

Technicien-ne en radiologie médicale : quelle implication relationnelle ?

Résumé :

Cette étude montre que le technicien en radiologie médicale¹ vit avec les patients qu'il rencontre une relation de type événementielle. Il dispose d'un temps restreint aussi bien pour accompagner le patient que pour exploiter les possibilités des appareils à sa disposition.

Dans ce cadre, nous avons cherché à savoir ce qu'attendaient les patientes ayant subi une mammographie de la part des TRM : des compétences techniques uniquement ? Ou également des compétences sociales, relationnelles ?

Nous avons mis en évidence que les patientes n'avaient pas de craintes vis-à-vis de l'appareillage et de la technique, contrairement à nos préconceptions.

Il émerge également un rôle encore peu conscientisé pour le TRM : son rôle « d'accompagnant », de « passeur ».

Le TRM a là un champ à investir qui viendra enrichir sa pratique.

Mots-clés :

- Technicien en radiologie médicale
- Compétence sociale
- Relations
- Attente des patientes
- Rite de passage

¹ Désormais, nous écrirons TRM.

TABLE DES MATIERES :

Prologue

Introduction

1. De la problématique à la phase exploratoire
 - 1.1. Problématique
 - 1.2. Phase exploratoire de terrain
 - 1.3. Phase exploratoire documentaire -« élément renforçateur »
 - 1.4. Réflexion au terme de l'exploitation de ces données
 - 1.5. Nouvelle orientation de la recherche
2. Quelques caractéristiques de la relation TRM – patient
 - 2.1. Historique de la profession TRM
 - 2.2. Le champ relationnel du TRM
3. Regard ethnologique
 - 3.1. Rites de passage et radiologie
 - 3.2. L'hôpital entre ordre et désordre
4. Lieux d'investigation et commissions d'éthique
 - 4.1. Commissions d'éthique
 - 4.2. Exploitation des données
 - 4.2.1. Méthodologie
5. Analyse des résultats
 - 5.1. Contenu des grands thèmes
 - 5.1.1. Effet Damoclès
 - 5.1.2. Histoire de vie
 - 5.1.3. Le temps
 - 5.1.4. Etre et faire
 - 5.1.5. Dire
 - 5.1.6. L'espace
 - 5.1.7. Autre
 - 5.2 Brefs commentaires
6. Exploitation des interviews

Conclusions

Bibliographie

Annexes

PROLOGUE :

Cet article fait suite à une recherche effectuée dans le cadre d'une formation organisée conjointement par l' IRSP (Institut Romand des Sciences et des Pratiques de la santé et du social) à Lausanne (Suisse), et par l'Université de Savoie à Chambéry (France).

Il a permis aux 4 étudiants-chercheurs² qui l'ont rédigé de valider cette formation et d'obtenir le diplôme d'université en Ingénierie de la recherche appliquée en santé et en soins.

En tenant compte du thème du diplôme universitaire 2004 – 2005 « Vivre et travailler ensemble » et en partant du principe que le TRM, au travers de son activité, contribue à prendre soin des patients, notre groupe des quatre étudiants-chercheurs s'est formé pour se pencher sur ce point.

Ce groupe de recherche avait comme challenge d'associer les compétences techniques et méthodologiques avec les compétences sociales et relationnelles. Communément, les premières étant du ressort des TRM et les secondes attribuées spécifiquement aux soins infirmiers.

INTRODUCTION :

Historiquement³, la profession de TRM s'attachait à assurer la bonne utilisation des installations que l'on trouve dans une salle de radiologie. On attend de lui avant tout qu'il sache exploiter ces appareils, qu'il produise de bonnes images.

Mais qu'en est-il de la relation que le TRM établit avec les patients qui viennent passer un examen ? Est-elle anecdotique, insignifiante, ou peut-on lui reconnaître une place significative ?

Lorsque l'on interroge les TRM, la plupart semblent accorder de l'importance à cette relation, sans pour autant imaginer y consacrer du temps pour s'y préparer. La priorité va à l'optimisation des possibilités de l'appareillage.

Comment être au contact avec ces patients pour leur offrir une relation de qualité ? Quel type d'attentes les patients ont-ils vis-à-vis du TRM ?

Nous pensons que le TRM, dans sa relation avec le patient, agit et se comporte parfois de façon intuitive.

Une prise de conscience, qui ferait émerger et faciliterait la lecture de cet « implicite », ne permettrait-elle pas au TRM de mieux asseoir sa place dans le monde des soignants ?

Cette recherche tente de mieux cerner les caractéristiques de la relation patient - TRM, afin d'ouvrir des pistes sur des savoirs qui ne soient pas uniquement consacrés à la technique.

² MM. M. Basler, enseignant Filière TRM Genève, A. Dominguez, enseignant Filière TRM Lausanne, F. Mock, infirmier diplômé – porteur d'un certificat supérieur en ethnologie, Fondation de Nant, M. Miazza, infirmier – chef d'unité de soins, Fondation de Nant.

³ cf. 2.1 Historique de la profession de TRM

1. DE LA PROBLEMATIQUE A LA PHASE EXPLORATOIRE

Notre problématique de départ portait sur le thème général de l'identité au travail.

Très rapidement, il nous est apparu que le TRM semblait méconnaître et/ou sous estimait son rôle social.

Afin d'explorer ce terrain quelque peu méconnu, nous nous sommes attachés à essayer de démontrer l'importance ou non des compétences sociales pour le TRM.

1.1. Problématique

Les compétences techniques de la profession de TRM ne semblent pas à démontrer, mais qu'en est-il de la confrontation face à ses compétences sociales ?

Les principales questions découlant de cette problématique sont les suivantes :

- Quel type de relation a le TRM avec son patient ?
- Quelle est l'importance des compétences sociales du TRM dans des situations d'examens assez courts et face à de multiples patients ?
- Comment définir une bonne prise en charge du patient par le TRM ?
- Le TRM est-il capable de répondre aux attentes du patient ?
- La technique supplante-t-elle l'aspect social dans la profession TRM ?

Pour les deux enseignants TRM cette recherche permettait aussi de mettre en valeur l'apport des sciences sociales, dans les nouveaux programmes de formation HES⁴, afin de mieux définir le professionnalisme du TRM, dans le cadre relationnel envers les patients.

Il s'agissait donc de plonger dans les représentations des professionnels et de celles des patients.

1.2. Phase exploratoire de terrain

Nous avons cherché à identifier les représentations du TRM face à sa relation avec le patient, ceci dans l'optique de relire le quotidien du TRM.

Notre hypothèse était que si le TRM accepte l'idée d'avoir un rôle social, celle-ci semble néanmoins peu élaborée.

Nous avons mené une douzaine d'entretiens auprès de TRM (8), de formateurs TRM (3) et d'étudiants (2). Ceux-ci ont fait apparaître 3 points essentiels :

1. les patients étaient rarement considérés comme des partenaires, mais bien plus comme des objets d'investigation (le patient pouvait être comparé à un « volume », un « numéro de fichier », un « tas d'organe », d' « entité négligeable »).

2. les personnes interrogées s'estimaient compétentes de façon équivalente, s'agissant des domaines relationnel et technique. De plus, elles n'étaient jamais stressées par des situations en rapport avec les patients, mais toujours en lien avec la technique.

3. quand on abordait le thème de formation complémentaire, là aussi, tout tournait autour de la technique.

1.3. Phase exploratoire documentaire – élément « renforçateur » :

Parallèlement à nos entretiens, nous avons analysé un document établi par la Division de Formation Continue du Centre Hospitalier de Chambéry, relatif aux plans de formation 2004 et 2005 des TRM.

Cette analyse nous a amené aux mêmes constats : dans les grands principes (orientations) et les prises de positions (actions) énoncés par les cadres TRM, une place était accordée au patient en tant « qu'humain ». Par contre, dans les PS (=projet de service) ou dans les PP (=projet personnel), l'aspect humain disparaissait presque entièrement, et nous observions que la quasi-totalité des projets concernaient des thèmes liés à la technique des examens.

⁴ Haute Ecole Spécialisée ; cf. www.hes-so.ch

1.4 Réflexion au terme de l'exploitation de ces données :

De façon succincte, nous pourrions dire que même si l'attention accordée au patient était considérée comme importante, aucune des personnes interrogées ne pensait utile de suivre une formation axée sur « l'humain ».

1.5 Nouvelle orientation donnée à notre recherche :

Il se dessinait au terme de cette phase exploratoire que les TRM ne percevaient pas la nécessité, le besoin, de se former, de se perfectionner dans le « social ».

Nous relevons ici un paradoxe qui est le suivant : le TRM considère ses relations avec le patient comme importantes, néanmoins, il ne les qualifie pas. Il les considère comme implicites.

Nous avons ainsi réorienté notre recherche en la centrant sur l'avis des patients, afin de chercher à identifier qu'elles sont leurs attentes vis-à-vis du TRM. Comment voient-ils le TRM ?

L'important pour un patient se situerait-il qu'au niveau des performances techniques des TRM ?

Nous avons donc décidé de conduire des entretiens exclusivement avec des patients. Nous avons renoncé à effectuer des observations (par manque de temps, notre recherche s'inscrivant dans le cadre de notre formation et étant menée en parallèle avec nos activités professionnelles usuelles).

2. QUELQUES CARACTÉRISTIQUES DE LA RELATION TRM - PATIENT.

Considérant que cette relation n'est pas implicite, nous avons cherché d'abord à travers l'histoire de la profession et la littérature ce qui caractérise cette relation.

2.1. Historique de la profession de TRM⁵ :

En Suisse c'est en 1896 que l'on voit les pionniers (d'ailleurs non médecins) effectuer les premières radiographies. Entre ces débuts et 1941, les personnes qui utilisaient des

installations à rayons X étaient formées sur le « tas ».

Ce n'est que le 9 mai 1942 que la première session d'examens eut lieu en Suisse, et c'est ainsi que 15 candidates obtinrent un diplôme de « Röntgen-Assistentin ».

Cette session pût se dérouler grâce à quelques médecins radiologues qui émirent en 1941 des directives pour la formation et l'examen des aides-radiologues.

C'est en 1967 que la durée de la formation passa de 2 à 3 ans (en application de l'ordonnance fédérale sur la radioprotection de 1963), et le titre obtenu était d'assistant technique en radiologie.

Les heures d'enseignement théorique croissent fortement, avec un effort particulier mis sur la radiobiologie et la radioprotection.

La technologie poursuit ses progrès, la radiologie vit une révolution technique.

De nouvelles techniques apparaissent, la radiologie interventionnelle se développe, les traitements en radio-oncologie s'affinent et la médecine nucléaire se complexifie.

Cette évolution, avec l'arrivée de machines toujours plus complexes accompagnées de techniques toujours plus sophistiquées, nécessite la refonte du programme de formation.

C'est ainsi qu'à la rentrée 1977, toutes les écoles officielles de Suisse démarrent un nouveau programme (reconnu par le département fédéral de l'intérieur). Le titre obtenu au terme des 6 semestres d'étude change à nouveau: assistant technique en radiologie médicale.

En 1985, la Croix-Rouge Suisse reconnaît que ce plan de formation est conforme à ses exigences et directives.

A des dates différentes, toutes les écoles de Suisse seront ainsi reconnues par la CRS.

En 1986, le titre professionnel est une nouvelle fois modifié et c'est maintenant des techniciens en radiologie médicale que les écoles forment.

En 1993, les élèves TRM des écoles romandes obtiennent le statut d'étudiant.

Relevons qu'une école suisse va proposer un programme en 4 ans, et ce dès 1994.

⁵ HUBER, D. Les techniciens en radiologie médicale – Histoire et développement d'une profession. In *Médecine et Hygiène*, 1995, n° 2079, p. 1510-1515.

Certains verront dans ce changement de statut une opportunité pour promouvoir les écoles en HES⁶.

C'est alors qu'en 2002, la profession va être admise au niveau HES.

Le professionnel de niveau de formation HES sera un « praticien réflexif », qui sera entre autres capable :

- « de maîtriser des situations problématiques, complexes, peu structurées, ... »
- « d'intégrer ... dans sa pratique les nouvelles connaissances sociales ... »
- « de participer et dynamiser la réflexion et le travail interdisciplinaire, notamment dans le travail en équipe pluridisciplinaire ».

Des compétences qui dépassent donc largement celles liées à la maîtrise technique et scientifique de la profession, à la capacité de travail de façon responsable et autonome.

En un siècle, nous sommes passés d'une formation sur le tas, sans réel programme de formation, ni titre décerné, à une formation disposant de programmes reconnus par les autorités cantonales et fédérales compétentes, et d'une durée de 3 puis 4 ans. Mais force est de constater que les éléments déterminants ayant le plus fortement contribué à ces changements sont en relation avec l'extraordinaire évolution des appareils radiologiques ainsi qu'aux progrès technologiques. Le patient, qui a de tout temps été au côté de celui qui utilisait les rayons X, n'a rarement été au centre des préoccupations ni des programmes de formations.

Heureusement, cette vision, ou plutôt absence de vision du patient, a changé.

C'est ainsi que nous trouvons de plus en plus de gens pour tenir des discours intégrant et mettant en avant le patient, en voici quelques exemples :

- « Les développements au sein de la société ainsi que les fortes mutations dans le domaine de la santé entraînent de grands changements professionnels, notamment pour les TRM. Ainsi, par exemple, l'évolution démographique et la diversité culturelle exercent une forte influence

⁶ IMSAND, C. *Technicien en radiologie médicale – Essai de démographie professionnelle*. Cours de perfectionnement en Politique sociale Prof. P. Gilliland. Institut de hautes études en administration publique, 1995.

sur la manière d'aborder les patientes que les TRM sont abordés à examiner et traiter. »⁷

- « Au cours de son activité professionnelle, le TRM est impliqué autant avec les patients qu'avec leurs proches. Cette tâche se révèle complexe car le déroulement et la réaction d'un patient à un examen ... sont toujours incertains ... »⁶

- « Conformément au concept d'approche globale du patient, il est indispensable que le TRM puisse assurer au mieux la prise en charge de patients qui, de par leur âge ou leur origine culturelle, ont une relation délicate avec les technologies biomédicales et leur accordent une confiance très inégale. »⁶

- «...Les formations de demain doivent développer chez les étudiants les compétences nécessaires qui leur permettent d'élaborer des méthodes de résolution de problèmes ainsi que de les appliquer, mais aussi de réfléchir et d'agir de manière globale et transversale. Ainsi seulement pourra-t-on réduire les risques encourus par l'homme en tant qu'objet d'examen et appliquer des méthodes thérapeutiques performantes et efficaces. »⁶

Nous le voyons, le patient trouve –enfin– sa place au côté du TRM, comme partenaire à part entière, comme individu et non plus seulement comme « objet de soin ».

Et ce repositionnement passe obligatoirement par une adaptation des programmes de formation, ainsi que par la mise sur pied de formations pour le personnel diplômé.

Cette recherche s'inscrit naturellement dans la l'évolution historique de cette profession : après toutes les innovations technologiques du XX^{ème} siècle auxquelles cette profession a dû s'ajuster, voici venu l'opportunité de s'interroger sur le savoir être et non pas uniquement le savoir faire de ceux qui la pratiquent.

Mais que dire de ces relations que le TRM établit avec ses patients ? Car si les machines sont compliquées, elles ont toujours un mode d'emploi. L'humain lui est complexe... Donc plus difficile à comprendre.

Malgré tout, sans prétendre être exhaustif, on peut essayer de dégager quelles sont les principales caractéristiques de cette relation.

⁷ ABEL, H., DESCOMBES F., KOENIG, C. *Prise de position relative à l'encrage au degré tertiaire de la formation des techniciens en radiologie médicale TRM*. Sursee, 2004

2.2. Le champ relationnel du TRM

On l'a vu cette profession s'est construite d'abord et surtout pour manipuler (en France : les manipulateurs) les appareils de radiologie. L'absence quasi-totale de descriptions, d'articles, livres concernant la relation entre le TRM et le patient dont il s'occupe, vient renforcer ce constat.

Mais on a également vu, à travers la pré-enquête, que pour les TRM la relation avec le patient est jugée importante. Va-t-elle pour autant de soi, au point qu'il n'y ait rien à en dire ?

Indirectement, on trouve dans la littérature des réflexions autour de l'imagerie médicale, des orientations de la médecine moderne, qui peuvent nous aider à décrire et comprendre dans **son contexte** ce que peuvent être certaines caractéristiques de cette relation. En voici ce qui nous a semblé en être les principales :

D'abord relevons que cette **relation est événementielle** : relativement courte dans le temps (la durée de l'examen) et dans le suivi, elle est focalisée sur la réalisation de l'examen. Le TRM peut être tenté de ne pas accorder de poids à une relation si ponctuelle, durant laquelle il a une disponibilité restreinte par la brièveté de cette rencontre, et par l'attention que requière la manipulation des appareils. Il ne s'agit donc pas, dans ces circonstances, de « faire du relationnel » (en tout cas pour ce qui concerne la radiologie diagnostique), mais plutôt, comme le suggère W.Hesbeen⁸, « **d'être relationnel** » à travers toute l'attitude que le TRM offre durant son intervention : une attitude qui passe autant par ce qu'il dit, que par ce qu'il fait, et comment il le fait.

La radiologie est un haut lieu de la technologie à l'hôpital, celui de la médecine moderne. **La logique** de cette médecine performante mais aussi agressive qui se centre sur la maladie ne laisse pas beaucoup de place à **la logique** humaniste qui elle se centre sur le patient et sa trajectoire. Selon Meyer⁹ : « la médecine hospitalière a sans doute gagné en science mais non en humanité ». Le médecin Bernard

Guiraud¹⁰ s'inquiète à travers cette réflexion : « nous sommes devenus moins importants que nos outils. » Le TRM peut ainsi être perçu comme **un ambassadeur de la médecine moderne**. Il doit considérer que, la qualité de son accueil, son attention offerte à la personne prise dans sa réalité singulière, peut contribuer à diminuer (ou à augmenter) les tensions nées du décalage entre ces deux logiques.

Infirmière et sociologue, C. Mercadier¹¹ relève que pour un même soin, certains patients se perçoivent, suivant à quelle infirmière ils ont à faire, comme des êtres humains, ou alors comme des objets. Comment analyser cette différence de perception pour une même situation, s'interroge-t-elle ? Est-ce une question de technique employée, de mode de relation instituée, plus largement de compétence professionnelle ?

Cette relation est peu valorisée par les collègues. Comme le dit M. de Hennezel :

« ... Dans un monde qui valorise l'efficacité technique, la rentabilité, les loisirs, le chacun pour soi, il devient de plus en plus difficile de défendre les valeurs du soin, le don de soi, la disponibilité à celui qui souffre. Ceux qui tentent encore de les préserver souffrent du peu de reconnaissance de leur engagement. Ils sont soumis à une tension forte, une contradiction permanente entre les nouvelles normes de la société et leurs valeurs personnelles intimes. ... »¹²

Les performances que l'on attend du TRM se situent autour de son efficacité technique, de sa capacité à produire de bonnes images. L'échange avec le malade est accessoire. Il est donc peu encouragé à s'investir dans ses relations, à part pour le plaisir qu'il peut avoir à rencontrer des patients sympathiques. Mais qu'en est-il de ceux qui, pour de multiples raisons, ne peuvent pas l'être à ce moment là ? Le patient peut ressentir l'examen comme une **intrusion dans son corps**, une intrusion qui peut être ressentie comme étant réelle ou symbolique (l'imagerie révèle l'espace intérieur de l'homme).

⁸ HESBEEN, W. *Prendre soin à l'Hôpital*. Paris : InterEditions, Masson, 1997

⁹ MEYER, Ph. *L'irresponsabilité médicale*. Paris : Grasset, 1993

¹⁰ AMIEL.M, CLAVERANNE.J-P, PASCAL.C. *Hôpital et Innovation Technologique*. Paris : Médica Editions, 2004 p.90

¹¹ MERCADIER, C. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan, 2002.

¹² DE HENNEZEL, M. *Le souci de l'autre*. Paris : Robert Laffont, 2004. pp. 114-115

David Le Breton¹³ décrit ce malaise, où pour mieux soigner le malade, on « déshumanise la maladie », et où le sujet peut à juste titre se sentir morcelé. De corps-sujet le patient est réduit à son corps objet (Hesbeen¹⁴). Le TRM peut, même si c'est le corps-objet qui est au centre de l'examen, être en contact avec le patient en tant que corps-sujet qui ressent l'examen, et faire en sorte dans ses manipulations, de préserver l'image de soi du patient.

Pour réaliser son examen, le TRM entre dans un espace peu habituel pour une première rencontre. L'anthropologue E.T. Hall¹⁵ a décrit l'usage que l'humain fait de l'espace qui l'entoure et le sépare des autres. **La proxémie** définit quatre distances principales dans l'expérience humaine : publique, sociale, personnelle et intime. La relation TRM/patient se situe souvent dans **une distance intime** : de quarante-cinq centimètres jusqu'au contact physique. Dans cet espace, la communication verbale n'est plus prépondérante, la dimension non verbale l'emporte sur la communication verbale.

Le Dr Miéville¹⁶, psychiatre, dans un article sur l'endoscopie relève que les conditions de l'examen pousse le patient à se sentir, asexué, faible, fragile, démuné. Dans sa relation au médecin, il régresse au stade de la relation prégénitale (relation mère-nourisson). L'endoscopiste doit savoir en tenir compte, il l'invite à adopter un ton doux et apaisant, considérant que la qualité de la voix peut dans ces circonstances avoir plus d'importance que le contenu. Il y a certainement quelque chose de transposable pour ce qui concerne les examens de radiologie.

Le TRM est confiné dans **un rôle lié à son statut social** dans l'hôpital. Il réalise un examen et n'est pas autorisé à communiquer un diagnostic ; c'est le médecin radiologue qui a la responsabilité de le poser. Le TRM peut voir certaines choses qu'il devra cependant contenir. Cette situation angoissante et frustrante peut induire des mécanismes de défenses que le

TRM peut utiliser pour se protéger dans une situation inconfortable. M. Ruzniewski¹⁷ en a décrit une dizaine, relevons les plus probables :

- La rationalisation : rester dans un discours technique, hermétique, qui isole le patient.
- La généralisation : travailler dans la routine, le soin n'étant plus individualisé
- L'esquive : parler avec le patient toujours d'autre chose que de sa souffrance.
- La banalisation : faire preuve d'indifférence, de désintérêt face au patient : « c'est pareil pour tout le monde ».

Le TRM peut être tenté de renoncer à une parole vivante pour mettre à distance un patient qui inquiet tente de comprendre ce qu'il s' imagine qu'on lui cache.

3. REGARD ETHNOLOGIQUE

La présence dans notre équipe d'un étudiant-chercheur sensibilisé à l'ethnologie nous a permis d'avoir un regard autre.

Dans cette partie, nous avons essayé d'apporter un éclairage anthropologique dans le sens large du terme. En effet par manque de temps nous avons dû cibler rapidement la population que nous allions observer ainsi qu'une des dynamiques sociétales empruntée aux travaux de Georges Dumézil et Gilbert Durand¹⁸ à savoir les rites de passage et la communication avec l'au-delà (*selon ces auteurs, notre façon de vivre et de penser est organisée selon différentes dynamiques*).

Dans un premier temps, lors de la phase pré exploratoire nous nous sommes laissés immerger dans notre terrain. Cette phase d'immersion est fondamentale car elle permet au chercheur de ressentir, de faire « corps » avec son terrain. Comme le souligne le Professeur Mangalaza¹⁹, « *il faut faire corps avec son terrain de recherche, le pénétrer de*

¹³ LE BRETON, D. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses Universitaires de France, 1990

¹⁴ HESBEEN, W. *Prendre soin à l'Hôpital*. Paris : InterEditions, Masson, 1997

¹⁵ HALL E.T., *La dimension cachée*. Paris : Seuil, 1971

¹⁶ MIEVILLE, C. Pénétrer, regarder et voir Propos d'un psychiatre sur l'endoscopie. *Rev.Méd.Suisse Romande*, 104 :967-973, 1984

¹⁷ RUSZNIEWSKI, M. *Face à la maladie grave*, Paris, Dunod, 1995

¹⁸ Resp. Colloque : AMOUROUS, C. Les infirmières : profession et formation – Actes du Colloque Chambéry. *Service de formation continue – Centre de recherches et d'applications psychologiques et sociales (C.R.A.P.S.)*, 29 et 30 mars 1996

¹⁹ MANGALAZA, Eugène, *Vie et mort chez les Betsimisaraka de Madagascar*, Paris, L'Harmattan, 1999 - Anthropologue malgache, dans un cours suivi à Nouméa (Nouvelle-Calédonie) en 2003, portant sur une réflexion de la relation entre l'ethnologue et son terrain

l'intérieur afin de pouvoir le sentir dans ses moindres pulsions tout en gardant dans cet élan de sympathie et de connivence assez de distance pour être en mesure de le regarder réellement vivre. En un mot, il faut être cet « étranger intime » à la fois proche et lointain.» (Mangalaza, 2003).

C'est donc au travers des discussions avec le personnel TRM que nous avons choisi de nous cibler sur la mammographie. En effet selon le personnel, cet examen semble être vécu plus difficilement par les patientes et demande ainsi un accompagnement plus important de la part du TRM.

Afin de mieux percevoir ce que pouvait vivre une patiente dans un tel lieu, nous avons décidé de suivre son cheminement (sans toutefois pouvoir se mettre à sa place) de son entrée jusqu'à sa sortie de la consultation.

Lorsque la patiente arrive à l'hôpital et plus particulièrement dans le service de radiologie, elle entre dans un lieu qui lui est, la plupart du temps, inconnu. Différents passages sont obligatoires pour cette dernière :

- La réception de l'hôpital où la patiente doit s'annoncer,
- le secrétariat du service de radiologie où elle doit présenter la prescription du médecin demandeur,
- puis elle est prise en charge par le TRM qui va la conduire dans un vestiaire souvent en annexe de la salle d'examen. Le TRM donne des instructions sur le déroulement de l'examen: pour la mammographie la femme doit retirer les vêtements du haut. Elle se retrouve ainsi le buste dénudé,
- la patiente est invitée par le TRM à entrer dans la salle d'examen. Cette salle d'examen pour la mammographie est très épurée,
- pendant l'examen la patiente est positionnée dans différentes postures afin de permettre l'examen des seins dans différents plans. Ces postures sont très inconfortables et vécues parfois comme très douloureuses, le sein étant tiré et comprimé. Une fois l'examen terminé, la patiente retourne dans le vestiaire et attend la confirmation de la fin de l'examen. Cette attente est vécue

parfois comme très pénible par la patiente.

Le TRM peut-être amené à faire des clichés complémentaires si nécessaire. Dans ce cas la patiente imagine parfois qu'il se passe quelque chose de grave,

- dans le cas contraire, la patiente se rhabille et se rend en salle d'attente,
- finalement elle est reçue par le médecin qui lui transmet son diagnostic,
- puis la patiente quitte finalement le service soulagée ou « catastrophée » par l'annonce du diagnostic.

Durant ce terrain, nous savons pu observer que de multiples intervenants côtoyaient la patiente : personnel de réception, aides, femmes de ménage....

Des 3 acteurs principaux de la situation, médecin radiologue, patiente, et TRM, nous avons décidé de nous concentrer sur les interactions TRM - patiente, renonçant à analyser l'importance du rôle du médecin radiologue.

3.1. Rites de passage et radiologie

L'épreuve de la mammographie, est un événement ou un **passage** important qui peut se répéter plusieurs fois dans la vie d'une femme. En effet comme nous venons de le voir, cette dernière arrive avec un statut pour en ressortir avec un autre. Lorsqu'elle arrive à l'examen, elle ne sait pas si elle est en bonne santé ou malade. Beaucoup des femmes observées ont côtoyé, de près ou de loin, quelqu'un étant décédé d'un cancer du sein. Qu'on le veuille ou non, lorsqu'une patiente revient chaque année, cette peur d'être atteinte du cancer et peut-être de mourir est présente. Même si elle n'est pas explicitée par la patiente, elle est là. Durant l'examen, la patiente n'attend qu'une chose : le « verdict » final. Une fois qu'elle aura son nouveau « statut », elle pourra continuer à vivre tranquillement jusqu'à sa prochaine mammographie.

Suite à cette observation nous avons retenu **trois temps** ou passages significatifs que la patiente vit dans le service de radiologie. Ces **passages** se retrouvent dans l'une des cinq dynamiques sociétales de Dumézil et Durand qui organisent notre façon de vivre et de penser, à savoir, **les rites de passage**.

Arnold Van Gennep²⁰, ethnologue du début du XX^e siècle consacra un ouvrage sur les rites de passage. Mais qu'est-ce qu'un rite ?

Selon Pierre Bonte et Michel Izard²¹ : « Le rite s'inscrit dans la vie sociale par le retour des circonstances appelant la répétition de son effectuation. Il se caractérise par des procédures dont il implique la mise en oeuvre afin d'imposer sa marque au contexte que son intervention même, contribue à définir. ./... Le rite ne se confine nullement à la sphère du religieux (...) Les rites de passage s'emploient à séparer des individus ou des groupes d'un statut pour les agréger à un autre ».

En effet dans notre société nous pouvons en observer un grand nombre. Le **rite** se différencie des simples coutumes parce qu'il n'a, dans l'absolu, aucune raison d'être. De par son caractère répétitif et son but, il sacralise une expérience donnée. Les rites de passage existent aussi bien dans le domaine du profane que dans celui du sacré. L'anthropologue Louis-Vincent Thomas²², dans son ouvrage sur les Rites de mort insiste aussi sur la nécessité vitale du rite : « Une société ne peut pas vivre sans rites. Toute notre vie en est tissée : ceux qui ponctuent la quotidienneté (...); ceux qui marquent les temps forts de la vie personnelle (...) ou de la vie collective (...). Le rite apparaît comme une assurance qu'on s'invente pour maîtriser l'épisodique et l'aléatoire. Il permet de dépasser l'angoisse de l'incertitude face à une entreprise ou à une situation dont l'issue engage la sécurité de l'individu ou du groupe ».

Les rites funéraires font parties des temps forts que chacun sera amené à vivre peut-être un jour ; ils sont marqués par des rites de passage. Dans son chapitre sur les rites funéraires, Van Gennep fait référence à trois étapes : la **séparation**, la **marginalité** et l'**agrégation**. « Pendant le deuil, les vivants et les morts constituent une société spéciale, située entre le monde des vivants et le monde des morts... la fermeture du cercueil correspond au rite de séparation... la période de marge se marque par le séjour du cadavre dans la chambre mortuaire... comme rite d'agrégation... le repas

²⁰ VAN GENNEP, Arnold, *Les rites de passage*, Paris, Librairie Critique – 1969. p. 210 à 236.

²¹ BIDOU, Mythes, in BONTE, P, IZARD, M. (dir.). Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie. Paris : Quadrige, 2000. p. 498 -502.

²² THOMAS, Louis-Vincent, *Rites de mort : pour la paix des vivants*. Paris: Fayard, 1985. p. 7-16, p.294.

consécutif aux funérailles a pour but de renouer entre tous les membres (...), la chaîne qui s'est trouvée brisée par la disparition d'un des chaînons ».

Avec nos observations dans le service de radiologie, nous avons pu identifier ces trois moments : à son entrée dans l'hôpital, la personne est séparée des siens, il y a rupture. Elle peut être amenée à vivre un **sentiment de peur lié à cette séparation**. Le « rite » de marge où la patiente vit seule l'attente dans le service de radiologie. Dans l'**attente du diagnostique final**, elle est dans une sorte d'« entre deux ». Dans son esprit vie et mort sont mélangés. La patiente affronte souvent seule ce moment fort. Elle peut se sentir abandonnée et vivre cette période de **marginalité** avec une angoisse extrême. **Le rite d'agrégation ou d'intégration** : la patiente voit le médecin, lui serre la main et attend le verdict. Sorte de nouvelle vie qui s'offre à elle ou **renaissance** ou alors maladie ou mort possible annoncée.

Suite à ces observations nous nous sommes rendus compte que la seule personne qui est présente au côté de la patiente durant ces différents passages (hormis celle de la marginalité), est le TRM.

La peur de la découverte d'une maladie met la patiente face à un questionnement personnel métaphysique. Certes, il n'est pas là pour répondre aux questions existentielles. Cette déconstruction du service de radiologie nous a permis de voir que le TRM avait une réelle place au près de la patiente. Le TRM serait-il « passeur » malgré lui ?

Voici à présent quelques pistes ou travers dans lequel le TRM ne devrait pas « s'engouffrer » :

3.2. L'hôpital entre ordre et désordre dans notre société

« La mort n'est rien d'autre que cette force dissolvante du temps qui finira bien, un jour ou l'autre, par nous soustraire définitivement à la vie » exprime le philosophe Vladimir Jankélévitch²³. Ce dernier met en lumière deux questions existentielles de l'être humain : la temporalité et la finitude de l'homme. Dès sa naissance, l'être humain ne peut échapper à une certitude : celle de sa propre mort.

²³ Cité par E. Mangalaza dans un cours donné en 2003 à l'Institut d'Ethnologie de Neuchâtel.

Si nous évoquons ce sujet qui n'a à priori aucun lien « visible », direct avec notre recherche, il est cependant présent. Lorsqu'une personne vient à l'hôpital, les notions de vie et de mort sont présentes de manière consciente ou inconsciente. Dans la plupart des cas lorsqu'une personne est « touchée » par la maladie, elle se rend à l'hôpital afin d'y effectuer un certain nombre d'examen. Au final, elle en ressortira avec l'étiquette « en bonne santé » ou « malade ». La maladie, tout comme la mort est créatrice d'un désordre parmi les vivants. Comme nous le rappelle le Professeur Mangalaza, la mort est dans beaucoup de sociétés facteur de trouble, de désordre. De par son irruption dans le monde « ordonné », « organisé » des vivants, la mort perturbe le quotidien, elle le dérègle. Contrairement à la mort, la maladie peut être réversible ou récurrente. Mais tout comme la mort elle frappe les individus de manière inattendue. Elle est donc génératrice de désordre dans le groupe.

Edgar Morin²⁴, dans son ouvrage intitulé *Introduction à la pensée complexe*, aborde les notions d'ordre et de désordre, de vie et de mort lorsqu'il parle de l'ordre du vivant. Dans son passage sur la « *théorie de l'auto-organisation* » il décrit ce « (...) lien consubstantiel entre désorganisation et organisation complexe (...) là est le lien fondamental entre entropie (désordre) et négentropie (réorganisation), qui n'a rien d'une opposition manichéenne entre deux entités contraires ; autrement dit, le lien entre vie et mort est beaucoup plus étroit, profond, qu'on a jamais pu métaphysiquement l'imaginer ». Ainsi la vie et la mort entités complexes, sont inextricables et indissociable l'une de l'autre.

Afin de faire face à ces désordres possibles qui peuvent frapper à tout moment les vivants, l'imaginaire collectif a su organiser son monde de manière à ce que la mort et la maladie puissent avoir le moindre de conséquences possibles sur la collectivité.

L'hôpital est donc le lieu où du désordre généré par la vie, tout va être mis en place afin de recréer de l'ordre. Du corps malade où la maladie est invisible, on va chercher à découvrir avec des outils issus de la technologie, ce qui se cache dans un corps et le rendre visible.

Comme le soulève le radiologue Pierre Aimard²⁵, lors d'un exposé en 1995, à propos de l'image, nous vivons « *dans une société de l'image (...) l'imagerie médicale explore le corps humain, dévoile son intimité avec parfois la découverte d'un malfaiteur tapi et traqué* ».

Notre société est fascinée par les images de notre corps et ce besoin de savoir est largement relayé par les médias.

Dans notre imaginaire, la maladie se cache, invisible, elle sommeille et peut d'un jour à l'autre se réveiller et s'abattre sur nous.

Toujours selon cet auteur, « *La première ambition de la médecine occidentale depuis l'Antiquité est la reconstruction de ce monde invisible en partant du visible « le visible est l'œil de l'invisible » (Démocrite)* ».

La radiologie « haut lieu » de la technologie va répondre à ce besoin et mettre une image sur de l'invisible. Lorsque la personne arrive avec « son désordre intérieur », le fait de pouvoir mettre une image sur son intériorité, rassure en quelque sorte chacun des intervenants.

Ainsi, en étant à la traque des moindres défaillances de notre corps nous perdons de vue le « mal être » du patient, qui lui, est invisible et ne peut encore ressortir sur aucun cliché... .

4. LIEUX D'INVESTIGATION ET COMMISSIONS D'ÉTHIQUE

Nos premiers choix se sont portés sur 3 lieux différents :

- institut de radiologie spécialisé,
- hôpital régional,
- centre universitaire

Nous imaginions que la taille du service de radiologie pouvait avoir une influence générale sur l'examen. Après réflexion, nous avons décidé de ne pas tenir compte de ce facteur et nous avons mené nos entretiens dans des services intéressés par notre démarche de recherche. Il s'agit d'un institut de radiologie spécialisé genevois et d'un hôpital régional vaudois.

²⁴ MORIN, Edgar, *Introduction à la pensée complexe*, p.44. - Paris, éd. Du seuil, 1990, 2005

²⁵ AMIEL.M, CLAVERANNE.J-P, PASCAL.C. *Hôpital et Innovation Technologique*. Paris : Médica Editions, 2004

Le choix des patientes retenues pour les entretiens s'est effectué de la façon suivante :

- réalisation par le TRM de la mammographie, sans aucune allusion à notre recherche,
- entrevue et discussion entre la patiente et le médecin radiologue, au terme de la mammographie,
- lorsque le médecin radiologue aura posé un diagnostic absent de pathologie suspecte, il demandera à la patiente si elle dispose d'un peu de temps libre. En cas de réponse positive, le médecin radiologue mettra la patiente en relation avec l'étudiant-chercheur qui conduira l'entretien.

Les patientes consultant dans le cadre de la campagne de dépistage ne pouvaient donc pas être retenues, car le médecin radiologue n'intervient alors pas directement lors de l'examen.

4.1. Commission d'éthique

Au sens légal et afin de pouvoir mener nos entretiens avec les patientes, nous avons pris contact avec les commissions d'éthique concernées, en vue d'obtenir leurs accords. A cette fin, nous avons réalisé les documents nécessaires²⁶ et les leurs avons soumis.

Les autorisations demandées nous sont parvenues avec des trajectoires différentes :

- Dans le Canton de Genève, nous avons eu de nombreux entretiens téléphoniques, puis des échanges de courriers. Notre demande a été traitée lors d'une séance de la commission d'éthique. Cette commission nous a assez rapidement donné son accord, sous réserve que nous apportions quelques modifications et précisions à nos documents²⁷.
- Dans le canton de Vaud, l'obtention de l'accord fut plus laborieuse. En effet, la commission d'éthique a tout d'abord refusé par deux fois les

protocoles proposés, avant de nous proposer un rendez-vous, dans le but de permettre aux étudiants – chercheurs ainsi qu'à l'un des responsables de la formation du diplôme universitaire, d'apporter oralement certaines précisions. Cette démarche a eu pour bénéfice d'être formatrice pour les deux parties (autant pour la commission d'éthique que pour les étudiants-chercheurs), car elle a pu démontrer la lourdeur de la procédure « standard » pour les étudiants en recherche et le besoin d'adapter les protocoles en regard du niveau des études.

Ces divers contretemps ont modifié passablement notre plan d'action, et c'est avec un retard certain que nous avons pu conduire les entretiens planifiés sur le Canton de Vaud.

Point positif : au final, notre démarche se termine par l'engagement de la responsable de formation au sein de la commission d'éthique de la recherche clinique. Ceci permettra sans doute de faciliter les démarches pour les futurs étudiants – chercheurs.

²⁶ Protocole exposant le cadre de la recherche, formulaires d'information et de consentement éclairé

²⁷ Demandes auxquelles nous avons bien entendu donné satisfaction

4.2. Exploitation des données

4.2.1. Méthodologie :

Les treize entretiens que nous avons réalisés l'ont été dans une pièce isolée, dans le service de radiologie, immédiatement au terme de la mammographie.

Ils étaient de type semi-directifs, et ont été conduits au moyen d'un canevas que nous avons conçu.

Les entretiens ont tous été enregistré, avant d'être intégralement retranscrits et analysés.

Pour chacun des entretiens, nous avons procédé ainsi :

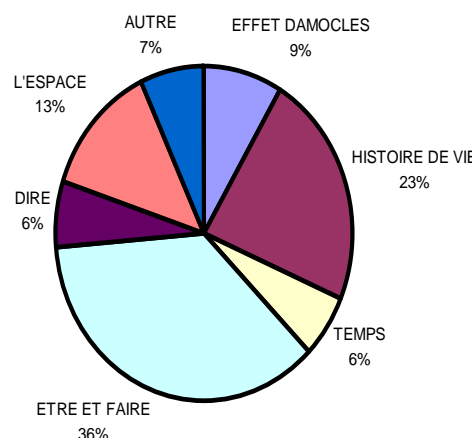
- mise en évidence des mots-clés
- constitution de grands thèmes, regroupant ces mots-clés,
- quantification de ces mots-clés, pour chacun des entretiens,
- quantification de ces mots-clés, pour l'ensemble des entretiens,
- analyse des résultats (grands thèmes, mots – clés – fréquence d'apparition.

5. ANALYSE DES RESULTATS

Nous avons ainsi pu dégager 7 grands thèmes :

GRANDS THEMES

	mots – clés :	pourcentage :
EFFET DAMOCLES	35	8.6 %
HISTOIRE DE VIE	92	22.7 %
LE TEMPS	25	6.2 %
ETRE ET FAIRE	146	36.0 %
DIRE	26	6.4 %
L'ESPACE	53	13.1 %
AUTRES	28	6.9 %
total :	405	100 %



5.1. Contenu des grands thèmes

5.1.1. Effet Damoclès²⁸

Rentrent dans ce thème les mots – clés qui font référence aux notions suivantes

- la répétition d'un cliché ? pourquoi ?
- les (sur)interprétations effectuées (des mots, gestes, situations ...);
- la forte volonté de recevoir un résultat, une réponse ;
- la peur exprimée de l'examen ;
- la conscience du « résultat qui fait basculer une vie ».

5.1.2. Histoire de vie

Rentrent dans ce thème les mots – clés qui font référence aux notions suivantes :

- avec mes antécédents, comment vivre / appréhender cet examen ?
- les références exprimées à des maladies vécues personnellement ou dans la famille, avec leurs implications sur le degré de stress, d'inquiétude ;
- sur le changement de l'état de la patiente entre le début et la fin de l'examen.

5.1.3. Le temps

Rentrent dans ce thème les mots – clés qui font référence aux notions suivantes :

- l'attente, les temps morts ;
- la vitesse d'exécution du TRM ;
- le temps que le TRM consacre à la patiente.

5.1.4. Etre et faire

Rentrent dans ce thème les mots – clés qui font référence aux notions suivantes :

- les caractéristiques « externes » du TRM (souriant, calme, pas sérieux, gentil) ;
- le confort que le TRM donne à la patiente ;
- le comportement empathique du TRM (attention portée, prévenant, être adéquat, savoir ce qu'il fait) ;
- la souffrance, la douleur ressentie ;
- les contacts physiques ;
- le ressenti des patientes qui sont des personnes à part entière (et non pas des machines ou des mannequins).

5.1.5. Dire

Rentrent dans ce thème les mots – clés qui font référence aux notions suivantes :

- l'importance des explications orales données par le TRM ;
- l'impossibilité pour le TRM de communiquer ce qu'il sait.

5.1.6. L'espace

Rentrent dans ce thème les mots – clés qui font référence aux notions suivantes :

- les caractéristiques de l'appareillage ;
- l'ambiance ainsi que la description des lieux.

5.1.7. Autres

Rentrent dans ce thème les mots – clés que nous n'avons pu intégrer à l'un ou l'autre des grands thèmes cité :

- les gênes pour la patiente dues au TRM ;
- la mention aux images obtenues ;
- l'évocation de la radiologie comme étant un passage de vie ;
- rôle et investissement du patient.

5.2 Brefs commentaires

Pour chacun des grands thèmes que nous avons mis en évidence, voici les quelques points d'émergence les plus significatifs :

5.2.1. Effet Damoclès

De façon assez logique, il ressort que les patientes n'apprécient pas que l'on répète un cliché. Plus surprenant, c'est la fréquence à laquelle nous avons mis en évidence des phénomènes de surinterprétation par les patientes.

5.2.2. Histoire de vie

L'importance des antécédents ainsi que celle du contexte familial de la patiente ressort très fortement. Selon l'état d'angoisse ou d'inquiétude de la patiente il en ressort une divergence. La patiente vivra son examen sous forte influence de ses antécédents personnels.

Nous avons ainsi pu observer de grandes différences entre les premiers contacts (au début de l'examen) d'avec les relations vécues au terme de celui-ci. Un fort sentiment de soulagement post-examen a été mis en évidence.

Plus globalement, et quelle que soit leur situation, les patientes parlent facilement et de façon abondante de leur maladie.

²⁸ Par « effet Damoclès » on entend tout ce qui se rapporte à cette situation inconfortable où durant l'examen, et dans l'attente du résultat, les patientes peuvent avoir la pénible impression que leur vie est suspendue à un fil.

5.2.3. Le temps

Les patientes n'apprécient pas d'être laissées pour compte, en étant soumises à des attentes inexplicables.

A fortiori, elles aiment que les TRM soient disponibles, rapides et efficaces.

5.2.4. Etre et faire

Les patientes ont une idée assez convergente de leurs attentes vis-à-vis du TRM: gentil, souriant, calme, doux.

Elles attendent de lui qu'il favorise leur confort, qu'il ne les fasse pas souffrir.

Elles ont également exprimé fortement leur besoin d'être considérée comme des femmes, des personnes humaines et non pas des mannequins ou des objets.

5.2.5. Dire

Certaines patientes sont conscientes du fait que le TRM se trouve dans l'impossibilité de transmettre certaines informations, même si il les a en sa possession.

5.2.6. L'espace

Les patientes que nous avons rencontrées ont trouvé les lieux (chaleur, ambiance) à leur convenance.

Elles ont également exprimé le fait de ne pas avoir été impressionnées par les appareils, par la technique qu'elles ont côtoyé. Elles attendent des machines qu'elles fonctionnent bien.

5.2.7. Autres

D'autres éléments que ceux évoqués sont apparus, mais avec une fréquence minime, ce qui ne laisse en rien préjuger de leur intérêt dans cet article.

6. EXPLOITATION DES INTERVIEWS

Pendant nos entretiens, nous avons rencontré des patientes soulagées d'apprendre qu'elles n'étaient pas malades, et qui étaient pressées de partir retourner vaquer à leurs occupations (préparer un repas, aller s'occuper des enfants, retourner travailler...).

D'une manière générale, elles se déclaraient très satisfaites de la prise en charge dont elles ont bénéficié durant leur examen.

Les interviews étaient assez brèves (en moyenne une quinzaine de minutes) et parfois superficielles : les patientes jouaient le jeu mais semblaient généralement assez pressées de s'éloigner de ce lieu inquiétant que peut être un hôpital ou un institut de radiologie spécialisé, et

de pouvoir ainsi retourner à « la normalité ». D'où parfois la difficulté pour l'étudiant-chercheur d'obtenir des réponses plus développées.

Malgré tout, l'analyse des entretiens que nous avons pu faire s'est révélée intéressante à plusieurs niveaux. Voici les points qui nous ont paru les plus pertinents.

- L'inquiétude est omniprésente durant une mammographie. Ce que nous avons appelé « l'effet Damoclès » et « l'histoire de vie » semble passablement conditionner l'examen. Ces deux catégories, d'ailleurs difficiles à différencier, représentent le tiers (32%) du discours des patientes concernant leur mammographie. Les antécédents familiaux pèsent lourd : dans quatre interviews, il est fait référence à une mère ou parenté décédée.

A ce niveau précis, le TRM a peu d'influence, car les patientes ont un bagage qui leur est propre, qui leur appartient. Il échappe au TRM. De ce fait, toutes les patientes ne sont pas égales, et le TRM n'y peut rien. « ...le patient n'est jamais vierge d'expérience et de savoir par rapport à sa maladie. Il n'est pas une page blanche sur laquelle s'écrirait son éducation. Par contre, ce qu'il sait peut constituer un réseau complexe de représentations sociales, d'expériences riches, mais aussi de conceptions erronées, de préjugés. Ne pas chercher à connaître cette « culture » du patient, c'est prendre le risque de l'affronter, de le contredire sans succès, tant il est vrai que ces conceptions initiales se sont forgées au cours des années et sont, par conséquent, très solides. Il faut, au contraire, découvrir comment le patient conçoit sa maladie et adapter par les mots et les idées le message de l'éducation à la structure de connaissances qui peut l'accueillir. ... »²⁹

Ainsi, pour accompagner la patiente de façon pertinente, le TRM devra-il s'informer de son histoire avant de rentrer en relation elle, car il pourra ainsi contextualiser sa relation, adapter son comportement.

Cette connaissance, certes relative, du vécu de la patiente permettra également au TRM de mieux « lire », de « comprendre » certains faits et gestes de la patiente.

²⁹ D'IVERNONIS, J.-F., GAGNAYRE, R. *Apprendre à éduquer le patient*. Paris : Vigot, 1995. p. 52

- L'angoisse et l'inquiétude sont des termes qui reviennent fréquemment. L'une dit : « quand on est patiente on vit les choses très fort, on intériorise beaucoup ».

- L'attente entre l'examen et le résultat est pénible, c'est là que « les pensées viennent », une parle de « se faire un film ». Ainsi, en exemple, le Dr Sacks s'interrogeant sur le temps écoulé : « ... Il y a combien de temps que nous faisons des exercices avec ma jambe ?

- Même pas dix minutes, dit-elle (l'infirmière) en regardant sa montre. Vous avez l'impression qu'il y avait plus longtemps ?

Même pas dix minutes! Je n'en croyais pas mes oreilles. En si peu de temps, j'avais l'impression d'avoir vécu toute une vie. J'avais fait le tour de tout un monde de pensées. ...»³⁰.

- Le temps est vécu très différemment par la patiente ou par le professionnel.

Une seule des patientes interrogées parle explicitement de l'examen comme « d'un passage de vie », mais on retrouve dans d'autres interviews cette idée d'entre-deux, où la patiente, malgré la présence du TRM, est seule, dans un moment difficile (période de marginalité), dans l'attente de l'agrégation qui vient avec soulagement quand le radiologue vient donner le résultat de l'examen.

Une patiente relève avec soulagement que « on ne m'a pas laissé poirotter ». Une autre relève que « après quand il nous dit que tout est bien, alors on est enthousiaste (rire), on est ravie, soulagée, et puis c'est vrai que c'est sympathique ».

- Les patientes semblent beaucoup plus attachées à la façon « d'être et de faire » du TRM (36%), qu'à ce qu'il va lui dire (6%).

Ainsi, certains qualificatifs reviennent régulièrement : gentil, sympathique, patient, souriant, calme.

Ces qualificatifs peuvent irriter certains qui n'entendent là qu'une demande mièvre, et ne peuvent en tout cas pas y voir l'attente d'une attitude professionnelle.

C'est là que le TRM doit être convaincu de son rôle, au fait que sa relation est significative, aussi bien au niveau de son dire que de son faire.

³⁰ SACKS, O. *Sur une jambe*. Paris : Seuil, 1987. p. 70.

« ...Le patient peut se sentir rejeté par un regard dégoûté, et réifié par un non-regard... »³¹.

« ...Le regard professionnel, le regard clinique ne voit que le symptôme, la maladie, l'organe malade, mais pas le sujet malade. Il est devenu « objet » de soin dans tous les sens du terme.»³¹.

- Le ressenti du patient dépendra du comportement du TRM (trop souvent exprimé par le TRM lors de la phase exploratoire comme étant implicite). Le patient est une personne ; c'est peut-être une contrainte, mais tout doit être fait pour le patient le vive et le ressent.

« ... Le soignant travaille avec de l'humain et heureusement ou malheureusement, l'humain change d'avis, se contredit, ne sait pas toujours ce qu'il veut, s'inquiète, tombe malade, est jaloux, médisant ou génial. Les situations sont toujours complexes et à trop vouloir y répondre simplement on ne s'y retrouve pas. Chaque cas demande une analyse fine et une réponse pertinente. Il faut donc savoir trouver des compromis, des solutions qui satisferont les différentes parties en présence. La négociation est une qualité professionnelle qui s'apprend, se développe, se perfectionne. ... »³².

Nous rejoignons ainsi nombre d'auteurs sur ce constat : « ... Nommer le patient en lui attribuant comme identité un numéro de chambre, un symptôme ou un organe en fait un être anonyme, un non-être, ce qui est vécu par de nombreux malades comme une dépersonnalisation, jugée comme un manque d'humanité de la part des soignants. ... »³³.

Ou encore quand M. de Hennezel dit :

« ... L'indifférence à leur pudeur vient renforcer le sentiment insupportable pour les malades de n'être qu'un objet de soins. Ils ont parfois l'impression d'être un corps morcelé au regard des soignants. Ils sont un fémur, un sein, un genou, un poumon, mais pas un homme ou une femme qui souffre d'un cancer. C'est une partie, un morceau de leur corps qui intéresse la médecine, pas leur personne. ... »³⁴.

³¹ MERCADIER, C. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan, 2002. p. 25

³² RISPAIL, D. *Mieux se connaître pour mieux soigner : une approche du développement personnel en soins infirmier*. Paris : Masson, 2002. p. 124

³³ MERCADIER, C. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan, 2002. pp. 254-255

³⁴ DE HENNEZEL, M. *Le souci de l'autre*. Paris : Robert Laffont, 2004. pp. 49-50

Ou : « ...*La catégorisation fait référence à la tendance qu'ont les individus à classer les objets (y compris les personnes) en groupes distincts, sur la base de caractéristiques qu'ils partagent ou qui leur sont communes...* »³⁵.

« ...*Car chaque personne rencontrée (sans parler des objets) serait unique et devrait donc être traitée comme telle. La catégorisation favorise la simplification qui, à son tour, transforme le monde en un lieu plus ordonné, davantage prévisible et mieux contrôlable...* »³⁶.

- Cette attitude professionnelle que doit avoir le TRM rejoint celle que recommande Miéville³⁷ pour des patients qui, dans ce genre de situation, ont tendance à régresser et à être vulnérable durant ce moment délicat que peut être une endoscopie...

La mammographie est également un examen délicat, et assez douloureux qui pourra également être vécu comme une épreuve invasive.

Cette attente rejoint également cette attitude dont parle Hesbeen³⁸ ou il s'agit moins dans cette situation de « faire du relationnel », que « d'être relationnel », de pouvoir offrir une attention rassurante qui se traduit par un sourire, de la délicatesse, un timbre de voix agréable etc...

Nous avons été surpris de constater que, très majoritairement, les patientes ne percevaient pas l'espace de la radiologie comme un lieu inquiétant. L'appareillage ne semblait pas du tout les impressionner. Les machines sont perçues comme « des machines qui marchent », et « qui travaillent bien », certaines n'hésitent pas à dire que c'est « super », et que « ici, je me sens bien ».

Le TRM se positionne aux côtés des machines, et par son attitude, il arrive à *humaniser la technologie*, la rendant ainsi plus accessible.

³⁵ Ouvrage dir. par MOSCOVICI, S. *Psychologie sociale des relations à autrui*. Paris : Nathan, 1994. p. 183

³⁶ Ouvrage dir. par MOSCOVICI, S. *Psychologie sociale des relations à autrui*. Paris : Nathan, 1994. p. 183

³⁷ MIEVILLE, C. *Pénétrer, regarder et voir Propos d'un psychiatre sur l'endoscopie*. Rev.Méd.Suisse Romande, 104 :967-973, 1984

³⁸ HESBEEN, W. *Prendre soin à l'Hôpital*. Paris : InterEditions, Masson, 1997 (7)

La perception de l'espace semble conditionnée par la qualité de l'accueil, la durée et la gestion des temps d'attente. Nous avons pu constater que les temps d'attente étaient raisonnables. Une patiente relève que « Si il y a du stress extérieur, on ne le sent pas du tout auprès du patient » ; l'environnement humain semble faciliter l'accès à l'environnement non humain du fameux « plateau technique ».

Les patientes s'expriment peu sur ce qui va être dit durant l'examen (6.4%). C'est quasiment six fois moins que ce qui concerne le « dire et faire ». Elles comprennent que le TRM n'est pas autorisé à faire des commentaires sur ce qu'il voit : « le TRM sait mais doit se taire ».

« ... *Savoir et ne pas dire tout en sachant que l'autre sait et qu'il sait que vous savez. ... Cette scène est un idéal-type de nombreuses relations infirmières-malades. L'infirmière connaît le diagnostic, les traitements envisagés, le pronostic, etc., et elle n'a le droit de rien dire tant que le médecin n'a pas dit; elle ne peut que répéter ce que le médecin a dit au malade. S'il a menti, elle doit poursuivre le mensonge, et faire fi de son opinion sur le droit de connaître la vérité ou au contraire, le devoir de protéger le malade. ...* »³⁹. Nous pensons qu'il en va de même pour le TRM.

³⁹ MERCADIER, C. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan, 2002. pp. 91-92

CONCLUSIONS:

La profession de TRM s'est développée jusqu'à peu principalement autour des appareils qu'il utilise. Aujourd'hui, à l'heure de la HES, on l'invite à s'interroger sur son « rôle social », à sa place auprès du patient.

Au terme de notre démarche exploratoire, nous avons choisi de modifier notre trajectoire de recherche : des perceptions des TRM nous sommes intéressés à celles des patientes ainsi qu'à leurs attentes.

Cette recherche nous a convaincu que le lien qu'il établit avec les patients n'est pas anecdotique, et qu'il mérite d'être mieux compris.

Ce lien est peu mesurable, difficilement quantifiable voir même « invisible » ; il se situe au niveau de l' « être relationnel ».

La haute technologie n'est en soi ni bonne, ni mauvaise. Les patients ne sont pas effrayés par la technologie si celle-ci est pratiquée par des professionnels qui savent à travers leur pratique faire preuve de chaleur et d'humanité. Le TRM peut être un ambassadeur privilégié de cette médecine. Il doit se différencier de l'effet de sa machine qui « déshumanise la maladie » pour mieux pouvoir l'observer. Il peut pour autant qu'il accepte ce rôle être attentif à l'histoire singulière de chacun des patients qu'il rencontre et ainsi personnaliser son attitude professionnelle.

Si la réalisation des clichés peut être routinière pour le TRM, cette recherche nous montre qu'il n'en est pas de même pour la patiente. Passer

un examen en radiologie n'est jamais une démarche banale.

Le TRM qui choisit de se cacher derrière sa machine peut se soustraire de l'anxiété et de l'attente explicite ou implicite des patients. Si nous avons évoqué le rite auparavant, c'est pour insister sur l'importance de ces derniers dans les rapports sociaux.

Le TRM qui accepte cette idée d'être un peu « passeur », pourra offrir une présence soutenue, en sachant contenir l'inquiétude inhérente à de tels examens, peut trouver un terrain d'investissement personnel qui viendra à son tour l'enrichir.

Au terme de cette recherche, nous sommes convaincus que patient et TRM ont tout à gagner à ce qu'une attention particulière soit accordée à cette relation.

Malheureusement, dans l'univers de la radiologie, bien des choses s'y opposent : du souci de la technique à la performance de la production.

Le TRM n'est pas qu'un exécutant, un « presse bouton » comme le laisse entendre certaines mauvaises langues. Il a une place à prendre auprès du patient. Les patients semblent le savoir, mais lui en est-il vraiment convaincu ?

Des prolongements possibles à cette recherche seraient d'explorer différents aspects de l'interaction TRM / patiente : gênes de la patiente (regard sur sa nudité), proxémie (distance, toucher, contact).

Cette recherche a été le fruit d'une collaboration insolite infirmier/TRM. Le regard complémentaire, proposé par l'ethnologie pour l'un d'entre eux, aura permis à chacun des étudiants-chercheurs de s'enrichir de la différence de l'autre.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES :

- AMIEL.M, CLAVERANNE.J-P, PASCAL.C. *Hôpital et innovation technologique*. Paris : Médica Editions, 2004.
- LE BRETON, D. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses Universitaires de France, 1990.
- BIDOU, A. Mythes, in BONTE, P., - IZARD, M. (dir.). *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris : Quadrige, 2000 p. 498 -502.
- GIREL, A-M. et al. *Etudes sur les soins et le service infirmier : les soins infirmiers et le corps*. Lyon : AMIEC, 1979.
- GUIBERT, H. *A l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie*. Paris : Gallimard, 1990.
- HALL, E.T. *La dimension cachée*. Paris : Point Seuil, 1971.
- HESBEEN, W. *Prendre soin à l'Hôpital*. Paris : InterEditions, Masson, 1997.
- DE HENNEZEL, M. *Le souci de l'autre*. Paris : Robert Laffont, 2004.
- D'IVERNOIS, J.-F. , GAGNAYRE, R. *Apprendre à éduquer le patient*. Paris : Vigot, 1995.
- LECOURT, D. (dir.) *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris : PUF, 2004.
- MANGALAZA, E. *Vie et mort chez les Betsimisaraka de Madagascar*. Paris : L'Harmattan, 1999.
- MERCADIER, C. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan, 2002.
- MORIN, E. *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Seuil, 2005. p.44.
- MOSCOVICI, S. (dir.) *Psychologie sociale des relations à autrui*. Paris : Nathan, 1994.
- PRAYEZ, P. (dir.) *Distance professionnelle et qualité du soin*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2003.
- RISPAIL, D. *Mieux se connaître pour mieux soigner : une approche du développement personnel en soins infirmer*. Paris : Masson, 2002.
- RUSZNIEWSKI, M. *Face à la maladie grave*. Paris : Dunod, 1995.
- SACKS, O. *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*. Paris : Seuil, 1988.
- SACKS, O. *Sur une jambe*. Paris : Seuil, 1987.
- SAINSAULIEU, I. *Le malaise des soignants*. Paris : L'Harmattan, 2003.

SAINSAULIEU, R. *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*. 3^{ème} éd. Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1993.

VAN GENNEP A. *Les rites de passage*. Paris : Librairie Critique, 1969.
p. 210 à 236.

THOMAS, L.-V. *Rites de mort : pour la paix des vivants*. Paris : Fayard, 1985.p. 7-16, p.294.

ESSAI :

IMSAND, C. *Technicien en radiologie médicale : essai de démographie professionnelle*. Cours de perfectionnement en Politique sociale Prof. P. Gilliland. Institut de hautes études en administration publique, 1995.

ARTICLES, LETTRES :

ABEL, H., DESCOMBES F., KOENIG, C. *Prise de position relative à l'encrage au degré tertiaire de la formation des techniciens en radiologie médicale TRM*. Sursee, 2004

HUBER, D. Les techniciens en radiologie médicale : histoire et développement d'une profession. In *Médecine et Hygiène*, 1995, n° 2079, p. 1510-1515.

MANGALAZA, E. Les vivants à l'écoute de leurs morts : l'exemple des Betsimisaraka. In *Cahiers Ethnologiques*, 1985.no.6, p.33-50.

MIEVILLE, C. Pénétrer, regarder et voir : propos d'un psychiatre sur l'endoscopie. In *Revue Médicale Suisse Romande*, 1984, no104 ,967-973.

ACTES :

AMOUROUS, C. *Les cahiers de la recherche – Formation continue : LES SOINS Tome 1*. SUFCEP. 1985

Resp. Colloque : AMOUROUS, C. Les infirmières : profession et formation – Actes du Colloque Chambéry. *Service de formation continue – Centre de recherches et d'applications psychologiques et sociales (C.R.A.P.S.)*, 29 et 30 mars 1996

INTERNET :

AIMARD, P. « Imagerie médicale : les arcanes d'un succès, radiologue, exposé lors de la conférence L'image le 16 septembre 1995 (relu et révisé en février 1999) ». In *Rythme et raison* [En ligne]. <http://membres.lycos.fr/spirales/radiol.html> (Page consultée le 8 septembre 2005)

Équipe Architecture des Systèmes Intégrés et Micro Électronique. *Étude sociologique de la dysmorphophobie* [En ligne]. <http://www-asim.lip6.fr/~ludo/dana/memoire/chap2.html> (page consultée le 22 mars 2005)

Université de Rennes 1. *Index of jacqueline.lagree*. [En ligne]. www.perso.univ-rennes1.fr/jacqueline.lagree/Agreg/corps%20et%20esprit.html (page consultée le 22 mars 2005)

Université de Lille 2 – Droit et santé. *La vénalité des éléments du corps humain* [En ligne]. http://edoctrale74.univ-lille2.fr/fileadmin/master_recherche/T_I_chargement/memoires/medical/laportes04.pdf (page consultée le 22 mars 2005)