

>> Code de déontologie Européen

"Est audioprothésiste celui qui pratique la correction des déficiences de la fonction auditive par des dispositifs mécaniques et électroacoustiques suppléants à ces déficiences. Ses attributions s'étendent à la protection des nuisances d'origine acoustiques et à la protection de la fonction auditive contre les effets du bruit. Pour exercer sa profession, l'audioprothésiste a besoin d'une formation professionnelle spécifique qu'il pourra obtenir en suivant les cours équivalents à ceux préconisés par la Communauté Européenne. L'audioprothésiste pratique sa profession sous sa propre responsabilité, dans le respect de la législation en vigueur dans son pays." Les domaines d'activités professionnelles, les devoirs généraux de l'audioprothésiste, l'éthique professionnelle et la publicité sont ensuite précisés par le texte.

"Cette dimension européenne est une caution supplémentaire de qualité pour la définition et l'exercice de notre profession. De surcroît, certains pays, l'Allemagne et l'Italie notamment, sont beaucoup plus structurés que nous, et nous pouvons tirer de multiples enseignements de leurs initiatives. C'est un temps précieux qui est ainsi gagné. L'Europe est une vraie perspective pour la profession.", Benoît Roy, Président de l'UNSAF.

Association européenne des audioprothésistes Résolution et recommandations adoptées en Assemblée Générale

Nomenclature

- I - Audiologie
- II - Déontologie
- III - Politique
- IV - Formation
- V - Installation, matériels et instruments
- VI - Législation
- VII - Mots clés

Note : Les résolutions et recommandations sont inscrites à l'aide de trois nombres :

- les chiffres romains correspondent au chapitre
- le chiffre suivant au numéro d'ordre dans ce chapitre
- le dernier chiffre à l'année du vote

Résolution I.01.82

Chez l'adulte, la durée de vie d'une aide auditive ne doit pas excéder cinq années maximum, étant donné l'évolution physiologique de la surdité et pour garantir la continuité des caractéristiques acoustiques de l'appareillage face aux progrès techniques et scientifiques de sa fabrication.

Résolution I.02.82

Le temps normal de l'appareillage de l'adulte sans handicap associé est de quinze heures. Il est nettement supérieur pour l'adulte présentant des troubles associés et pour l'enfant.

Recommandation I.03.85

L'AEA propose un inventaire des tests devant être pratiqués pour l'appareillage de l'adulte et de l'enfant.

1. Pour l'appareillage de l'adulte :

Un examen audiométrique tonal en voie aérienne, en voie osseuse.

Un examen audiométrique vocal.

Un examen audiométrique vocal en champ libre pour le contrôle qualitatif et quantitatif de l'efficacité prothétique dans le calme et dans le bruit.

Un test de tolérance.

Cette liste non limitative doit être adaptée en fonction de l'âge et des capacités psycho-acoustiques du sujet testé.

2. Pour l'appareillage de l'enfant :

a) Avant neuf mois : l'audioprothésiste peut utiliser les tests de réaction de comportement aux stimuli sonores délivrés par

- un babymètre ou réactomètre

- des instruments ou jouets sonores (étalonnés en fréquence et intensité)

- un audiomètre en champ libre.

Une impédancemétrie et les PEA peuvent être utilisés.

L'audioprothésiste compare les résultats sans et avec les aides auditives.

L'appareillage normal chez l'enfant est l'appareillage stéréophonique sous réserve de bonnes réactions de chaque oreille séparément.

b) Après l'âge de neuf mois : l'audioprothésiste cherche les seuils d'audition avec un mode de conditionnement type ROC et compare les résultats avec et sans les aides auditives.

c) Passé l'âge de trente mois : l'audioprothésiste recherche les seuils d'audition avec un mode de conditionnement type peep-show et compare les résultats sans et avec les aides auditives.

Dans tous les cas, un test de tolérance oreille séparée doit être pratiqué.

Résolution I.04.93

L'AEA estime que le réglage, le contrôle immédiat et permanent de l'efficacité et de la maintenance du processeur extérieur de tous les appareils corrigeant l'audition qui nécessitent un acte médical ou chirurgical, ainsi que l'éducation prothétique du patient, sont de la responsabilité professionnelle exclusive de l'audioprothésiste.

Recommandation I.05.93

L'AA. recommande :

1) que le compte-rendu de l'appareillage auditif d'un patient soit idéalement adressé par l'audioprothésiste à chacun des thérapeutes qui a en charge ce patient : médecin ORL, pédiatre, médecin de famille, gériatre, orthophoniste, etc.

2) que le compte-rendu d'appareillage fasse idéalement référence aux divers points suivants :

- renseignements d'état civil

- liste des thérapeutes

- résumé de l'anamnèse

- résultats du bilan d'orientation prothétique tonal
- résultats du bilan d'orientation prothétique vocal
- le choix prothétique précisant
 - . méthodologie employée
 - . type d'appareillage (mono, stéréo...)
 - . mode d'appareillage (V.A., C.O.)
 - . type d'appareil (contour, intra...)
 - . type d'embout auriculaire
 - . réglage du trimer ou valeurs de programmation
 - . gain potentiométrique pour une fréquence de référence et un intensité d'entrée donnée
- résultats des mesures in vivo
- résultats du bilan d'efficacité prothétique tonal
- résultats du bilan d'efficacité prothétique vocal dans le silence
- résultats du bilan d'efficacité prothétique vocal dans le bruit
- résultats du bilan de stéréaudiométrie.

3) que le compte-rendu d'appareillage formule une indication pronostique sur le résultat de la correction prothétique et le temps d'adaptation

4) que les limites éventuelles de l'appareillage soient consciencieusement précisées en fonction des critères observés pendant toute la démarche prothétique, à savoir en particulier :

- importance de la perte auditive
- durée de la privation sensorielle
- dissymétrie inter auriculaire
- limite de l'intelligibilité, etc.

mais aussi :

- problèmes de vision
- problèmes moteurs
- troubles de la mémoire immédiate
- discrimination temporelle pathologique, etc.

Dans ce cas, le compte-rendu doit préciser les conseils pour atteindre à terme le résultat limité mais attendu.

Recommandation I.6.93

Sauf en cas de contre-indication clinique, il est absolument nécessaire de corriger de façon binauriculaire toute surdité bilatérale corrigible binauricalement afin d'éviter les effets pervers de la privation sensorielle sur l'oreille négligée.

Cette correction prothétique doit être idéalement binauriculaire stéréophonique.

Résolution 1.7.96

Standard international de l'appareillage auditif dans l'Union européenne.

Préambule

Est audioprothésiste celui qui, sur base d'une formation audio-acoustique complète, pratique la correction des déficiences de la fonction auditive par des dispositifs mécaniques et électro-acoustiques suppléant à ces déficiences. (Code de déontologie européen adopté par l'AEA en 1988)

La correction de la déficience auditive à l'aide d'appareils de correction auditive dit "appareillage" comprend :

- le choix,
- l'adaptation,
- le contrôle d'efficacité immédiate et la délivrance de l'appareil de correction auditive,
- l'éducation prothétique du déficient de l'ouïe comprenant l'accompagnement humain et le soutien psychologique,
- le contrôle de la permanence de l'efficacité de l'appareil de correction auditive ainsi délivré.

(Code de déontologie européen adopté par l'AEA en 1988)

La vente d'appareils de correction auditive ne peut être dissociée de l'appareillage réalisé par l'audioprothésiste, tel qu'il est défini dans les termes de cette résolution compte tenu :

d'une part, des risques audiologiques et des risques sur la santé en général que représenterait pour un patient le port incontrôlé d'un appareil de correction auditive du fait

1) d'une éventuelle sur-correction générale ou de certaines zones fréquentielles avec possibles traumatismes sonores

2) d'une éventuelle sous-correction générale ou de certaines zones fréquentielles avec les conséquences liées à la privation sensorielle

et d'autre part,

des limitations éventuelles non seulement de l'intelligibilité des patients, mais aussi de l'acquisition du langage chez l'enfant n'ayant pas bénéficié d'une correction auditive de qualité.

L'appareillage doit être effectué sous la responsabilité entière et en présence effective et physique de l'audioprothésiste.

I - Le choix

Le choix des appareils de correction auditive nécessite de pratiquer

- une anamnèse
- une otoscopie
- un bilan d'orientation prothétique pour aboutir à la décision d'appareillage, à la prise d'empreinte et au choix de la coque ou de l'embout.

Cet ensemble permet d'effectuer le choix prothétique.

I.1 - L'anamnèse

L'anamnèse comprend une interrogation du patient et de ses accompagnants éventuels au minimum sur les points suivants :

I.1.a : Anamnèse de l'adulte

- exposition au bruit
- antécédents familiaux
- antécédents ORL
- autres antécédents
- état général et en particulier :
 - . acuité visuelle
 - . latéralité
 - . fatigabilité
 - . nervosité, anxiété
 - . phénomènes allergiques
- histoire de la surdité

- difficultés de compréhension
- troubles de la localisation spatiale
- conditions de vie
- appareillage auditif précédent :
 - . étude acoustique de l'appareillage
 - . temps de port
 - . niveau de satisfaction

I.1.b : Anamnèse de l'enfant

- antécédents familiaux
- fratrie
- grossesse
- accouchement
- antécédents ORL
- réactions auditives
- localisation sonore spatiale
- autres antécédents
- état général et en particulier
 - . maladies infantiles
 - . interventions chirurgicales
 - . acuité visuelle
 - . phénomènes allergiques
- développement psychomoteur
- langage apprentissage et rééducation
- caractère - comportement
- historique de la surdité
- conditions de vie
- scolarisation
- appareillage auditif précédent :
 - . étude acoustique de l'appareillage
 - . temps de port
 - . niveau de satisfaction

I.2. L'otoscopie

L'otoscopie exige :

- 1) L'observation des conduits auditifs externes, des pavillons et des zones rétro auriculaires,
- 2) La palpation des pavillons pour détermination de la rigidité des cartilages.

I.3. Le bilan d'orientation prothétique

Le bilan d'orientation prothétique se compose de 3 éléments :

1) Tonal

Comprend au minimum

Au niveau liminaire :

- Voie aérienne et Conduction osseuse
- Sans ou avec assourdissement

Au niveau supra liminaire :

- Seuils Subjectifs d'Inconfort
- Et éventuellement :

- . Seuils Subjectifs de Confort
- . Distorsions d'intensité
- . Distorsions de hauteur
- . Distorsions de temps
- . Acouphènes

2) Vocal

Comprend au minimum :

L'étude au minimum de la compréhension d'une phrase ou d'un mot et idéalement de l'intelligibilité phonétique.

- en audition binaurale,
- oreille par oreille,
- avec ou sans labiolecture,

à des niveaux d'intensité allant du confort vocal au maximum supportable, en utilisant des listes de :

- phrases.
- mots,
- paires minimales,
- logatomes,
- mots sans signification.

Pour chaque oreille, la mesure du

- seuil Subjectif de Confort Vocal (SSCV),
- maximum acceptable vocal (MAV).

3) Examens éventuels complémentaires à visée pronostique :

Etude acoustique :

Temps de réponse vocal : lent, normal, rapide

Discrimination temporelle : clics, tone burst...

Sélectivité fréquentielle : courbes psycho-acoustiques d'accord

Etude comportementale :

Mesure de la mémoire à court terme

Observation de l'attention

Observation de la fatigabilité

Observation de l'anxiété, de la nervosité

Evaluation de la motivation pour l'appareillage

I.4. La décision d'appareillage

La décision d'appareillage porte sur :

- le Mode
 - . monaural - binaural
 - . monostéréophonique - stéréophonique
 - . CROS et dérivés
- la Voie
 - . voie aérienne
 - . conduction osseuse
 - . vibrotactile
- le Type :
 - . boîtier, lunette, contour

- . intra-conque, intra-canal
- . intra-profond
- le Traitement du signal :
 - . analogique
 - . numérique
- Autres
- . masqueur d'acouphènes, etc.

I.5. La prise d'empreinte

La prise d'empreinte exige la procédure suivante :

- otoscopie,
- mise en place d'un ou plusieurs protecteurs de la membrane tympanique.
- mise en place d'un ou plusieurs obturateurs en cas d'évidemment pétro-mastoïdien,
- choix de la pâte d'empreinte (prise rapide. prise lente...)
- prise d'empreinte profonde par injection.

I.6. Le choix du type de coque ou d'embout

Porte sur les points suivants :

- matière
- forme
- longueur (nécessité de marquage du trait de coupe)
- venting (forme et diamètre)
- cavités
- filtres
- effet de cor, etc.

I.7. Le choix prothétique

Le choix de l'appareillage est effectué par l'audioprothésiste en fonction des besoins de son patient et de l'ensemble des actions citées précédemment.

Il faut distinguer le cas d'un premier appareillage et celui d'un renouvellement.

a) Cas d'un premier appareillage

al) Cas d'un contour

Nécessité d'une méthode de choix prothétique

Définition des spécifications

- Puissance souhaitée
- Taille normale ou mini-contour
- Choix du circuit : linéaire, compression ODC. compression IDC. K-AMP, etc.
- Niveau de sortie maximum souhaité
- Conventionnel ou programmable
- Analogique ou numérique
- Monocanal ou multicanaux
- Avec ou sans télécommande
- Avec ou sans bobine d'écoute
- Avec ou sans prise audio
- Avec ou sans potentiomètre de volume, etc.

a2) Cas d'un intra-auriculaire

Nécessité d'une méthode de choix prothétique

Définition des spécifications

- Intra conque, intra canal, intra profond...
- Type d'intra : sur mesure ou modulaire
- Conventionnel ou programmable
- Analogique ou numérique
- Choix du circuit: linéaire, compression ODC, compression IDC. K_AMP, etc.
- Point d'enclenchement de la compression
- Potentiomètre normal ou à vis
- Gain souhaité par fréquence
- Niveau de sortie maximum souhaité
- Type et taille de ventilation
- Longueur du conduit
- Options : tonalités, point d'enclenchement réglable de la compression, temps d'attaque et de retour de la compression, écrêtage réglable, niveau de sortie maximum réglable, etc.

b) Cas du renouvellement d'un appareillage

Selon la qualité de l'appareillage précédent, des résultats obtenus et de la capacité d'adaptation du patient à un nouveau type de correction,

- soit démarche identique à celle d'un premier appareillage
- soit choix d'un appareillage à paramètres identiques à l'appareillage précédent

II - L'adaptation

La mise en place de l'appareillage sur le patient, appelée "adaptation" nécessite :

- l'adaptation des embouts
- l'adaptation des appareils
à l'anatomie du patient.

III - Le contrôle d'efficacité immédiate et la délivrance de l'appareillage de correction auditive

III.1. Le contrôle d'efficacité immédiate

Le contrôle d'efficacité immédiate comprend les examens suivants, effectués entre autres à l'aide d'adaptations comparatives :

- Examens objectifs mesures in vivo,
- Examens subjectifs

a) Audiométrie tonale en champ libre à l'aide d'un stimulus autre que la fréquence pure non volubée :

- seuils prothétiques
 - . en audition binaurale,
 - . oreille par oreille
- champs dynamiques :
 - . en audition binaurale,
 - . oreille par oreille

b) Audiométrie vocale en champ libre :

Etude au minimum de la compréhension d'une phrase ou d'un mot et idéalement de l'intelligibilité phonétique

- en audition binaurale
- oreille par oreille
- avec ou sans labiolecture.

à des niveaux d'intensité au minimum de voix moyenne et idéalement de la voix chuchotée à la voix forte, avec observation du temps de réponse vocal : lent, normal, rapide.

c) Stéréaudiométrie

- localisation sonore spatiale
- . oreilles nues
- . oreille par oreille appareillée
- . les deux oreilles appareillées
- discrimination dans le bruit.

III.2. La délivrance de l'appareil de correction auditive

La délivrance de l'appareil de correction auditive :

- Exige la formation du patient à :
 - . l'emploi de son appareillage
 - . sa manipulation.
 - . son fonctionnement.
 - . son entretien.
- Oblige à donner toutes les indications nécessaires pour la première période de port et aussi d'adaptation jusqu'au 1^{er} rendez-vous de contrôle de la permanence de l'efficacité prothétique.

IV - L'éducation prothétique du déficient de l'ouïe comprenant l'accompagnement humain et le soutien psychologique

L'éducation prothétique comprend entre autres :

- les conseils d'utilisation, d'entretien et d'hygiène
- la présentation des aides à la communication (télévision, téléphone, radio, HF...)
- la présentation des aides à la vie quotidienne (réveils, rappels de sonnerie, sous-titrage télévision, boîtes aux lettres informatiques...)
- le training auditif pour aider à l'adaptation prothétique.

L'éducation prothétique permet le soutien psychologique du patient appareillé et l'accompagnement humain du patient et de son entourage.

L'éducation prothétique doit se faire en relation avec l'équipe thérapeutique :

- médecin ORL, médecin traitant... pour l'adulte,
- mais aussi pédiatre, orthophoniste, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute... pour l'enfant.

V - Le contrôle de la permanence de l'efficacité prothétique de l'appareil de correction auditive délivré

Le contrôle de la permanence de l'efficacité prothétique nécessite une périodicité des contrôles ajustée en fonction du cas de chaque patient.

Ces contrôles seront plus fréquents tant que l'adaptation à l'appareillage n'est pas satisfaisante.

Ils comprennent le contrôle technique et l'entretien des appareils ainsi que le renouvellement éventuel des embouts auriculaires.

Les tests utilisés lors de ces contrôles sont les mêmes que ceux utilisés lors du contrôle d'efficacité immédiate.

Résolution II.1.85

Les connaissances et les moyens d'investigations actuels ne permettent pas, a priori, de déterminer sans risques d'erreurs les caractéristiques d'un appareillage. S'il y a prescription médicale, délivrée à un malade à l'usage de l'audioprothésiste, elle ne peut dans ce cas qu'être une non contre-indication à port de l'appareillage.

Résolution II.02.86.

L'intra-conduit ou l'intra-canal est une forme d'appareillage qui se développe de plus en plus. Compte tenu des caractéristiques particulières de cet appareillage, l'AEA recommande aux audioprothésistes, pour réaliser l'adaptation optimale, d'observer attentivement le choix de la courbe d'amplification, la prise d'empreinte, l'adaptation de l'intra-conduit et le test d'efficacité.

L'intra-conduit ne peut être standardisé dans son adaptation, même si sa fabrication est aujourd'hui standardisée pour une meilleure fiabilité du produit. Il nécessite pour une bonne réhabilitation, une prise d'empreinte du conduit auditif externe et une réalisation sur mesure.

C'est à travers un travail minutieux et rigoureux que l'audioprothésiste gardera le contrôle de ses adaptations.

Résolution II.03.88.

Code de déontologie européen

A. Statut et formation de l'audioprothésiste

Est audioprothésiste celui qui, sur base d'une formation audio-acoustique complète, pratique la correction des déficiences de la fonction auditive par des dispositifs mécaniques et électro-acoustiques suppléant à ces déficiences.

Ses attributions s'étendent à la protection des nuisances d'origine acoustique et à la protection de la fonction auditive contre les effets du bruit.

Pour exercer sa profession, l'audioprothésiste a besoin d'une formation professionnelle spécifique qu'il pourra obtenir en suivant les cours équivalents à ceux préconisés par la Communauté européenne.

L'audioprothésiste pratique sa profession sous sa propre responsabilité, dans le respect de la législation en vigueur dans son pays.

B. Les domaines d'activités professionnelles

Ses activités professionnelles consistent dans :

1. La correction des déficiences auditives s'opère soit à l'aide de dispositifs individuels, en particulier par des appareils de correction auditive, soit à l'aide de dispositifs à usage collectif.

1.1. La correction de la déficience auditive à l'aide d'appareils de correction auditive, dit "appareillage" comprend le choix, l'adaptation, le contrôle d'efficacité immédiate et la délivrance de l'appareil de correction auditive, l'éducation prothétique du déficient de l'ouïe comprenant l'accompagnement humain et le soutien psychologique et le contrôle de la permanence de l'efficacité de l'appareil de correction auditive ainsi délivré.

1.1.1. Le choix de l'appareil de correction auditive appelle une suite d'opérations tendant à la sélection et à l'application rationnelles de celui-ci et comportant donc nécessairement :

1.1.1.1. La mesure, l'évaluation ou l'appréciation des caractéristiques physio-acoustiques et psycho-acoustiques de l'organe de l'audition, utiles à l'appareillage comme par exemple les différents seuils (seuils de perception, d'intelligibilité, d'inconfort, seuils différentiels, etc.), la dynamique et l'étendue du champ auditif, les diverses distorsions (cochléaires, spatio-temporelles, etc.), la mesure in vivo de l'efficacité de transmission de l'appareil, par la pratique de l'acoumétrie et de l'audiométrie ou de toute autre technique audiologique.

1.1.1.2. La détermination des spécifications optimales de correction (gain acoustique, niveau de saturation, courbe de réponse, limitations, distorsions, etc.) appropriées aux caractéristiques énumérées en 1.1.1.1.

1.1.1.3. La détermination des modalités d'appareillage (forme de l'appareil, voie de transmission, mode stéréophonique ou à défaut monophonique et, dans ce dernier cas, choix de l'oreille, etc.). La programmation, le maintien et la réparation d'appareils auditifs programmables et d'implantations servant à améliorer la fonction auditive.

1.1.2. L'adaptation de l'appareil de correction auditive comprend toutes les opérations qui ont pour but l'appropriation de l'appareil au déficient de l'ouïe telles que :

- la prise d'empreinte des pavillons et des conduits auditifs externes,
- la confection, l'assemblage et l'ajustage mécanique et acoustique des embouts auriculaires et des coques sur tous les différents types d'appareils de correction auditive,
- la mise en place de l'appareil, le réglage et l'ajustage de ses organes et de son fonctionnement, etc.

1.1.3. Le contrôle de l'efficacité immédiate de l'appareil de prothèse auditive a pour but de s'assurer de la pertinence du choix et de l'adaptation de l'appareil et d'évaluer la correction obtenue ou la transformation des signaux acoustiques en signaux perceptibles par les autres sens pour faciliter la compréhension tactile de la parole.

Il s'effectue à l'aide de tous moyens et procédés susceptibles d'apprécier comparativement le comportement auditif du déficient de l'ouïe avant et après l'adaptation de l'appareil.

1.1.4. La délivrance de l'appareil auditif englobe tous les actes conférant au déficient de l'ouïe le libre usage de l'appareil de correction auditive qui lui est destiné, actes pouvant être de caractère technique, administratif, commercial et social.

1.1.5. L'éducation prothétique du déficient de l'ouïe concerne l'adaptation de celui-ci à son appareil et consiste dans l'assistance nécessaire à la mise en œuvre optimale de l'appareil. Elle comporte, en particulier pour le sourd adulte, l'entraînement facilitant la réadaptation de sa perception aux nouvelles conditions créées par son appareil.

1.1.6. Le contrôle de la permanence de l'efficacité de l'appareil auditif exige des vérifications périodiques, de l'état de l'appareil, de son adaptation, du résultat de la correction auditive réalisée et des sources d'énergies, ainsi que des réparations nécessaires.

1.2. L'adaptation et le contrôle d'efficacité immédiate et permanente des appareils et dispositifs à usage collectif, tels que ceux utilisés pour l'éducation des enfants déficients auditifs, sont également de l'apanage exclusif de la profession d'audioprothésiste.

2. La protection de la fonction auditive contre les effets du bruit implique la qualification de l'audioprothésiste pour toutes les opérations de mesure et d'appréciation du bruit ainsi que de sa compétence pour le choix et l'adaptation des moyens de protection, individuels et collectifs, de la fonction auditive.

C. Les devoirs généraux de l'audioprothésiste

1. L'audioprothésiste doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de la profession, de tout agissement de nature à déconsidérer celle-ci.

2. L'audioprothésiste doit assister toute personne souffrant d'une déficience auditive avec la même conscience professionnelle, quelle que soit la situation sociale du patient et les sentiments personnels qu'il éprouve à son égard.

3. Il s'engage à garantir au malentendant l'assistance nécessaire pour effectuer l'appareillage dans les meilleures conditions, en respectant le plus grand secret sur tout ce qu'il a pu voir ou entendre se rapportant à l'intéressé.

D. L'éthique professionnelle

L'audioprothésiste exercera sa profession avec le seul souci de rencontrer le bien du malentendant.

1. Rapports avec les médecins

1.1. L'audioprothésiste s'interdit tout agissement tendant à se substituer aux médecins, notamment en formulant des diagnostics ou en proposant ou conseillant des traitements médicaux.

Il s'abstiendra de toute intervention en dehors de sa compétence professionnelle vis-à-vis de médecin, ou de tiers.

1.2. En fonction des circonstances, l'audioprothésiste conseillera au malentendant qui ne l'aurait pas fait, de consulter un médecin.

1.3. L'audioprothésiste, comme le médecin, doit refuser toute prestation qui occasionnerait des actes contraires à l'éthique de sa profession.

Il s'abstiendra de toute forme de dichotomie et de compérage vis-à-vis des médecins ou de tiers appartenant aux professions de santé.

1.4. S'il y a prescription médicale préalable, l'audioprothésiste s'engage à mettre à la disposition du médecin tous les documents nécessaires et admis.

2. Rapports avec la clientèle

2.1. L'audioprothésiste aura toujours à l'esprit qu'il doit mettre ses connaissances au service des personnes ayant une déficience auditive.

2.2. Dans ses relations avec sa clientèle, l'audioprothésiste fera preuve de réserve en usant de tact et de psychologie. En toutes occasions, il sera prudent, calme et compréhensif. La confiance du patient dans l'audioprothésiste est un élément essentiel de la profession.

2.3. L'audioprothésiste s'engage à aider le client en lui offrant la meilleure solution disponible jusqu'à l'obtention de l'appareillage optimal.

L'audioprothésiste fournira toutes les indications nécessaires à la bonne utilisation de l'appareil de correction auditive et donnera les instructions indispensables pour l'efficacité permanente de l'appareil.

2.4. A la demande du patient, l'audioprothésiste lui transmettra toutes les données techniques de son appareillage.

2.5. Il est interdit à l'audioprothésiste de gagner ou de tenter gagner des patients au moyen de don de toutes sortes, directs ou indirects, de la part des tiers.

3. Rapports avec les confrères

3.1. Les audioprothésistes doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité.

3.2. Il est interdit de calomnier un confrère ou un collègue, de se faire l'écho de propos capables de lui nuire. Il est de bonne confraternité de prendre la défense d'un audioprothésiste injustement dénigré.

3.2. Le détournement ou toute tentative de détournement illégal de la clientèle d'un confrère est strictement interdit.

E. La publicité

L'audioprothésiste qui souhaite faire de la publicité le peut en fonction du code de déontologie de la publicité.

Il doit toutefois :

1. s'imposer à ne pas employer des termes ou des phraséologies susceptibles de provoquer des espérances illusoires auprès du public.
2. s'abstenir d'affirmer une exclusivité de produit, de méthode ou de service qui ne soit pas réel dans les faits ou qui ne soit pas démontrable objectivement.
3. éviter toute publicité (références, notes ou appréciations) qui puisse créer une image négative de la surdité.
4. éviter des symboles, des phrases, des dénominations, des marques qui puissent être mal interprétés, et ainsi déprécier la profession et le monde médical ou encore prêter à équivoque au niveau du public.
5. l'indication éventuelle du prix des appareils sera soumise à la législation nationale en vigueur.

Résolution III.01.82

L'assemblée de l'AEA approuve à l'unanimité de ne pas dissocier le coût de l'aide auditive et des services rendus. Dans un système libéral et de libre concurrence souhaitée par la profession, le coût total doit être en relation avec la prestation de l'audioprothésiste et établi sous sa seule responsabilité.

Résolution III.02.85

Les organisations professionnelles de l'AEA sont d'avis que dans l'intérêt du malentendant, l'application audioprothétique ne peut s'exercer que sous la responsabilité pleine et entière de l'audioprothésiste, sans tutelle d'organisme public, sous quelques formes juridiques que ce soit et conformément à la réglementation en vigueur du pays concerné.

L'AEA ne conçoit l'exercice professionnel que comme un exercice libéral et privé. La profession d'audioprothésiste ne peut être exercée que par les seuls détenteurs du diplôme d'audioprothésiste, avec la sauvegarde des situations acquises du droit d'exercer reconnues lors de la promulgation de la loi.

L'AEA s'opposera à toute tentative de détournement de cet exercice par toute profession que ce soit.

Résolution III.03.95

Rôle de l'audioprothésiste dans l'équipe d'implantation cochléaire

1. Dans le bilan pré-implantation cochléaire

L'AEA considère que, lors du bilan de pré-implantation cochléaire, l'audioprothésiste doit effectuer une tentative d'appareillage auditif par tous les moyens à sa disposition et faire réaliser, à un patient adulte candidat à l'implantation, un port prothétique de l'ordre d'un mois avant de rendre compte à l'équipe d'implantation des résultats éventuels de la correction prothétique effectuée ou, au contraire, de l'inefficacité de celle-ci.

Pour tenir en compte le processus d'acquisition spontanée du langage, lié, chez un enfant entendant, à l'évolution de la maturation du système nerveux central depuis la naissance jusqu'à 4 ans environ :

- dans le cas où le candidat à l'implantation cochléaire serait un enfant en très bas âge (moins de 1 an), porteur d'une surdité a priori congénitale ou post-natale précoce, l'AEA estime que la durée de port de l'appareillage conventionnel doit être de l'ordre de 1 an avant toute décision d'implantation ;
- dans le cas d'un enfant en bas âge (1 à 3 ans), porteur d'une surdité acquise très précocement après la naissance, la durée du port d'essai doit être au minimum de 6 mois ;
- dans le cas d'une surdité acquise au-delà de 1 an, dépistée rapidement et corrigée prothétiquement de suite, la durée peut être éventuellement réduite à 3 mois.

Pour porter jugement sur l'efficacité de la correction prothétique réalisée chez ces enfants, il est impératif que la correction prothétique s'ajoute, pendant toute la période de stimulation acoustique conventionnelle et/ou tactile et/ou de transposition ou d'ajout fréquentiel, une rééducation orthophonique intense ainsi qu'un suivi audiophonologique régulier. Vouloir juger d'un appareillage non suivi de ces accompagnements techniques pour décider d'une implantation serait critiquable.

2. Dans la phase de post-implantation cochléaire

L'AEA considère que, d'une part, les réglages et la maintenance du processeur extérieur, ainsi que l'éducation prothétique du patient implanté, sont de la responsabilité professionnelle entière de l'audioprothésiste et que, d'autre part, le contrôle immédiat et permanent de l'efficacité du processeur extérieur doit être effectué par l'audioprothésiste en permanente liaison avec les responsables de la rééducation du patient implanté.

Conséquent à ces résolutions. L'AEA s'inquiète de l'existence d'équipes pluridisciplinaires d'implantation cochléaire ne disposant pas d'audioprothésiste et recommande aux responsables de ces équipes de renforcer leur efficacité par l'adjonction d'un audioprothésiste.

Résolution III.04.96

L'AEA estime que la vente d'appareils de correction auditive ne peut être dissociée de l'appareillage réalisé par l'audioprothésiste, tel qu'il est défini dans les termes de la résolution sur le Standard International de l'Appareillage Auditif dans l'Union européenne compte tenu :

d'une part,

des risques audiologiques et des risques sur la santé en général que représenterait pour un patient le port incontrôlé d'un appareil de correction auditive du fait :

1) d'une éventuelle sur-correction générale ou de certaines zones fréquentielles avec possibles traumatismes sonores

2) d'une éventuelle sous-correction générale ou de certaines zones fréquentielles avec les conséquences liées à la privation sensorielle

et d'autre part,

des limitations éventuelles non seulement de l'intelligibilité des patients, mais aussi de l'acquisition du langage chez l'enfant n'ayant pas bénéficié d'une correction auditive de qualité.

Résolution IV.01.82

Formation et caractère paramédical-technique de la profession

Le programme de formation pour l'enseignement de l'audioprothésiste doit comprendre au minimum les matières suivantes (comme précisées dans le mémorandum de l'AEA)

- mathématiques
- statistique appliquée aux sciences humaines
- physique
- physique acoustique
- électrostatique
- électromagnétique
- électrotechnique
- électroacoustique
- sonométrie
- cybernétique
- informatique
- biophysique
- phonologie
- psychiatrie
- neurologie
- psychologie
- audiovisuel
- technologie de la prothèse auditive
- théorie et pratique de l'appareillage
- technologie de l'embout
- protection contre le bruit
- législation professionnelle et sociale
- déontologie
- droit commercial
- gestion des entreprises.

En fonction des résolutions IV.01.82 et VI.01.83, l'AEA considère que la formation des audioprothésistes doit être faite dans le cadre d'unités d'enseignement technique, des Facultés de sciences développant un cursus dans les matières désignées ci-dessus, ou dans des écoles professionnelles créées à cet effet.

Résolution IV.02.89

Projet de standardisation du programme d'enseignement

A. Matière

1. Bases théoriques

1.1. Domaine médical

- anatomie, physiologie et pathologie de l'oreille et de l'appareil phonatoire
- neurologie
- psychologie
- allergologie

1.2. Connaissances de base scientifiques et mathématiques

- mathématiques
- informatique
- physique
- chimie
- biologie
- phonétique

1.3. Acoustique

- acoustique générale
- électroacoustique
- sonométrie

1.4. Matières techniques

- électrotechnique
- électronique
- dessin technique
- normes de calibrage
- instruments de mesures

1.5. Matières plastiques et leur transformation

- connaissance des matériaux
- construction de l'autoplastique
- techniques de laboratoire

1.6. Gestion d'entreprises

- organisation
- finances
- droit
- formation du personnel

2. Connaissances et aptitudes pratiques

2.1. Etude des appareils auditifs et des instruments de mesure

- technologie
- mesure des caractéristique
- normes

2.2. Explorations pré-prothétiques

- anamnèse
- appréciation de la fonction auditive (audiométrie tonale et vocale, liminaire et supraliminaire)
- mesures in situ et in vivo
- autres mesures subjectives et objectives nécessaires pour l'appareillage
- choix du mode d'appareillage

2.3. Méthodologies de choix d'appareillage

2.4. Adaptation prothétique

- otoscopie
- prise d'empreinte
- confection de l'autoplastique (variantes, formes spéciales)
- modifications de l'autoplastique
- modifications de l'appareil intra
- contrôle in vivo
- essais en champ libre avec interlocuteur ou signaux sonores, avec ou sans brouillage
- tests d'orientation

2.5. Education prothétique

2.6. Suivi prothétique

2.7. Protection de la fonction auditive

- étude des instruments
- mesure du bruit
- moyens de protection
- . contre le bruit
- . contre les nuisances acoustiques

2.8. Psychologie pratique

- comportement vis-à-vis du malentendant
- psychologie de vente

2.9. Déontologie

2.10. Stages (séminaires et exercices pratiques)

B Organisation des études

Cette formation devrait être organisée en trois années d'études supérieures et devrait être accessible aux porteurs d'un diplôme d'études secondaires (bac). Chaque année devrait comporter au minimum 1 000 heures de cours et stages.

Recommandation IV.03.91

Etant donné la technique particulière de prise d'empreinte péritympanique, l'AEA recommande aux représentations nationales de mettre sur pied sans attendre et au plus

tard dans les 6 mois, une formation spécifique afin de préparer les audioprothésistes à ces techniques.

Recommandation V.01.85 + 03.92.

En l'état actuel de la technologie, l'AEA préconise un inventaire minimum de l'installation et des matériels dont doit disposer l'audioprothésiste pour exercer sa profession.

a) Pour l'appareillage de l'adulte

1. Une pièce suffisamment calme et/ou une cabine audiométrique permettant les examens nécessaires à l'adaptation audioprothétique.

N.B. : En Allemagne, au Danemark, en France et en Hollande, le niveau de bruit de fond doit être inférieur à 40 dBA.

2. Un audiomètre clinique tonal et vocal qui permet

- En audiométrie tonale, d'atteindre un niveau sonore de 120 dB HTL minimum de 1000 à 4000 Hz.

- En audiométrie vocale, d'atteindre un niveau sonore de 100 dB HTL minimum, avec 2 canaux et 2 haut-parleurs. Il doit être possible de travailler avec un CD ou un matériel DHT.

Ces deux audiomètres peuvent être séparés.

3. Un instrument de mesure permettant de contrôler les appareils de correction auditive en concordance avec la norme DIN-IEC 118.0 à 7 et un matériel de mesure in vivo.

4. Un impédancemètre pour mesurer le volume du conduit auditif externe et réaliser le test de Metz.

5. Un sonomètre de précision permettant d'effectuer des mesures en dB linéaires ou en dB pondérés A.

6. Un multimètre permettant de mesurer entre 2 mA et 5 A au minimum.

7. Une installation pour les tests d'adaptation binaurale.

8. Un stock d'aides auditives pour répondre aux différents cas de surdité

9. Le matériel et les instruments nécessaires à la prise d'empreinte, à savoir :

- un otoscope avec divers spéculum

- un bâton lumineux

- des tampons de protection pour prise d'empreintes (différents calibres)

- une paire de ciseaux

- une seringue pour prise d'empreintes

- du produit de nettoyage pour seringue

- des pâtes pour prise d'empreintes présentant des coefficients de résistance inférieurs et ou supérieurs à 1 %.

10. Un appareil de contrôle permettant de déterminer l'étanchéité des embouts.

11. Un kit de démonstration pour les accessoires de télévision, radio, magnétoscope...

12. Des pièces de rechange pour la réparation des appareils auditifs et notamment les composants de l'amplification à savoir : les résistances, condensateurs, transistors, diodes,

circuits intégrés, transducteurs de tous genres, potentiomètres. coudes avec ou sans filtre, interrupteurs...

13. Les outils repris ci-après sont conseillés : set de tournevis

Résolution V.02.86

L'AEA constate qu'il existe différents appareils de mesure in vivo. Ces matériels complémentaires permettent d'apprécier les caractéristiques acoustiques des aides auditives proposées au déficient auditif. L'utilisation de ces matériels pour l'appareillage est du ressort de l'audioprothésiste qui doit les utiliser avec grande rigueur technique.

Recommandation VI.01.83

L'AEA a constaté qu'en Europe, lors de l'établissement des lois réglementant l'exercice de la profession d'audioprothésiste, les situations acquises ont toujours été reconnues et sauvegardées. L'AEA recommande donc que soit reconnue audioprothésiste toute personne pouvant justifier avoir régulièrement appareillé les déficients auditifs pendant un minimum de cinq années sans interruption à la date de la promulgation de toute loi nationale réglementant la dite profession. Un examen probatoire pour les personnes qui pratiquent l'appareillage sans remplir ces conditions serait nécessaire pour leur reconnaître la situation acquise.

Recommandation VI.02.98

Suite à la directive européenne 93/42/CEE relative aux dispositifs médicaux, qui sera d'application dans tous les pays de l'Union européenne à partir du 14 juin 1998, l'AEA signale :

- 1) qu'à partir de cette date, tous les appareils auditifs mis en service, avec ou sans remboursement des caisses sociales, doivent porter la marque CE et être adaptés par les audioprothésistes ;
- 2) que l'adaptation d'un appareil auditif en fonction des données audiologiques et anatomiques d'une personne n'est pas considérée comme une étape de la fabrication d'un dispositif médical ;
- 3) que l'audioprothésiste adaptant, conformément à leur destination, les appareils auditifs pour un patient individuel, est responsable de cette adaptation. Il est également responsable de l'embout ou de la coque d'intra, accessoire sur mesure, même si leur fabrication est faite dans un laboratoire extérieur ;
- 4) qu'en vertu de ses qualifications professionnelles, l'audioprothésiste est le prescripteur du dispositif ;
- 5) que si l'audioprothésiste réalise un appareil auditif à partir de composants de base et non à partir d'un "composant électronique complet" (incluant microphone, amplificateur et écouteur) marqué CE, il est alors considéré comme fabricant et soumis aux mêmes obligations que ces derniers.