de quiétude et de décrypter la situation pour la personne.** La pluie tombant sur une véranda peut inquiéter une personne appareillée. Souvent, un infime problème technique comme un filtre bouché peut générer des angoisses fortes. Nous avons pu assister à une consultation de ce type avec une personne atteinte d'Alzheimer. Le patient est arrivé sans rendez-vous dans le centre et à demandé à parler à son audioprothésiste « et à personne d'autre ». La secrétaire d'accueil lui a demandé de patienter mais lui a dit qu'on allait trouver « un petit créneau » dans les minutes qui viennent. Le problème va s'avérer minime, son appareil gauche ne fonctionne plus en raison donc d'un « filtre bouché ». Mais ce problème prend une proportion angoissante pour la personne qui dit « avoir une telle frousse parce que je n'entends plus rien et quand ma femme m'appelle je ne le sais pas ». L'audioprothésiste ne va alors pas seulement déboucher le filtre, il va s'entretenir avec la personne pour connaître avec précision les situations dans lesquelles sa femme l'appelle, il va lui parler de dispositifs qui existent et qui permettent de voir quand un téléphone sonne.

Un autre cas est celui d'une dame ayant été prise de panique sur un quai de gare. Là encore, la réponse de l'audioprothésiste ne va pas être technique.

En prenant le train pour aller aux Sables d'Olonnes, il y a eu une annonce sur le quai, je cherchais ma voie pour trouver ma voiture, et je n'ai pas entendu l'annonce, parce qu'il y avait un brouhaha, des voitures qui passaient pour nettoyer et en fait, j'ai failli rater mon train, parce qu'ils s'étaient trompés de numéro sur l'écran. Je suis allée tout au bout, je ne trouvais pas ma voiture, je ne comprenais rien du tout, j'avais pris de l'avance et à deux minutes près je ratais mon train, je me suis posé la question, je ne pense pas qu'il faille augmenter le son, mais est-ce que c'est un manque d'attention ou est-ce qu'il y avait un mélange de bruit extérieur et l'annonce que je n'ai pas distinguée ? Ca m'a fait bizarre, j'ai presque eu l'impression d'un retour à la case départ ...

Personne en rendez-vous, Ethnographie, Jour 2.

L'audioprothésiste lui dit qu'elle va regarder ses appareils. Des tests sont effectués, elle lui indique qu'il est difficile de faire évoluer l'appareil sur la base d'une seule situation et précise que « *si vos appareils avaient été plus forts, ça n'aurait pas forcément aidé* ». Au final aucun réglage ne sera effectué. L'audioprothésiste explique simplement que ce type de situation est possible mais que cela peut aussi arriver à des gens bien entendant. L'enjeu n'est donc pas nécessairement de corriger un problème ne pouvant l'être mais de le rendre acceptable et donc de le défaire d'un sentiment d'angoisse.

Penser l'oreille sans l'appareil

Le réseau de solidarité technique que crée l'audioprothèse est ainsi constitué des logiciels informatiques des différentes marques, des audioprothésistes, des dispositifs eux-mêmes, des proches et de l'entourage, plus largement de l'environnement. Il est aussi constitué, et même si cela apparaît évident il n'en a été que peu question jusqu'à présent, des oreilles et du corps des personnes. Le médecin généraliste ou encore l'ORL sont des interlocuteurs pertinents pour traiter des problèmes relatifs à cet organe. Mais dès lors qu'il s'agit d'un problème qui n'aurait pas d'incidence particulière si les personnes ne portaient pas d'appareils, c'est vers leur audioprothésiste que les personnes se tournent. Plusieurs personnes interviewées ont déclaré retirer leurs appareils du fait de gênes dues à des irritations souvent associées à de l'eczéma. Les audioprothésistes prennent aussi soin des oreilles par des conseils souvent rudimentaires mais néanmoins précis concernant l'hygiène des oreilles. Les réglages techniques et le travail de soin redeviennent indissociables, puisqu'il suffit parfois de lisser l'empreinte de la personne pour éviter une irritation à l'intérieur de l'oreille externe, ce que nous avons parfaitement vu lorsque l'audioprothésiste disait à la personne « *c'est la petite boule ici, je vais l'adoucir un petit peu. Et il y a une petite ulcération.* ». Une opération de la part de l'audioprothésiste peut parfois suffire à corriger le problème mais il arrive que ce ne soit pas le cas :

PA : J'ai l'oreille avec pleine d'eczéma...

A : Donc vous ne prenez plus d'anti-inflammatoire ?

PA : Non.

A : Vous pouvez mettre un peu d'huile d'amande douce

PA : Oui !

A : Il y en a qui parlent d'huile essentielle à visée dermatologique, le problème c'est qu'on ne sait pas trop ce qu'il y a dedans, des fois ça marche très bien, j'ai des patients qui utilisent des huiles avec de la lavande, du romarin, et d'autres...

PA : Avec quelle application ?

A : Avec un coton-tige. Mais il faut trouver un phytothérapeute qui s’y connaisse bien.

PA : Oui, il y a des gens qui ont guéri avec ça.

Ethnographie, Jour 3.

Dans les situations où l’audioprothésiste ne peut pas techniquement agir sur l’appareil, s’engage alors une discussion sur des modes de traitement plus communs. Ces échanges sont néanmoins l’occasion d’observer l’audioprothésiste échanger avec les personnes autour d’enjeu comme les huiles essentielles ou encore la dépendance à la cortisone (pour l’eczéma, c’est souvent une pommade à base de cortisone qui est prescrite).

Convaincre et entraîner

L’une des tâches guidant l’action des audioprothésistes est la volonté de convaincre les personnes qu’elles doivent porter leurs appareils. Cela doit se faire avec tact, comme l’indiquait un audioprothésiste plus haut. L’observance est pensée par les audioprothésistes comme relevant d’un « problème ». Il s’agit de convaincre, de façon plus ou moins subtile, la personne de porter le plus assidument possible ses appareils. L’enquête montre que si la plupart des personnes se plie à cette recommandation, les usages concrets peuvent parfois résister à cette logique. Et à nouveau, cela suppose, en suivant la logique des acteurs, de ne pas prendre le retrait de l’appareil comme un geste problématique mais de saisir l’insertion de ce dispositif dans le cadre social large où évolue la personne. L’appareil ne vaut pas grand chose s’il est utilisé à la carte, c’est ce que disent les audioprothésistes. Il y a une co-construction de l’efficacité de l’appareillage et du rôle de la profession. La légitimité de la profession est argumentée par la nécessité de l’observance. Il ne s’agit pas de nier l’intérêt sanitaire de l’observance mais d’observer le lien étroit entre celle-ci et le travail des audioprothésistes qui passent une grande partie de leur temps à chercher à convaincre de façon plus ou moins subtile les personnes à mettre leur appareil le plus souvent.

C’est pour ça qu’on dit aux gens que ce n’est pas comme une paire de lunettes où vous pouvez les porter seulement quand vous en avez besoin, au niveau auditif c’est différent, il y a une adaptation, une accoutumance qui est importante. Il y a des gens qui ne mettent leurs appareils que quand ils ont une discussion importante, et c’est vrai que ces gens sont rarement satisfaits de leur appareillage, parce qu’ils reçoivent tout un tas d’informations sonores qu’ils n’avaient plus l’habitude d’entendre, et qui les perturbent plutôt qu’autre chose, et ils disent « j’entends que du bruit », et on leur dit « il faut porter vos appareils régulièrement pour avoir appris à décoder ces bruits.

Audioprothésiste 1 à une personne en rendez-vous, Ethnographie,
Jour 3.

Ce travail de conviction s'inscrit dans une approche plus large consistant à faire accepter l'appareillage. Ce qui conduit les audioprothésistes à ne pas accepter d'appareiller dans des situations qu'ils considèrent comme inadaptées, par exemple une personne décidant de porter les appareils de son frère qui ne s'en sert plus « On sait que ce n'est pas une bonne idée, mais elle n'est pas dans l'acceptation donc on ne force pas » (Ethnographie, Jours 4).

Prendre soin c'est aussi rendre la personne « capable de ». Si pour de nombreuses personnes appareillées, mettre et enlever son appareil relève de l'évidence, nous avons observé que, pour une part non négligeable des « patients », ce n'est pas le cas. Le retrait de l'appareil n'est en soi d'ailleurs pas le problème majeur, il s'agit bien de la pose. Cette difficulté s'explique souvent par des déficiences physiques mais peut aussi relever tout simplement d'une inexpérience. Le rôle de l'audioprothésiste consiste alors souvent à entraîner la personne. Parler d'éducation serait ici particulièrement infantilisant. En revanche, l'observation ethnographique nous a montré que **l'interaction entre l'audioprothésiste et la personne relevait davantage d'un véritable entraînement** à l'image d'un geste technique qu'une sportive répèterait inlassablement afin de l'intérioriser. Lors de la plupart de nos observations, l'apprentissage du « geste » est crucial.

J'entends très bien mais par contre je dois devenir de plus en plus, il faut que je le tripote quatre-cinq fois avant d'arriver à le mettre.

Là il est bien. L'idée pour le mettre ...

Celui-là j'ai du mal à l'attraper. Je n'ai pas qu'une mauvaise oreille, j'ai une mauvaise vue aussi !

Pour le mettre, il faut le mettre légèrement en arrière, le rentrer et ensuite le mettre droit, voilà, là vous le tournez.

Ah mais c'est simple !

Oui, vous voyez le petit point blanc est là.

Comme ça ?

Oui, parfait, et ensuite vous redressez, c'est comme une hélice d'avion.

Ah oui !

Ethnographie, Jour 6.

Chapitre 3 – « Tenir une boutique »

Dans l'avis qu'elle rend le 14 décembre 2016, l'Autorité de la concurrence mobilise différents registres sémantiques. Ils sont un bon indicateur d'une tension : celle entre la pratique du commerce et celle du soin. Que l'autorité de la *concurrence* se saisisse du sujet est en soit un indicateur. Les recommandations qu'elle formule et

l'objectif qu'elle poursuit, permettre une baisse des prix, le sont tout autant. Et pourtant, alors qu'elle traite d'un sujet qu'elle définit comme marchand, elle emploie les termes de « patients » et de « professionnels de santé ». L'ambivalence n'est pas sans interroger. Car si les audioprothésistes travaillent à la maintenance des appareils et au soin des personnes, ils sont aussi dépendants financièrement des appareils qu'ils vendent.

Plutôt que de chercher à essentialiser une profession et de procéder à un travail arbitraire et normatif de catégorisation, nous faisons le choix de laisser aux personnes interrogées le soin d'explicitier les qualités (au sens de *ce qui qualifie*) de la profession. Cet antagonisme oppose la figure du commerçant et celle du soignant. Selon qui parle, les audioprothésistes peuvent être rattachés à l'une ou l'autre. Il serait illusoire de penser pouvoir résoudre l'énigme de la catégorisation en considérant qu'une enquête sociologique permettrait de trancher le débat. La résolution de cette énigme est vaine dès lors que ce travail de catégorisation est déterminé par des intérêts situés et participe autant qu'il vise à décrire la construction d'une réalité⁶⁷.

Un cabinet ou un magasin ?

« Pile », c'est avec ce mot que nous avons démarré nos enquêtes ethnographiques. À peine le cabinet dans lequel nous réalisons notre ethnographie était-il ouvert (9h) qu'une personne se présentait à l'accueil pour demander des piles. Si nous avons pensé que cette demande était anodine et presque sans intérêt pour notre étude, la suite de nos observations a conduit à relativiser la place de ces objets *a priori* sans importance. Car de piles, il en est question sans arrêt et pas uniquement pour des questions de remplacement. Le choix de l'appareil est en partie guidé, chez les patients par cet enjeu. Surtout, la venue d'une personne pour des piles tend à figurer l'espace du centre d'audioprothèse comme un magasin (à la différence près que les piles sont remboursées par la sécurité sociale). Cet épisode nous invite à considérer le caractère hybride du centre comme une composante essentielle de sa fonction d'être. Cette hybridation s'observe dans la structuration même de l'espace. La configuration varie selon les centres, certains donnent clairement l'impression, au premier abord, d'être dans une boutique vendant différents types de produits, des audioprothèses bien sûr, mais aussi des casques, des piles, des réveils, des boîtiers pour protéger les appareils, etc. Des brochures vantant tel ou tel types de produits sont disposées sur les tables dans la salle d'attente.

⁶⁷ Desrosières A., Thévenot L., *Les catégories socioprofessionnelles*, La Découverte, Paris, 2002.



Figure 16, 17 - Photo PA Juven

A contrario, une fois passé cet espace d'accueil et d'attente, les « cabines » ressemblent elles bien davantage à un cabinet médical, où le bureau et l'équipement technique marquent le lieu d'un travail clinique et technique plus que commercial.



Figure 18 – Photo PA Juven

Mais à bien y regarder, y compris les espaces « médicalisés » sont marqués par des éléments matériels indiquant le lien étroit entre le travail d'audioprothésiste et un produit industriel. Au mur, très fréquemment sont exposés des schémas présentant l'anatomie de l'oreille. Ces « posters » sont généralement des outils de communication pour des grandes marques comme Starkey® (cf. : Illustration ci-dessous).

L'anatomie de l'oreille

LE SAVIEZ-VOUS ?

90-95 % des personnes atteintes d'une baisse de l'audition peuvent être traitées avec des aides auditives.*

Principales causes de déficiences auditives

Adultes

- Exposition aux bruits
- Presbycusie (vieillesse)
- Tumeurs et lésions localisées dans les différentes parties de l'oreille
- Troubles vasculaires et circulatoires
- Hérité

Enfants

- Problèmes d'oreille moyenne (otites)
- Anomalies congénitales
- Anomalies cranio-faciales
- Hérité
- Infections congénitales

Autres

- Méningite
- Traumatisme crânien
- Médicaments ototoxiques
- Maladies infantiles (oreillons, rougeole)

* L'ensemble de nos données provient d'études scientifiques qui sont référencées dans un document intitulé "Références et bibliographie des études scientifiques sur le bruit audible - Otolaryngologie". Merci de nous contacter pour plus de renseignements.

Mieux entendre. Mieux vivre.

Figure 19 – Document collecté lors d'une observation ethnographique

Des diplômes sont aussi souvent affichés à l'image de « Diplôme de formation Master Intra » délivré là aussi par Starkey®.



Figure 20 – Photo PA Juven

Cette plongée au cœur du lieu et de l'espace de l'activité d'audioprothésiste ne suffit cependant pas en tant que telle à conclure à une imprégnation de la logique marchande. Après tout, les cabinets médicaux sont eux aussi remplis d'objets provenant d'industriels de santé, des blocs-notes au stéthoscope. Mais elle est un bon indicateur du caractère hybride du lieu, espace de consultation, de diagnostic, d'échange mais aussi de vente. Pour bien saisir ce trait, nous allons à présent observer différentes actions où s'observe le caractère marchand de l'audioprothèse.

« C'est son métier »

Afin de mieux saisir concrètement le caractère financier d'un centre d'audioprothèse, nous avons réalisé des entretiens ethnographiques avec les audioprothésistes chez qui nous avons effectué nos observations ethnographiques. Nous avons aussi, à plusieurs reprises fait le choix de délaissé l'espace du « cabinet » pour passer du temps dans le hall d'accueil. Car l'audioprothèse est aussi, comme tout secteur, marqué par une activité bureaucratique intense, dont se chargent très généralement les secrétaires d'accueil. Il convient aussi de se pencher sur leur travail dans la mesure où c'est dans leurs tâches quotidiennes que les enjeux économiques se cristallisent. Le travail des secrétaires consiste bien sûr à prendre des rendez-vous et à

organiser l'agenda mais aussi à encaisser, à orienter les personnes concernant les procédures de remboursement, etc. Dans certains centres, elles⁶⁸ ont aussi un rôle d'enregistrement à visée commerciale et doivent ainsi relever si des personnes parlent de changer d'appareils et ce afin de les relancer » :

Lorsque les patients viennent nous voir et qu'ils envisagent de changer leurs appareils, nous ici nous sommes une entreprise, on fait de l'adaptation mais il ne faut pas perdre de vue que nous sommes aussi une entreprise commerciale, même si le premier but ce n'est pas de à tout prix, vendre, si on ne nous donne pas d'argent, on peut fermer boutique. Donc on suit nos patients. Là, quelqu'un qui envisage de changer ses appareils, moi je le note dans l'ordinateur et je mets un petit rappel, pour toutes les personnes. Et ils reviennent !

Secrétaire de centre, Ethnographie, jour 5.

Les termes sont extrêmement clairs, les centres d'audioprothèses sont aussi des « entreprises commerciales » qui peuvent s'ils ne sont pas assez productifs « fermer boutique ». Les mots sont bien sûr des indicateurs verbaux mais c'est bien davantage l'opération d'inscription dans le logiciel d'une possible vente et donc d'une action à engager pour inciter les personnes à l'achat qui matérialise ce caractère des centres. Autre élément marquant le caractère commercial, le paiement à la performance. A nouveau, il n'est pas propre au secteur de l'audioprothèse mais à la différence d'autres types de structures de santé (où l'établissement est rémunéré en fonction de son « activité »⁶⁹), **ce sont ici les audioprothésistes eux-mêmes qui se voient récompensés financièrement en fonction du chiffre de vente.** La part de leur salaire est ainsi fonction de leur activité ce qui pousse certains à considérer que parmi leurs collègues (parfois même au sein d'un même cabinet) « ils démarrent par le produit le plus élevé » (Audioprothésiste 4).

Les personnes appareillées elles-mêmes ont intégré ce caractère commercial. Ce qui conduit bon nombre d'entre elles à opérer comme un consommateur des comparaisons, ce qu'a montré notamment A Dedieu-Gilles⁷⁰ en pointant l'importance conjuguée pour les personnes à la fois du prix, de l'audioprothésiste et de la qualité du produit. Ceci s'observe dans certains termes employés par les personnes :

⁶⁸ Comme dans de très nombreuses autres professions, les secrétaires que nous avons rencontrées sur les lieux de nos observations sont des femmes.

⁶⁹ Juven P.A., *Ibid.*, 2016.

⁷⁰ Le travail réalisé par A. Dedieu-Gilles est un Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Audioprothésiste. S'il n'est donc pas en tant que tel une étude sociologique et si son champ s'est limité à un questionnaire de 35 personnes, il présente néanmoins un intérêt certain pour l'étude sociologique des audioprothèses. Dedieu-Gille A., *Évolution des opinions et des comportements en audioprothèse*, Mémoire de l'Université de Lorraine, 2012.

D'abord il n'avait pas envie de m'appareiller, enfin si, parce qu'il y avait de l'argent à gagner, c'est son métier, mais il m'a dit et répété, à ma fille et à moi, que c'était un peu tard, que je venais un peu tard, « il ne faut pas attendre le dernier moment pour être appareillé » m'a-t-il dit. « Vous seriez venu trois ou quatre ans plus tôt, j'aurais eu plus de possibilités », il m'a donc proposé cet appareil là en me disant que c'était celui qui était le mieux adapté à ma situation.

Entretien avec Maurice V., 94 ans.

L'usage des mots est ici particulièrement saisissant. L'ambiguïté que laisse planer la position de l'expression « c'est son métier » est très éclairante. Est-ce l'appareillage ou l'argent à gagner qui est au cœur du métier ? D'autres emploient des mots plus francs encore :

Je ne l'avais jamais vu avant, maintenant je le connais bien. Il ne fait pas partie de mes amis. Il me connaît bien maintenant mais c'est une relation de client à fournisseur, pas désagréable du tout.

Entretien avec Gérard V., 63 ans.

Surtout, dès lors que la relation entre la personne et l'audioprothésiste est en partie une relation commerciale, il arrive à des personnes de négocier :

PA- Alors au total ? Parce que les appareils sont chers !

A- Ah ça... Bon, les appareils sont plus chers au départ mais je vous ai fait un petit peu plus pour qu'on retombe sur le même montant, alors ça va faire 3500, la même chose que la dernière fois.

PA : On ne peut pas réduire un peu mieux ?

A- Alors sur les 3500 vous aurez quand même... ah non, je l'ai déjà pas mal arrondi (rires) ! Sur les 3500 donc vous aurez 340 euros de remboursement sécu, et vous aurez a priori 700 euros de mutuelle. Ça devrait in fine vous coûter grosso modo 2560 euros quand on aura tout déduit.

PA (me regardant) : Vous pouvez ajouter ça à votre étude ! La difficulté majeure c'est là. Dans ça il y aura les piles aussi ?

A : Vous savez que vous avez droit à 70 euros de piles par an. Est-ce que vous l'avez fait ? Ce que je vais faire, votre dernier remboursement de piles vous l'avez fait en janvier 2016, donc il faut le faire maintenant. Je vais vous vendre 72 euros de piles et vous allez vous faire rembourser 72 euros parce que c'est une fois par an qu'il faut le faire.

Ethnographie, Jour 3.

Construire une opposition entre les « audioprothésistes » et les « low-cost »

Si les audioprothésistes que nous avons rencontrés et une partie de la profession insistent sur l'importance du travail de soin et l'accompagnement

psychologique, il faut donc aussi saisir les usages qui sont faits de cet argumentaire. C'est sur ce point que les audioprothésistes indépendants argumentent. Les grandes enseignes comme Vivason® sont présentées comme obnubilées par le commerce et le profit, délaissant le travail de suivi et d'accompagnement. Encore une fois, il ne nous appartient pas de trancher cette dispute et ce d'autant plus que le temps consacré à l'étude ne nous a pas permis de réaliser une comparaison avec d'autres types de structures⁷¹. Il importe cependant de relever que cette opposition est parfois mobilisée par les audioprothésistes auprès des personnes les consultant. L'argument prend alors place dans un schéma concurrentiel, valorisant leur exercice et conception du métier mais aussi le prix qu'ils pratiquent :

A : C'est que le coût est cher, le coût de l'ensemble est cher et on ne peut pas réduire ça, parce que si on réduit on va faire des impasses sur le côté adaptation, sur le côté matériel, sur l'efficacité.

PA : Mais les nouveaux entrants, ils ne le font pas ? Afflelou ?

A : Non, sincèrement, ce n'est pas... c'est une approche commerciale, mais ils font l'impasse forcément sur... ils ne font pas l'impasse sur le produit lui-même, encore que, mais sur le service. La plupart du temps il n'y a pas d'audioprothésiste, c'est interdit par la loi mais la plupart du temps ils ne sont pas diplômés, et puis surtout ils commencent à faire de plus en plus de produits qu'ils appellent des produits qui leur appartiennent. Ils demandent à des fabricants de leur faire des produits moins chers qui va s'appeler Incognito® par exemple. Ils ont une vision totalement économique du problème c'est-à-dire qu'ils disent voilà, le prix, ils se disent les gens peuvent mettre tant, je vais m'adapter pour avoir une marge correcte. C'est tout ce qui les intéresse, c'est une approche commerciale d'une problématique qui est beaucoup plus médicalisée, humaine que le simple fait du prix. Et c'est dommage mais aujourd'hui, les nouveaux entrants ont une approche totalement commerciale, jamais vous ne les verrez faire une publicité en disant « nous le plus important c'est le suivi, le réglage, etc ». Ils vous diront « nous on est à moins 40% ».

Audioprothésiste à une personne en rendez-vous, Ethnographie, Jour 1.

Et les patients donc ? Leur position sur les nouveaux entrants est ambivalente. Si certains estiment qu'il peut être intéressant « d'aller voir ailleurs » d'autres en revanche s'interrogent ouvertement sur une telle différence de prix.

⁷¹ Dans l'idéal, il aurait fallu pouvoir reproduire à l'identique les observations ethnographiques conduites à Paris et Grenoble mais dans des enseignes comme Afflelou® afin de comparer les pratiques et les modes de travail. Sans ce travail comparatif, rendre compte de la qualité du travail de ces enseignes ne nous est pas permis.

Je n'avais pas d'idées sur ce qu'est un bon audioprothésiste, je ne me suis pas trop posé la question. Sauf que je vois maintenant des produits bien meilleurs marché, enfin bon...Il y en a même des terriblement bon marché, alors que moi j'ai payé très cher et ça continue à être très cher, si je voulais changer...

Entretien avec Brigitte B., 78 ans.

Non parce que j'imagine que ce n'est pas terrible, que ça sert à rien. Enfin j'espère ! Je n'ai pas le sentiment ... j'espère qu'il y a des raisons à ce prix et donc que si mon audioprothésiste pratique ce prix c'est que ce sont des appareils plus sophistiqués. Entretien avec Ségolène F., 66 ans.

Conclusion de partie :

Entretien, soin, vente : il est évident que certains acteurs ont intérêt à valoriser l'une de ces dimensions et à en évacuer l'autre. Si les audioprothésistes chez qui nous avons réalisé nos observations peuvent chercher à sur-valoriser le travail de soin, les nouveaux entrants sur le marché et les réseaux de soin saisiront avec entrain la partie sur le côté commercial. Nous disons en effet que si les nouveaux fournisseurs d'audioprothèses sont dénoncés comme marchandisant l'audioprothèse, ce ne peut pas être entièrement en opposition à une profession déjà en place qui serait elle purement désintéressée. Mais notre enquête propose une analyse plus fine que ce simple état de fait. Elle montre bien que les audioprothésistes dits indépendants passent du temps à écouter les personnes, à régler des problèmes en apparences anodins mais qui impliquent des déstabilisations parfois fortes chez les personnes. Le travail de care et d'attention s'observe empiriquement chez les audioprothésistes que nous avons observés et il est attendu de la part de certaines des personnes appareillées que nous avons rencontrées. Le rôle de l'audioprothésiste n'est ainsi pas seulement de vendre un appareil mais bien d'équiper des personnes, de les suivre et d'en prendre soin.

Conclusion générale

L'objet technique « audioprothèse » constitue ainsi bien davantage qu'une solution technique à un problème quantifiant une déficience. Pris dans son acception la plus large, l'audioprothèse lie la personne « en mesure » d'être appareillée à une multitude d'acteurs et d'enjeux⁷² qui conditionnent la possibilité d'améliorer son audition et qui peuvent être, par ailleurs, des vecteurs d'abandon, de renoncement. Disposer d'une bonne mutuelle, être entouré de proches insistants, avoir une vie sociale active, être inscrit à des cours d'histoire de l'art, connaître des personnes ayant déjà été appareillées, etc., sont autant d'incitations conduisant les personnes à s'équiper. Si, pour certaines personnes, se rendre chez l'ORL puis l'audioprothésiste va de soi, de nombreuses barrières surgissent rapidement pour d'autres, ce qu'a montré la première partie de ce rapport.

Le deuxième résultat de notre étude concerne les audioprothésistes tels que nous les avons observés, à savoir *au travail* dans le cadre de centres dits indépendants (même si parfois affiliés à une enseigne mais non à une grande chaîne), situés en ville et comportant de deux à trois audioprothésistes et entre trois et six salariés. Alors que les controverses politiques actuelles poussent les acteurs à réifier les positions de ces professionnels de l'audioprothèse, dépeints soit en soignants désintéressés, soit, au contraire, en vils commerçants pratiquant des prix démesurés, il nous est apparu clairement que l'analyse sociologique et l'acceptation du caractère hybride de la profession permettaient de rendre compte plus fidèlement de l'activité quotidienne des audioprothésistes. Ce qui nous a frappé, tout d'abord, a été l'importance du travail de maintenance, les allers-retours entre le bureau du rendez-vous et l'atelier, l'importance des pinces, du microscope, des bacs à ultrasons, etc. L'activité d'audioprothésiste est donc en partie, et de prime abord, une activité de maintenance. Nous avons expliqué dans la deuxième partie que ce qualificatif n'avait rien de péjoratif mais qu'il renvoyait à la lettre au fait de maintenir en bon état un dispositif technique. Mais nous avons aussi insisté sur l'importance du travail technique de réglage grâce aux logiciels contenus dans les appareils.

Le caractère commercial de la profession n'est pas éludé mais bien observable ; il est même constitutif d'une tension propre au métier d'audioprothésiste. Cette tension n'est pas insurmontable pour les audioprothésistes observés, qui jonglent entre les exigences hétérogènes que leur métier implique. En cela, et pour reprendre la terminologie mobilisée par Florent Champy, il est possible de parler à propos des

⁷² Réseaux et interdépendances entre acteurs que nous avons qualifiés, à la suite des travaux du sociologue Nicolas Dodier, de « solidarités techniques ».

audioprothésistes de « profession à pratique prudentielle »⁷³. La « prudence », ou « sagesse pratique », qualité déjà identifiée par Aristote pour la pratique médicale, renvoie au fait que les audioprothésistes, au-delà de la dimension technique, travaillent *aussi* sur des cas singuliers et souvent – pas toujours – complexes, dans un contexte de relative incertitude (par exemple, en terme d’« observance » ou de compréhension, fort variable, par les personnes des finalités et des conditions d’usage de leur appareillage). Ils travaillent *aussi*, en un mot, sur de *l’humain*⁷⁴. Par conséquent, une part leur activité sera toujours irréductible à la seule rationalité marchande et/ou industrielle, avec ses implications en termes de concurrence par les coûts et de standardisation des prises en charge, sauf à menacer la qualité de ces dernières.

La tension entre logique économique d’une part et contenu – en partie – prudentiel de l’activité d’autre part n’est en rien spécifique au métier d’audioprothésiste. Tous les professionnels de santé sont confrontés à cette tension⁷⁵, dont on peut toutefois penser qu’elle tend à l’acutisation dans un contexte plus général de libéralisation et de privatisation partielles des systèmes de santé. L’on pourrait ici prendre l’exemple des pharmaciens qui doivent résoudre au quotidien le conflit entre devenir des *discounts* du médicament et de la parapharmacie d’un côté, et demeurer des professionnels de la santé publique (conseils aux patients sur les prescriptions, enrôlement dans les campagnes de vaccination, etc.) de l’autre. Ce rapport montre que, dans l’activité quotidienne des audioprothésistes, la vente constitue un objectif important mais aussi que ce dernier s’articule très étroitement à une logique de « *care* ». Or il est possible de penser que les nouveaux entrants renforcent la pondération de l’objectif commercial au détriment de celle du soin et de l’attention portée à la singularité et à la situation de complexité de personnes dont nous avons vu qu’elles pouvaient être fragilisées. Comme l’a amplement souligné la sociologie de la santé depuis plusieurs décennies, celles-ci ne sont pas « souveraines » – au sens où la science économique parle de la « souveraineté » du consommateur – face au problème dont elles souffrent, notamment en raison de leur âge souvent avancé et de la relative méconnaissance de leur trouble et des solutions qu’il convient d’y apporter.

⁷³ Ce qui suppose de « mettre au cœur de la théorie le contenu du travail professionnel et notamment les spécificités des opérations cognitives et pratiques qui le permettent ». Cf. Champy F., *Nouvelle théorie sociologique des professions*, PUF, Paris, 2011.

⁷⁴ Georges-Tarragano C., Pierru F., Hastré H. (dir.), *Soigner l’humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*, Rennes, Editions de l’EHESS, 2015.

⁷⁵ Même si le degré de dénégation des mobiles économiques de leur activité (« le désintéressement »), constitutif du discours professionnel (par opposition à celui des « métiers » traditionnellement plus insérés dans les configurations marchandes), varie bien entendu selon les professionnels de santé et les secteurs d’activité (par exemple entre la ville et l’hôpital). Elle est plus prégnante dans la profession médicale que dans le monde des audioprothésistes. Voir, dans le cas de la médecine générale, les travaux de la sociologue Géraldine Bloy, notamment « Rémunérer les médecins généralistes. La question des revenus » dans Bloy G., Schweyer (F.-X.) (dir.), *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l’EHESP.

Nous nous permettons donc ici un point de conclusion plus normatif. Au vu des observations que nous avons faites et des entretiens réalisés, il apparaît risqué de confier la régulation du secteur de l'audioprothèse aux seuls mécanismes de marché et aux règles souvent fantasmées de la concurrence. Sans chercher à défendre les niveaux des prix actuels, ni les audioprothésistes « *insiders* », nous concluons à un risque majeur pour les pouvoirs publics : penser que les nouveaux entrants pourraient permettre de diminuer les prix et donc le coût de l'audioprothèse pour l'assurance maladie. Car l'enjeu de santé publique est bien davantage d'équiper des personnes qui garderont leur appareil et pour qui il servira effectivement. Sans prise en compte de l'environnement des personnes et du caractère « politique »⁷⁶ et social (et non pas seulement technique et marchand) de l'audition, toute tentative de régulation est vouée à revoir sa copie dans dix ou quinze ans, constatant alors que des économies auront été réalisées à court terme mais avec des effets sanitaires (et donc, de fait, économiques) très insatisfaisants à moyen et long termes, dans le contexte, faut-il le rappeler, de vieillissement de la population. Par conséquent, nous pensons qu'il importe de préserver et de protéger cet aspect du « *care* » chez les audioprothésistes. En cela, une régulation publique par la Sécurité Sociale et donc un financement public nous apparaissent moins risqués – et assurément plus efficaces⁷⁷ – qu'une régulation concurrentielle et marchande par les complémentaires santé dès lors que le marché tendra à faire prévaloir une logique de réduction des coûts et d'industrialisation des prises en charge, défavorable au contenu prudentiel.

⁷⁶ Il faut ici préciser que nous n'entendons absolument par le terme de « politique » au sens de partisan mais bien au sens d'enjeu qui suppose une délibération collective et individuelle – pour chaque professionnel – relative à des dimensions potentiellement en concurrence : diminution des coûts, rationalisation industrielle de l'activité, prise en charge « sur-mesure », objectifs de santé publique, etc.

⁷⁷ Rappelons qu'il ne peut plus être contesté, du point de vue de l'économie de la santé, que la concurrence du côté du financement des dépenses de santé est toujours moins efficace et plus inégalitaire qu'un « monopsonne » public et ce quels que soient les mécanismes de « régulation » envisagés (et souvent en situation d'échec relatif face aux opérateurs du marché).

Annexes

Annexe 1 – Communiqué de presse UNSAF



Communiqué de presse
Paris, le 27 septembre 2017

AFFLELOU : quand les métiers deviennent flous, il y a un loup !

Hier opticien, aujourd'hui « *acousticien* », demain « *bandagiste* » ?

En septembre 2009, lors du Silmo (salon de l'optique) M. Alain Afflelou, avait défini la frontière entre les professions d'opticien et d'audioprothésiste justifiant l'impossibilité de les exercer en même temps.

M. Alain Afflelou : « *L'audioprothèse est un métier en tant que tel. Il faut même plus d'années d'études que pour être opticien. Quand on aura fait de l'audioprothèse dans les magasins d'optique on pourra revenir vers la photo ou vers le bandagiste ? On revient au moyen-âge. (...) Moi je crois que c'est très dangereux d'être opticien et audioprothésiste. On est l'un ou l'autre. Imaginez que des audioprothésistes fassent des lunettes, est-ce qu'on verra beaucoup de clients aller chez eux acheter des lunettes ? Moi je n'y crois pas une seconde* ».

La séquence vidéo¹ (1 mn 32 s) : <https://youtu.be/j4VZidKqYSU>

Le 1^{er} octobre, M. Afflelou, lancera une nouvelle offre, en insistant sur la nouvelle ligne « acousticien » de ses enseignes, à côté de celle d'opticien.

Ce revirement brutal de position interroge.

Soit, depuis son exil fiscal à Londres, il a changé d'avis et il faut s'attendre à voir prochainement les boutiques Afflelou s'apprêter à vendre de la photo, puis des bandages....

Soit, il a considéré que le marché de l'optique était – en partie par sa faute – saturé et il recherche de nouveaux « relais de croissance », après avoir « reporté sine die son projet de retour en Bourse à Paris »².

Ceci expliquerait pourquoi il milite avec autant d'ardeur pour la déréglementation de la profession d'audioprothésiste.

Au passage, l'arrivée de M. Afflelou sur le marché de l'audioprothèse n'a rien de philanthropique, en dépit de ce que voudraient faire croire ses campagnes de publicité.

En 2016, « Que Choisir » a d'ailleurs révélé qu'Afflelou applique dans l'audition une formule semblable à celle de son offre « *Tchin Tchin* » pour les lunettes avec « le deuxième appareil pour 1 € de plus ».

Mais en multipliant par deux le prix du premier !

« *Le procédé n'est pas très subtil, c'est vraiment prendre les consommateurs pour des imbéciles* »³ avait conclu l'association.

L'UNSAF, représentant des audioprothésistes, professionnels de santé réglementés, ne peut que s'interroger face à l'attitude de tels opérateurs commerciaux et financiers sur des patients âgés et fragiles, et s'inquiéter de leurs agissements dictés par le seul profit.

L'UNSAF demande aux Pouvoirs publics d'encadrer ce type de pratiques afin de protéger les patients et de mettre un terme à la marchandisation créant une inacceptable confusion au détriment des déficients auditifs et des professionnels sérieux.

Les enjeux de l'audioprothèse en matière de santé publique, notamment pour prévenir le déclin cognitif, sont tels qu'il serait incompréhensible de laisser des intérêts mercantiles ou des stratégies boursières de court terme en dicter la régulation.

Contact presse : Luis Godinho - 06.88.88.07.83 - contact@unsaf.org

¹ Extrait de la vidéo de la table ronde « *Acuité TV Silmo : quel est l'avenir de la profession d'opticien ?* » du 30.09.2009 : <https://www.acuite.fr/acuite-tv/profession/8494/acuite-tv-silmo-quel-est-lavenir-de-la-profession-dopticien>

² « *Le réseau d'audioprothésistes et d'opticiens avait déjà calé à l'automne (...) Début février, Afflelou a reporté sine die son projet de retour en Bourse à Paris* ». Le Revenu, 10.02.2017, article « *Afflelou - Double faux départ* ».

³ « *Prothèses auditives, Le parcours du combattant* », Que Choisir, janvier 2016, page 20.

Annexe 2 – Liste anonymisée des personnes interviewées

1	Maurice V.	94 ans	06/12/2017
2	Noëlle Y.	91 ans	08/12/2017
3	Séverine R.	58 ans	14/12/2017
4	Ségolène F.	66 ans	14/12/2017
5	Jacques M.	81 ans	16/01/2018
6	Frédérique D.	58 ans	18/01/2018
7	Brigitte B.	78 ans	24/01/2018
8	Jeanne V.	92 ans	26/01/2018
9	Yann T.	22 ans	27/01/2018
10	Michel T.	82 ans	27/01/2018
11	François L.	30 ans	29/01/2018
12	Christine O.	89 ans	29/01/2018
13	Jean-Paul R.	75 ans	30/01/2018
14	Gérard V.	63 ans	30/01/2018
15	Audrey V.	29 ans	31/01/2018

Ces entretiens ont été complétés par quatre entretiens avec des audioprothésistes (dont trois travaillant dans les centres observés dans le cadre de l'enquête ethnographique).

Annexe 3 – Présentation de neuf personnes interviewées (liste non exhaustive)

Maurice V. a 94 ans, il a deux appareils depuis quatre ans. Il vit en maison de retraite depuis six ans. C'est sa fille qui l'a encouragé à s'appareiller alors qu'il refusait au début. Il considère ne plus faire attention à ses appareils même s'il estime l'appareillage comme « imparfait ». Il note que le son est une reconstitution. Il s'est appareillé dans un cabinet « indépendant ». Il porte ses prothèses toute la journée notamment car il ne peut les remettre du fait d'une maladie. Sa fille est orthodontiste, et lui est un ancien enseignant de mathématique.

Noëlle Y. a 91 ans, elle a deux appareils depuis cinq ans. Elle vit en maison de retraite depuis un an. Handicapée par une neuronite vestibulaire, elle a des rendez-vous réguliers chez l'ORL. En 2012, elle lui signale une baisse d'audition, puis se fait appareiller dans la foulée. Elle relève un point intéressant concernant sa propre voix que l'appareillage oblige à « abandonner ». Elle a travaillé comme assistante de radiothérapie dans un Centre de lutte contre le cancer. Elle enlève ses prothèses à certains moments de la journée, pour la télévision, elle utilise un casque spécial. Elle s'est équipé dans un cabinet indépendant mais envisage de s'équiper chez Amplifon® lors du changement de son appareil, pour une raison géographique, le magasin étant à côté de la maison de retraite. Elle n'a aucun problème d'argent pour s'équiper. Elle a pris le haut de gamme mais ne voit pas trop la différence.

Séverine R. a 58 ans. Elle est active et travaille comme agent d'exploitation depuis 1995 pour un réseau de métro d'une grande ville française. Suite à une opération en 2017 et au moment où elle reprend le travail, elle identifie très clairement une perte d'audition. Cette déficience prend une forme bien spécifique. Si elle entend plutôt bien les personnes, elle ne comprends plus ce qui se dit dans le THF, l'appareil servant aux communications, notamment entre les conducteurs et le poste central. Un point important est la volonté que son appareil soit discret, non pas pour des raisons esthétiques mais pour pouvoir essayer de reprendre le travail sans qu'on ne l'affecte autre part qu'au poste où elle travaillait. Elle ne supporte pas les appareils entrant dans l'oreille (les « intra ») et souhaite disposer d'un appareil à contour.

Ségolène V. est appareillée depuis 10 ans. Elle n'a pas appréhendé la démarche car elle connaissait des gens qui ont eu un enfant qui avait un appareil. Elle s'est équipée chez Audika®, pour la réputation de l'audioprothésiste, non pour la renommée de la chaîne. Elle accepte facilement de renoncer à participer à des discussions même lorsqu'elle porte ses appareils. Ancienne secrétaire de direction, elle vit dans le Sud-Ouest. Elle a 66 ans et avoue être très contente de ses appareils. Le point important ressortant de l'entretien est que pour elle, « on s'appareille pour les autres », par souci de courtoisie, « pour ne pas gâcher la vie des gens qui nous entourent ».

Jacques M. a 81 ans, un implant cochléaire dans l'oreille gauche et un appareil dans l'oreille droite. Il est président d'une association, organise des conférences, intervient parfois. Il vit entre le sud est de la France et Paris. Il aime la musique, le cinéma (regarde les films en Version Originale Sous Titree), le théâtre. Il va toujours voir des ballets et des opéras mais éprouve plus de difficultés pour le théâtre et le cinéma. Il fait des otites chroniques, et insiste sur l'effort de rester actif socialement. Le point intéressant ressortant de l'entretien est l'importance pour lui du rapport social. Il est un ancien gérant de société, sa femme est dans la haute fonction publique, à la retraite.

Frédérique D. a 58 ans, elle était professeure de physique et vit en région parisienne. Elle est en cours d'essai pour des appareils qu'elle teste depuis deux semaines. Elle est très enthousiaste. Elle a des douleurs auditives depuis l'enfance et s'est intéressée à la question en assistant à des réunions d'associations comme *France Acouphènes*. Elle redoute l'isolement et la dépression que pourrait créer la perte d'audition. Elle note que le sentiment d'être coupé du monde est aussi parfois agréable et que c'est pour cette raison qu'elle enlève par moment ses appareils. Tout en estimant que les appareils transforment son quotidien, elle note que ce sont des « produits de luxe ».

Brigitte B. a 78 ans, elle vit dans le 2^{ème} arrondissement de Paris. Ancienne sociologue, elle est appareillée depuis huit ans. Elle n'a pas encore eu à changer d'appareil et les porte de façon ajustée. Elle va chez Audika®. Chez elle, elle les enlève et ne les mets que lorsqu'elle doit avoir une discussion ou lorsqu'elle sort. Très active, elle se rend fréquemment au théâtre, à l'opéra, au cinéma, à des conférences. À la retraite depuis 10 ans, elle suit des cours en histoire de l'art. Dotée d'un capital culturel élevé, elle s'est équipée d'appareils mais regrette le peu de dialogue avec son audioprothésiste : « On ne nous donne le choix de rien ». Elle insiste sur la difficulté à saisir les enjeux de gammes de produits et sur le caractère relatif du prix dès lors que cela touche un aspect important de la vie sociale.

Jeanne V. a 92 ans, elle porte des appareils depuis trois ans et vit dans l'ouest de la France. Ancienne professeure de collège elle a été poussée par ses filles à porter des appareils. Tout en reconnaissant des imperfections, elle souligne l'importance de ses appareils. Elle a un tarif préférentiel du fait d'un handicap visuel : « on m'a fait un cadeau ». Elle considère que l'appareillage ne règle qu'une faible partie des problèmes d'audition mais qu'il est néanmoins indispensable.

Jean-Paul, a 76 ans, il est enseignant à la retraite. Il porte un appareil depuis 1992 et s'est équipé d'un deuxième depuis 2007. « Quand je me trouvais en groupe, je n'y arrivais pas ». Il n'a eu aucune crainte pour s'appareiller. En revanche il considère que le prix est bien trop élevé mais que ce niveau est relayé par la nécessité. Il note que son audioprothésiste ne lui a pas vendu l'appareil le plus cher considérant qu'il n'en avait pas forcément besoin. La possibilité de payer en trois fois a été importante pour

lui, de même que le bon remboursement de sa mutuelle (MGEN). Il relève l'importance de ses appareils dans le cadre social, au cinéma notamment même s'il affirme enlever ses appareils pendant certains films lorsque le son est trop fort.

Annexe 4 – Grille d’entretien

Cette grille a été établie suite à deux entretiens exploratoires non mentionnés dans la liste précédente. Les entretiens exploratoires sont moins formalisés et précis que les entretiens réalisés lors de l’enquête. Ils permettent aux enquêteurs de discuter librement et de façon ouverte des sujets intéressants les personnes. C’est à partir de ces premiers échanges qu’a été permis la construction d’une réflexion structurée qui aboutit à la rédaction de l’étude.

Questions préliminaires sur la personne :

- *Quel âge avez-vous ?*
- *Quelle profession exercez-vous ou avez-vous exercée ?*
- *Où habitez-vous ?*

1) Le processus et le choix de l’appareillage

- Depuis combien de temps êtes-vous appareillée ? Disposez vous d’un seul ou de deux appareils ?
- Comment avez-vous identifié le besoin de vous appareiller ? Est-ce vous qui avez ressenti ce besoin ou bien vos proches / collègues ?
- Combien de temps avez-vous mis avant d’engager la démarche de l’appareillage ? Comment avez-vous procédé (ORL, audioprothésiste) ?
- Pendant combien de temps pensez-vous être resté sans appareil alors qu’il aurait été utile ? A quoi associez-vous le fait de porter un appareil ?
- Quelles craintes et attentes aviez-vous, ou n’aviez vous pas ? La question esthétique, financière, le rapport changeant à l’audition, le côté pratique ou non d’une audioprothèse ont-ils joué dans votre raisonnement ?
- Comment s’est passé votre appareillage avec l’audioprothésiste ? L’avez-vous senti à l’écoute de vos besoins ? Quel type de produit avez-vous choisi ? Pourquoi ? Avez-vous eu des discussions avec l’audioprothésiste concernant les marques ou gammes de produits ?

2) Vivre au quotidien avec des appareils

- Question générale et ouverte : qu’est-ce que cela fait de vivre/ entendre avec un appareil ?
- Quel impact a sur vous le changement de son et le caractère métallique de la reconstitution ? Est-ce que cela conduit à changer certaines de vos habitudes (repas en collectif, cinéma, concerts) ? Comment vit-on le fait de ne plus entendre sa voix comme avant ?
- Quel usage faites-vous de vos appareils ? Les portez-vous tout le temps ? Les enlevez-vous à certains moments de la journée ? Lesquels ? Que vous a-t-on dit de

cette pratique ? Et comment jugez vous ces conseils (ne pas les enlever trop souvent) ?

- Vous arrive-t-il ou vous est-il arrivé de renoncer à les porter ? Si oui, pourquoi et combien de temps ? En avez-vous parlé à votre audioprothésiste ?
- Avez-vous l'impression d'oublier que vous avez des appareils ? Comment cela se concrétise-t-il ?
- Question ouverte : êtes vous satisfait de votre appareil ? Quels problèmes avez-vous avec (exemple des piles et des recharges) ?

3) L'enjeu financier de l'appareillage

- Le critère financier a-t-il joué dans la démarche d'appareillage ?
- Combien avez-vous payé pour votre ou vos appareils ?
- A quelle hauteur avez-vous été remboursé ? Cela a-t-il joué sur le choix des appareils ?
- Comment concevez-vous votre appareil ? Comme un « produit de santé » indispensable ou comme un dispositif de confort (termes volontairement excessifs) ?
- Le prix payé au début de l'appareillage comprend les appareils et le suivi sur plusieurs années ? Est-ce que vous considérez que c'est une façon adéquate de payer l'appareillage ou bien préféreriez-vous payer simplement les appareils puis à la consultation/ au rendez-vous ? Et tout simplement, est-ce que cela vous intéresse comme question ?

4) Le rapport au professionnel

- Voyez-vous souvent votre audioprothésiste ? Souhaiteriez-vous le voir plus souvent ?
- Pour quel type de question ou problème le voyez-vous ?
- Quel type de relation entretenez-vous avec lui ou elle et vous paraît-il à votre écoute ?
- Avez-vous déjà changé d'interlocuteur et si oui pourquoi ?
- Considérez-vous qu'il prend le temps de vous écouter lors des rendez-vous ou bien avez-vous l'impression inverse ?

Annexe 5 – Présentation des auteurs

Pierre-André Juven est docteur en socio-économie de l'innovation de l'École des Mines de Paris. Il est post-doctorant au CERMES3 dans le cadre d'une bourse de l'Institut Francilien Innovation Société (IFRIS). Ses travaux portent sur l'économie de la santé et les transformations des activités de soins. Sa thèse de doctorat consacrée à la tarification à l'activité dans les hôpitaux publics a été récompensée en 2015 du Prix *Le Monde* pour la recherche universitaire et a été publiée en 2016 aux Presses Universitaires de France sous le titre *Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public*. Il est aussi le co-auteur de *Capitalization. A Cultural Guide* (Presses des Mines, 2017). Il a publié dans plusieurs revues françaises dont *Gouvernement et Action Publique*, *Sociologie du travail*, la *Revue d'anthropologie des connaissances*. Il a enseigné la sociologie et la science politique à Mines ParisTech, Paris-Dauphine et à l'Université d'Auvergne.

Frédéric Pierru est politiste, chargé de recherche en sociologie au CNRS-CERAPS Lille 2. Il est aussi membre du comité de direction de la Chaire Santé de Sciences Po Paris et du groupe « Inégalités sociales de Santé » du Haut Conseil de la Santé Publique. Ses travaux portent sur la réforme des systèmes de santé, les recompositions de l'État et de l'administration sanitaires en France depuis les années 1980 et les mobilisations médicales face aux réformes de l'hôpital. Il achève une Habilitation à diriger des recherches sur les relations entre rationalité gestionnaire et transformations des rapports de force entre spécialités médicales à l'hôpital. Il est l'auteur seul ou en collaboration de nombreux ouvrages et articles scientifiques, en anglais et en français, parus notamment dans la *Revue française de science politique*, *Sociologie du travail*, *Actes de la recherche en sciences sociales*, *Gouvernement et action publique* ou encore *Les Tribunes de la santé*. Co-auteur du *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, Paris, Odile Jacob en 2011, il a récemment co-dirigé avec André Grimaldi, Yvanie Caillé et Didier Tabuteau, *Les maladies chroniques. La troisième médecine*, Paris, Odile Jacob, 2017. Enfin, il intervient régulièrement dans le débat public sur les questions du financement des dépenses de santé, de la réforme de l'hôpital et, plus généralement, de la restructuration de l'offre de soins.