

En quoi consiste la dimension relationnelle de l'activité du technicien en radiologie médicale lors d'une prise en charge ?

Travail de Bachelor

CAGDAS Onur

4070016302

MALLERET Clement

4070016419

WYSS Florian

4070016547

Directrice : SEFERDJELI Laurence - Professeure HES

Membres du jury : DURAND Isabelle - Doctorante à la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation

GAIGNOT Céline - Technicienne en radiologie médicale et chargée de cours HES

Genève, juillet 2016

Avertissement

La rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seuls le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques.

10.07.2016

CAGDAS Onur, MALLERET Clement, WYSS Florian

Table des matières

1. Remerciements.....	5
2. Résumé.....	6
3. Introduction	7
4. « De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles »	9
5. « L'interaction langagière : un objet et une méthode d'analyse en formation des adultes »	13
6. « D'un modèle épistémologique de la communication à un modèle praxéologique »	17
6.1. L'acte de communiquer	17
6.2. Notion de schème communicationnel.....	17
6.3. Deux grandes conceptions de la communication	18
6.4. Le schème représentationniste	19
6.5. Le modèle praxéologique	21
6.6. Différences entre modèles.....	24
7. L'IRM.....	26
7.1. Présentation	26
7.2. Réalisation d'une IRM	28
7.3. Contre-indications.....	30
7.4. Les examens	31
8. Prise en charge du patient en IRM.....	33
9. Méthodologie	36
9.1. Corpus : matériaux	36
9.2. Acteurs observés, profil des protagonistes.....	37
9.3. Film.....	37
9.4. Auto confrontation	37
9.5. Entretien avec le patient.....	38
9.6. Méthode d'analyse des différents matériaux	38
9.6.1. Analyse film.....	38
9.6.2. Analyse auto-confrontation	38

9.6.3. Analyse entretien	39
10. Analyse du corpus	40
10.1. Film	41
10.1.1. Moment de la cabine.....	43
10.1.1.1. Situation.....	43
10.1.2. Moment de la voie veineuse	46
10.1.2.1. Situation 1.....	46
10.1.2.2. Situation 2.....	48
10.1.2.3. Situation 3.....	50
10.1.2.4. Situation 4.....	52
10.2. Auto confrontation	54
10.2.1. Analyse de la retranscription.....	55
10.3. Entretien patient	71
10.3.1. Analyse de la retranscription.....	72
11. Synthèse de l'analyse	79
11.1. Confiance	80
11.1.1. Structure de la confiance	80
11.1.2. Confiance purement cognitive.....	81
11.1.3. Confiance catégorielle	82
11.1.4. Confiance et risque	82
11.1.5. Analyse	83
11.2. Angoisse	88
11.3. Humour	91
11.4. Discussion autour de ces axes.....	93
12. Conclusion	95
13. Liste des références bibliographiques.....	97
14. Annexes.....	99
I – Formulaire de consentement éclairé et libre	99
II – Informations pour les personnes participant au travail de bachelor (TB).....	100

1. Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier Monsieur CHALLANDE, Chef TRM du service d'IRM des Hôpitaux Universitaires de Genève, de nous avoir accueillis dans le service afin de réaliser notre film et nos entretiens. Merci également aux techniciens en radiologie médicale pour leurs participations.

Notre profonde reconnaissance s'adresse également à notre directrice, Madame SEFERDJELI Laurence, responsable de recherche HESGE, qui a su nous guider tout au long de nos recherches.

Merci également à Madame DURAND Isabelle et madame GOUDEAUX Annie pour leur temps et leur disponibilité ainsi que pour leurs conseils avisés.

Merci aussi à Monsieur KUSTER Dominique pour ses commentaires et corrections.

2. Résumé

BUT : La présente étude cherche à mieux connaître les compétences de communication mis en œuvre par les techniciens en radiologie médicale (TRM) lors d'une interaction avec un patient. Nous avons cherché à analyser les éléments nécessaires à la réalisation d'un échange réussi. Nous avons voulu mettre en lumière les capacités d'adaptation des techniciens afin de proposer une prise en charge de qualité. Cette recherche se base sur un examen de résonance magnétique. En effet, cette modalité radiologique nécessite une communication et un échange poussé entre le TRM et le patient.

METHODOLOGIE : Pour décrire cette interaction, nous avons filmé la prise en charge d'un patient lors de son examen d'IRM aux Hôpitaux Universitaire de Genève. Nous avons par la suite confronté le professionnel au film afin d'obtenir son point de vue sur l'échange qu'il a eu avec le patient. Nous avons finalement recueilli les commentaires et ressentis du patient suite à son examen au cours d'un entretien. Ces trois matériaux constituent les points de vue externe et interne à la situation filmée, ce qui permet d'analyser ce corpus de manière complète.

RESULTATS : Les matériaux du corpus ont été analysés grâce à différents outils. En effet, le signe tétradique a été utilisé pour l'analyse des retranscriptions et le schéma des ingrédients de l'interaction a été utilisé pour l'étude des films. L'analyse des entretiens ainsi que des observations ont permis de mettre en évidence les ressources utilisées par les professionnels lors de cet échange, comme l'observation, l'humour et l'adaptation, afin d'aboutir à une prise en charge de qualité.

CONCLUSION : Si les protocoles et autres guides de la communication sont utiles, ce ne sont pas eux qui font le travail mais bien le professionnel. Pour faire face à une situation toujours singulière, ce dernier doit sans cesse s'ajuster à son interlocuteur, interpréter ses réactions, les anticiper et moduler son propre comportement de sorte à faire émerger un « monde commun » pour le temps de l'examen. Ce travail de recherche paraît utile à la profession dans la mesure où il n'existe pas beaucoup d'études sur le sujet.

MOTS CLES : TRM, interaction, IRM, communication, monde commun, interprétation

3. Introduction

Le technicien en radiologie médicale sur un lieu de travail doit s'appuyer sur de solides connaissances, acquises au cours de sa formation et dans sa pratique. Il doit maîtriser bon nombre de logiciels informatiques spécifiques à chaque domaine de la radiologie. Ses connaissances sur le corps humain et la physique des particules doivent être solides.

Il y a une dimension technique, avec la machine et son paramétrage, la maîtrise des protocoles d'examens, mais ce n'est pas tout, le TRM doit aussi considérer le fait qu'il lui faille prendre en charge un patient, ce qui représente une autre dimension majeure pour ce professionnel.

Toutefois la littérature axée sur la profession se rattache majoritairement à la technique du métier, celui-ci étant en constante et rapide évolution grâce aux avancées technologiques. Trouver des ouvrages sur la physique de la résonance magnétique, ou encore sur la médecine moléculaire, pour ne citer que ces domaines d'application, est chose aisée. Il en paraît de nouveaux chaque année. Alors que très peu évoquent la communication en radiologie médicale, son rôle, comment elle est impliquée dans une prise en charge, ou encore comment le TRM adapte ses connaissances techniques avec la personne qui est sous sa responsabilité, qui ne connaît peut-être rien de la radiologie. La littérature ne couvre pas cet aspect de la profession et ce travail va s'articuler dans ce sens, c'est de son originalité qu'il tire sa pertinence.

Ce travail de recherche va analyser les éléments nécessaires à la création d'une relation « professionnel – patient » permettant la réalisation d'un examen radiologique. Le but principal de l'interaction étant de créer un monde commun entre les participants où chacun œuvre et collabore à la réussite de l'examen radiologique. Ces notions seront approfondies ultérieurement dans un chapitre nommé cadre théorique.

Ces données ont permis de formuler la problématique suivante : « En quoi consiste la dimension relationnelle de l'activité du technicien en radiologie médicale lors d'une prise en charge ? ». Cette problématique sera abordée sous différents angles afin de la traiter de manière exhaustive. Le corpus est composé de différents matériaux. Ainsi, les points de vue nécessaires à l'analyse de la problématique sont rassemblés pour

apporter une réponse cohérente. Le point de départ de ce travail de recherche est une prise en charge en IRM que nous avons filmée aux Hôpitaux Universitaire de Genève.

Le travail de recherche est divisé en plusieurs chapitres. Les différents modèles de communication, les interactions langagières ainsi que l'étude de l'action dans l'action seront présentés via l'analyse de différents articles dans le cadre théorique. Cela permettra d'introduire le domaine radiologique sur lequel nous nous sommes basés où l'on retrouvera la fonction technique du TRM dans ce dernier.

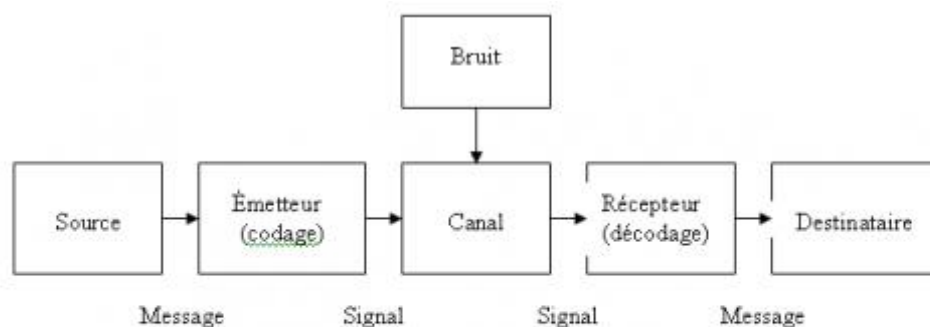
La méthode de travail sera présentée dans un nouveau chapitre. Il présentera la manière dont les différents matériaux du corpus ont été recueillis. Un profil des différents participants de l'examen filmé sera proposé, puis les différents outils utilisés pour l'analyse des matériaux seront présentés.

Ces différents outils permettront d'étudier concrètement la situation filmée afin de mettre en avant les capacités et ressources utilisées par les professionnels pour aboutir à la réalisation de l'examen radiologique. Une analyse de l'auto confrontation faites avec l'un des professionnels qui a participé à l'examen sera réalisée. La partie « analyse » du travail de recherche se terminera par l'étude de l'entretien avec le patient suite à l'examen.

4. « De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles »

Le premier article sur lequel nous nous sommes penchés est celui de Picard (1992). Il tente d'expliquer les différents modèles qui existent sur la communication ainsi que leurs adaptations au cours du temps. On va ici détailler ces différents modèles pour résumer l'évolution de ceux-ci, mettre en avant ce qui les distingue sans trop rentrer dans les détails. Le but n'étant pas de résumer l'article de Picard mais de permettre de comprendre les changements qui se sont produits dans les modèles de communication.

Les premiers modèles sont apparus après la Seconde Guerre mondiale. Le modèle de référence communicationnel était celui de Shannon et Weaver (1949, voir schéma ci-dessous). Il présente la communication comme un transfert d'un message à partir d'une source vers un destinataire. Il a permis de démontrer pourquoi un message peut être différent une fois arrivé au destinataire (les effets des « bruits »). C'est un modèle dit « technique ». Les auteurs se sont inspirés des systèmes de transmission de signaux dans les télécommunications. Des termes comme source, bruit, canal, codage ou encore émetteur y sont présents.



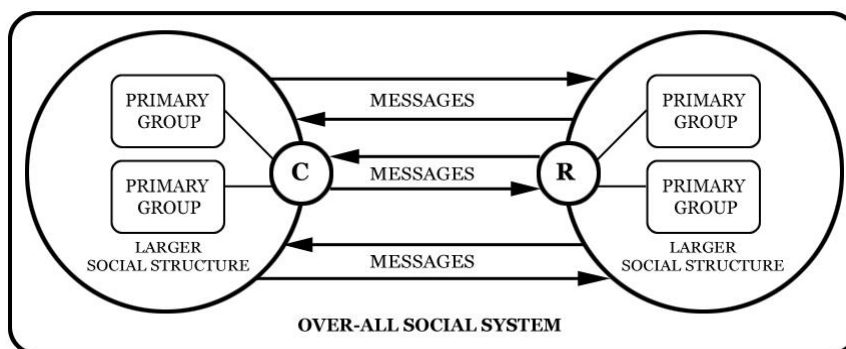
- 1) La source d'information énonce un message ...
- 2) ... que l'émetteur va encoder et transformer en signal,
- 3) lequel va être acheminé par le canal,
- 4) puis décodé par le récepteur, qui reconstitue un message à partir du signal
- 5) et le transmet enfin au destinataire.

Tiré de : article de Picard

Un autre modèle « technique » était présent à cette époque. Celui de Lasswell (1948) qui concerne la communication de masse. L'intérêt de ce dernier, est qu'il montre que le processus de communication est aussi un processus d'influence. On communique dans un certain but.

Ces deux modèles ont le mérite d'être simple, ce qui explique leur succès. Mais ils ont des défauts non négligeables. Comme dit avant, ce sont des modèles dits « techniques » et quand on voit les termes et les explications de ceux-ci, on s'aperçoit que les situations de communications n'ont pas de contexte, les individus sont totalement coupés de leur environnement.

Les modèles qui sont venus par la suite, sont des modèles plus « humain ». Ils ont introduit des groupes de populations ainsi que la notion du « contexte social ». Le processus de communication devient de plus en plus un processus social. Le modèle de Riley et Riley (1959, voir schéma ci-dessous) est l'un des premiers à illustrer cela.

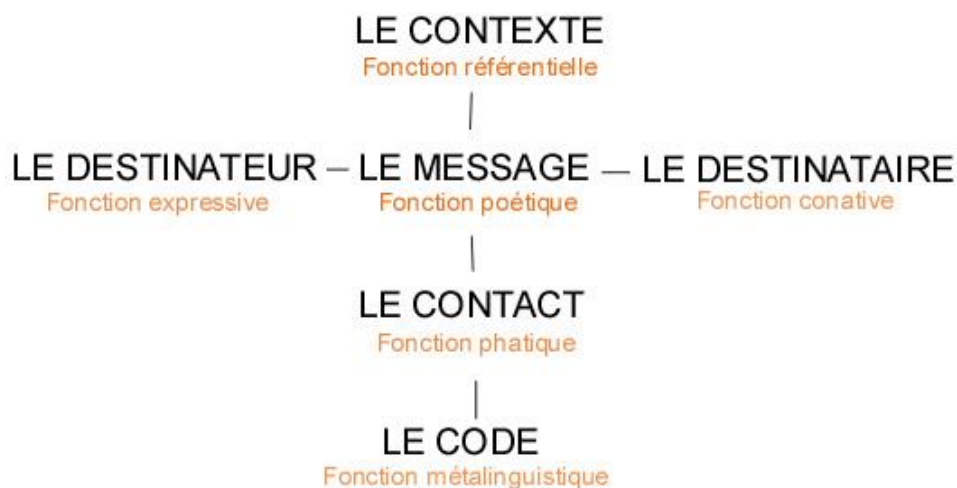


Tiré de : article de Picard

La notion de « feedback » fait son apparition en 1948. Cette notion va changer la considération des termes source et destinataire. La source et le destinataire sont des « émetteurs-récepteurs ». Ils ont des fonctions différenciées mais ne sont pas clivées comme le laissait croire les anciens modèles. Avec cette notion de « feedback », le message transmis est vu comme un stimulus, il provoque une réaction chez le partenaire et il peut lui-même être une réponse à un comportement antérieur de celui-ci. Cela met en avant un défaut des modèles de communications techniques qui est de négliger la nature du message. Ces modèles ne précisent pas que le langage humain, qui constitue en lui-même un élément complexe, peut influencer la communication. C'est à partir de là que des modèles de types linguistiques vont faire leur apparition.

Les deux modèles qui représentent les travaux de la linguistique dans le domaine de la communication sont celui de Jakobson (1963) et celui de Hymes (1962).

Le modèle de Jakobson (voir schéma ci-dessous) tente de saisir la complexité de la communication humaine. Pour cela, il ajoute trois éléments aux trois éléments de base déjà présent.



Tiré de : article de Picard

Les notions de contexte, de contact ainsi de code font leur apparition. La transmission d'un message ainsi que sa compréhension nécessitent beaucoup de données et non juste la réception de celui-ci. Un traitement est fait mais n'est pas forcément perceptible toutefois ce modèle tente de l'expliquer.

Sans trop rentrer dans les détails, ce modèle nous dit que deux personnes qui communiquent se sont au préalable mises d'accord sur le code qu'elles allaient utiliser ou le contexte dans lequel va se dérouler cet échange. Cela se fait, bien entendu, de manière inconsciente et si ce processus n'est pas fait, les protagonistes ne se comprendront pas.

Jakobson tente de se dégager d'une vision abstraite et mécaniste de la communication. Il prend aussi en compte la notion du feedback qui met le destinataire dans une attitude active.

A ces modèles techniques et linguistiques va s'ajouter une perspective psychologique qui va permettre d'enrichir ces derniers. La notion de « multicanalité » de la communication fait son apparition. En effet, un message peut être verbal comme non-

verbal. Les gestes, les postures ou le ton jouent un rôle dans le transfert de message. Le rapport entre deux personnes devient un « rapport psychosocial », c'est-à-dire un rapport déterminé par leurs statuts ou identités sociales (âge, sexe). Par exemple, nous ne nous comportons pas de la même manière avec un proche ou un supérieur hiérarchique.

L'un des premiers modèles psychosociologiques est celui que Newcomb a formalisé à partir des travaux de Heider (1958) qui portait sur l'importance de « l'équilibre » dans les relations. La communication y est présentée comme un phénomène complexe et dynamique. Ce qui est important à soulever dans cette approche psychologique, c'est que la notion de « contexte » s'est approfondie.

Cet article montre à quel point ces modèles ont changé et se sont enrichis. Il est intéressant de voir comment au fil des années des nouvelles notions ont vu le jour pour venir compléter ces modèles, pour les rendre plus « humain ». D'un transfert de message à la réception de celui-ci, la communication est devenue une interaction où chaque élément est lié à un autre. Ils ne peuvent pas être pris individuellement. Ils font partie d'un tout complexe qui ne cesse de s'adapter. C'est pour cela que les chercheurs ont cessé de formaliser la communication dans des schémas simplifiés qui rigidifiaient un processus plus dynamique que statique.

Il serait compliqué de choisir un modèle existant pour le mettre en corrélation avec la profession de TRM. Il n'existe pas un modèle parfait sur lequel se baser. Comme dit précédemment, la communication est dynamique et demande de l'adaptabilité. Il est toutefois intéressant de connaître les différentes notions qui constituent une interaction avec un patient. Cela permet d'être mieux préparé à créer un environnement commun. Il faut garder en tête toutes les notions que ce soit dans les modèles techniques, linguistiques ou encore psychosociologique. Elles donnent de bonnes bases afin d'être préparé à une interaction.

5. « L'interaction langagière : un objet et une méthode d'analyse en formation des adultes »

Après avoir vu les différents modèles de communications dans l'article de Picard, nous nous sommes intéressés de plus près aux interactions. C'est pourquoi le choix de cet article de Filliettaz (2014) a attiré notre attention.

Il y est mentionné que la place du langage dans le travail est prédominante. Les interactions langagières sont indissociables de la réalisation du travail de technicien en radiologie médicale. Le travail présente alors un aspect technique mais aussi un aspect « langagier ». L'idée d'interaction du langage avec les patients mais aussi avec les collègues est quelque chose de nécessaire à la production d'un travail efficace.

Une interaction langagière permet alors de sortir du cadre simple de l'enchaînement d'ordres et d'indications. En effet, on assiste alors à un échange entre deux personnes qui permet alors de court-circuiter le schéma basique du monologue. Cet échange ne devient alors efficace qu'au moment où les différents intervenants partagent un monde commun. Le terme hétéroglossie¹ est utilisé dans l'article de Fillietaz pour mettre en avant que les « monologues dégradent l'hétéroglossie en soliloque ». L'échange entre humain amène lui-même des résultats plus efficaces. Les interactions seraient des processus interactionnels propres à des situations de coprésence et d'activités collectives, donc des actions entraînant des échanges. Les personnes concernées par cet échange ne sont plus considérées comme des individus puisqu'ils jouent désormais un rôle et usent chacun de leurs influences. On pourrait alors parler d'acteurs plus que de personnes ou individus.

Le fait que le patient vienne au rendez-vous fixé et se déplace implique qu'il est plus ou moins prêt à rentrer en contact et en relation avec le technicien en radiologie médical et donc de créer une collaboration, si courte soit elle. La création d'un monde commun commence par la volonté d'aller ensemble (ici du ou des techniciens et le patient) vers une même action qui est la réalisation dans de bonnes conditions, mécaniques et humaines, de l'examen radiologique. L'article présente la notion de

¹ L'hétéroglossie décrit la coexistence de variétés distinctes dans un seul « code linguistique ». En grec ancien, *hetero* signifie « différent » et *glossa* signifie « langue, langage » selon wikipédia.

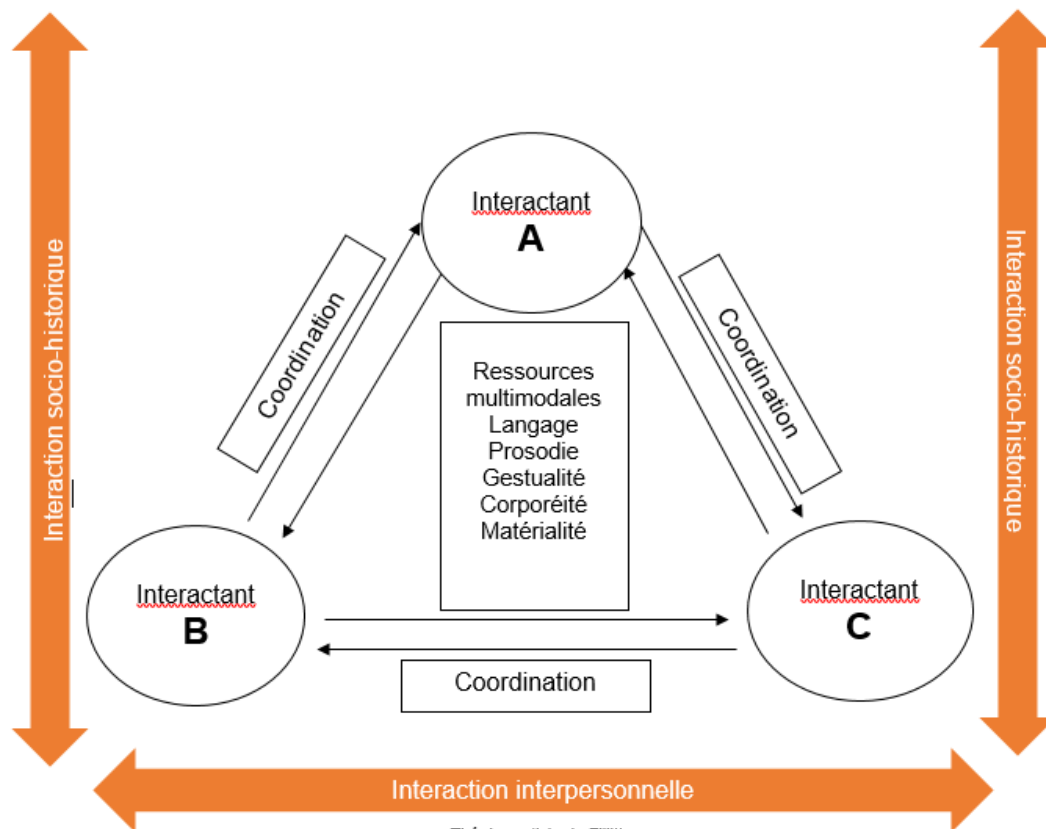
communication pour essayer de diminuer le plus possible la part de l'interprétation dans l'échange, dans le but d'être le plus clair possible et ne pas laisser de place à la supposition, ou simplement rendre l'action la plus claire possible pour qu'il n'y ait pas de mécompréhension. Il y a différents moyens d'échange dans ces interactions collectives, comme le langage verbal, le langage non verbal ou encore le langage para verbal. Mais l'environnement peut aussi jouer un rôle important durant l'échange.

Les canaux de communications désignent tous les médias de transmission d'information. « 55% de l'information durant un échange serait transmis par le non verbal, 38% par le para verbal et 7% seulement par le verbal pur. » (Martens, 2000). Le verbal correspond aux choix des mots utilisés et leurs sens propres. Le non verbal désigne alors tout ce qui n'est pas dit par la voix durant un échange. La façon de respirer ou la gestuelle des interactants rentrent alors dans l'idée du non verbal. Le reste fait donc parti du para verbal qui se compose entre autres, du rythme et débit de parole et de l'intonation apportée à chaque phrase et mot. Il pourrait aisément influencer les dires des acteurs en interaction. Fillietaz utilise le terme « sémiotique » dans son article pour parler de l'analyse des signes et des sens qu'ils peuvent prendre durant un échange. Ces moyens sont donc très importants à prendre en compte lorsqu'on étudie des interactions de ce genre mais il est indispensable de les analyser en prenant compte le bagage historique et social de celui qui les utilise. Un geste ou une parole pourrait être interprété de différentes façons selon le passé culturel de l'interactant. Une idée fait alors aussi surface, les participants sont non seulement en interactions avec l'autre acteur mais aussi avec leurs propres préjugés et leurs idées reçus, qu'elles soient fausses ou non. C'est pourquoi le TRM a un rôle majeur dans le bon déroulement de l'examen, car il doit non seulement gérer les paramètres techniques de l'appareillage radiologique mais doit aussi réaliser un travail de création et d'adaptation qui en résultera un examen de qualité. On a donc une ou plusieurs personnes dans un environnement commun visant au même but et utilisant différents moyens pour avancer ensemble vers cet objectif collectif.

Il faut toujours garder à l'esprit que l'action qui se déroule lors d'une prise en charge d'un patient dans le cadre de la radiologie est une interaction. Nous n'avons pas un acteur qui guide et l'autre qui suit les indications. C'est en réalité un peu plus complexe que ça. Le deuxième interactant est en fait autant « guide » que le premier. Les rôles

se mélangent puisque le TRM a évidemment son rôle de professionnel de la santé et est donc dans la posture de celui qui sait et qui apporte donc l'information, mais pas seulement. Il doit aussi s'adapter à tout moment au patient qu'il a pris en charge. Son autre rôle consiste à utiliser les informations envoyées par le patient pour répondre à ses attentes. Le deuxième interactant devient alors à son tour le guide. Par exemple, pour réaliser un examen d'imagerie par résonnance magnétique, il faut que le patient garde ses deux bras au-dessus de la tête et il fait savoir au TRM qu'il a des problèmes de motricité au niveau des épaules, il ne pourra donc pas garder ses bras levés. A cet instant le patient devient le guide de la situation, c'est alors lui qui donne les indications et c'est au technicien de s'adapter et de se laisser guider.

Les deux interactants ont donc les mêmes rôles mais pas aux mêmes moments. La seule situation possible où le technicien en radiologie médicale serait le seul guide serait durant la prise en charge du patient parfait, un patient qui comprendrait tout, qui n'aurait pas de question, qui pourrait réaliser tous les mouvements que nécessiterait un examen radiologique. Cette idée de coopération et de coordination se retrouve dans le schéma de communication qu'a créé Fillietaz.



Le modèle référence de Shannon & Weaver (1949) prend en compte les différents canaux de transmission, mais n'a qu'une source et qu'un destinataire pour un message. En revanche, la notion de « bruit » est absente du schéma de Fillietaz. Cette notion peut peut-être se retrouver dans l'idée de coordination. Le feedback se retrouve dans les doubles flèches du schéma de Fillietaz. La réception et la transmission du schéma de Shannon & Weaver est intégré aux sphères des différents interactants. Dans un sens la création de Fillietaz est la plus complète avec les canaux, et le feedback. C'est le seul schéma où l'on retrouve l'idée de la coordination et de l'action conjointe.

De nombreuses définitions ont été proposées au fil du temps et les avis sur la communication diffèrent. En revanche, on retrouve une notion commune dans presque toutes les définitions proposées. En effet, l'idée de « processus » est omniprésente. L'étymologie du mot « communication » est la mise en commun ou être en correspondance avec quelqu'un ou quelque chose. Il n'y a pas de vie en communauté ou en société sans la communication.

6. « D'un modèle épistémologique de la communication à un modèle praxéologique »

Après s'être penché sur les interactions et leurs fonctionnement, l'article de Quéré (1991) a attiré notre attention puisqu'il traite en partie de la manière d'analyser l'action dans l'action qui aboutit à la création d'un monde commun.

6.1. L'acte de communiquer

Il ne s'agit pas d'une simple transmission d'informations d'un individu à un autre. Cela ressemble plutôt au façonnement d'un espace, d'un monde commun à, ou aux personnes avec qui il y a une interaction. Ce monde qui se crée ne provient pas uniquement du langage, il découle du contexte, de l'action, de nos envies, de nos croyances, de tout ce que l'on est. Ce monde commun est un assemblage de données propre aux identités mutuelles de tout un chacun, une réalisation sociale. L'acte de communiquer ne se limite pas seulement à un transfert d'information, bien plus de paramètres entrent en ligne de compte.

6.2. Notion de schème communicationnel

Tout d'abord, qu'est-ce qu'un schème ? C'est la structure ou l'organisation des actions telles qu'elles se transforment ou se généralisent lors de la réalisation de cette action en des circonstances semblables et analogues.

Le but est de mettre en évidence l'activité et l'organisation sociale, les rapports sociaux, et dans le cadre de ce travail, entre TRM et patient. Cette notion permet d'étudier les propriétés d'un système formel.

Dans la théorie, le schème est communicationnel quand :

- Pendant une activité, un protagoniste, entier, de par son objectivité, sa subjectivité, son individualité, et l'ensemble de ses capacités à vivre en société, interagit avec le monde et les autres.
- Dans l'action, un monde commun, une réalité partagée, sont modelés et maintenus.

- Il y a coopération sociale, dans une situation donnée. Par exemple la prise en charge d'un patient, où l'intercompréhension à sa place. Où l'adaptation mutuelle est continue.
- Le langage, sous toutes ses formes, est mis en avant. On ne parle pas ici d'un simple langage qui désigne les choses, mais d'un moyen de façonner une réalité dont il fait partie intégrante.

La communication, dans ce modèle, permet de constituer socialement une réalité, de la maintenir, de la faire évoluer, indépendamment de la temporalité et des choses prédéfinies qui peuvent nous représenter en tant qu'individu.

La praxéologie est la connaissance de l'action et se veut comme un modèle dit « communicationnel ». Le modèle opposé à celui-ci est le modèle « épistémologique », et se dit de la communication « représentationniste informationnel ». Leurs différences seront développées ultérieurement.

6.3. Deux grandes conceptions de la communication

Épistémologie : Basée sur la théorie de la connaissance, il y a un transfert de connaissance, de représentations prédéfinies d'un interlocuteur à l'autre. C'est le schème de la représentation. Théorie de la connaissance.

Praxéologie : Basée sur la théorie de l'action, il y a création d'un monde commun par l'action. Schème de la « constitution sociale de la réalité ». Théorie de l'action.

6.4. Le schème représentationniste

On envisage aisément la communication comme moyen de transmettre de l'information. Son contenu est une affaire de traitement de l'information, acquise au préalable suite à la transmission de celle-ci. On élabore et réceptionne des représentations du monde réel. Ces représentations proviennent de notre esprit, elles se transforment en pensées, en déductions, en interrogations, en faits.

Quand nous communiquons, nous souhaitons transmettre une idée, en la suscitant dans l'esprit de l'autre personne et cette idée fera émerger des représentations similaires dans son esprit.

C'est une transmission intentionnelle, dans le contexte qui s'y prête. Par exemple, dans une prise en charge, le soignant a l'intention d'informer le patient sur le déroulement d'un examen. Le contenu du message a pour but de faire écho dans l'esprit du patient, pour qu'il y ait de l'intercompréhension. Le message est délivré correctement et selon l'intention quand la communication permet d'obtenir une représentation similaire de part et d'autre, dans cet exemple, entre le TRM et son patient.

Le destinataire du message estime et considère les intentions et les représentations du communicateur. Cela s'appelle le processus d'inférence. C'est un raisonnement qui consiste à aller, par l'esprit, d'une idée à une autre qui lui est liée. On pourrait le nommer processus de décodage.

La communication produit et interprète des signes que les protagonistes d'une interaction décryptent pour se rendre mutuellement des comptes de ce qui découle de l'interaction en cours. L'interprétation des signes au sein d'un message reflètent ce qui est décrit ici.

Selon l'article de Quéré, la communication a un enjeu essentiellement cognitif. En effet celle-ci peut modifier l'environnement cognitif. Il est dit cognitif car un individu exploite son savoir pour construire ses propres représentations, qui seront inférées par l'interlocuteur. Quéré cite à plusieurs reprises Sperber et Wilson, à qui l'on doit la « théorie de la pertinence » selon laquelle, dans une interaction, il y aurait une économie du langage afin de ne dire que ce qui est pertinent. C'est entre autres ici,

cette pertinence, qui aide à inférer les représentations cognitives adéquates de l'environnement chez l'individu.

Avant le monde commun, l'interaction, la pertinence du langage, les représentations, avant tout cela, il faut savoir que le monde est prédéfini. Par ces propos nous voulons mettre en évidence, que ce qui constitue le monde est indépendant de notre perception sur celui-ci. Il y a une séparation entre la réalité et notre réalité, de par nos représentations, sur ce quoi elle porte (le monde réel) et comment nous les percevons. L'activité cognitive d'un individu lui permet de bâtir et de corroborer ses représentations vis-à-vis des propriétés du monde réel. Les intentions, les désirs, les ressentis influent sur notre perception des quatre mondes existants, dans une interaction communicative. Par quatre mondes nous entendons ; le monde réel, le monde du premier individu, le monde du second et le monde commun entre ces deux personnes.

Chaque interaction peut entraîner des modifications de « l'environnement cognitif » réciproque. Il est même probable que cela soit le but recherché, une altération de ses représentations déclenchera un comportement en conséquence.

Précédemment, nous avons abordé la notion de monde prédéfini. Nous comprenons, dans une certaine mesure, notre perception de l'environnement, mais de ce fait-là, comment imaginer, comprendre ou encore concevoir un monde en dehors de notre propre perception ?

Pour percevoir le monde prédéfini et les représentations qui ne s'y rapportent pas, l'observateur doit faire abstraction de sa perception personnelle. Comme exemple ; il pourrait s'agir de réaliser, d'accepter et de prendre en considération la peur d'un patient pour effectuer un examen en radiologie médicale.

Les comportements et les gestes qui découlent d'une interaction sont dû à des états intentionnels, subjectifs ou non (opinions, pensées, désirs, intentions...). Ces états sont une réalité indépendante des autres. Une action est composée par deux propriétés : un mouvement physique et un ou des états mentaux. L'intention ou la signification d'une action provient de l'idée qui l'a engendrée. En communiquant nous avons l'intention d'informer en induisant une représentation tout en cherchant à faire reconnaître cette intention d'informer.

Suite à cela, doit venir la compréhension recherchée par l'inférant. Cette compréhension n'existera que si les représentations adéquates ont résonné dans l'esprit de l'autre personne. La reconnaissance de l'intention passera par la production d'indices, l'association de messages à des signaux, qui permettront de reconstruire les intentions et les représentations. Arrive alors un raisonnement logique duquel aboutira une conclusion. Tout ce cheminement est réalisé grâce au langage, mais celui-ci ne sert qu'à désigner le monde pour en bâtir des représentations en corrélation avec les propriétés du dit monde. Ce langage pourrait être tout autre, le cheminement peut être effectué grâce à des dessins ou de formules mathématiques. C'est réellement un choix que nous faisons que d'utiliser cette « procédure communicationnelle ».

Au travers du langage, qui n'est ici qu'un moyen de faire correspondre les représentations respectives de la réalité, les acteurs cherchent à identifier la vérité. Car tout ce qui est dit ou fait est susceptible d'être vrai, ou faux. Une promesse, une question, un ordre, induisent ce qu'on nomme des « attitudes propositionnelles » (désirs, pensées, intentions, croyances). Cette forme de communication s'appuie sur les intuitions et le sens commun, qui servent à émettre un préjugé du monde objectif et ainsi développer une conception représentationniste par rapport à la subjectivité des acteurs.

6.5. Le modèle praxéologique

Ici on ne traite pas de la représentation, de l'objectivité du monde, ou de la subjectivité d'une personne, mais de l'action, de « l'activité organisante » réalisée conjointement entre plusieurs protagonistes. Le langage est toujours de mise, mais on ne cherche plus à émettre des hypothèses ou à construire des représentations. On recherche plutôt la compréhension mutuelle et l'intercompréhension, dans l'action. La communication devient alors une situation de « modelage mutuel d'un monde commun au moyen d'une action conjuguée. ». Il faut comprendre que dans le modèle praxéologique, la communication ne consiste plus en représentations réfléchies par des intentions mais en l'actions découlant d'une perspective commune.

Dans l'action, il y a un échange manifeste dans ce monde qui est créé. Chacun se rapporte temporairement à l'autre. Au travers du langage et de l'action, la structure façonnée sera liée par les attentes réciproques de chacun et non plus par des représentations prédéfinies d'un monde prédéfini ou d'une perception tiers. C'est un contenu commun, avec ses propriétés propres, traitées par des perspectives communes. Je ne sous entends pas, par perspectives communes, des opinions ou des pensées mais la création d'un monde où tous les individus vont s'y rapporter, par leurs actions, dans l'action. La communication servira dans ce modèle, d'organisation de « perspectives partagées ». On ne se base plus sur des représentations émanant d'indices.

La différence se situe dans le fait qu'il a plus de monde prédéfini, peu importe lequel, qui doit être représenté avec adéquation. Le « je » devient « nous » dans l'action communicative. « Contrairement au modèle épistémologique, le modèle praxéologique attribue au langage, outre la dimension représentative, une dimension expressive et une dimension constitutive. ». Le langage n'a pas pour seul but d'établir des représentations de la situation ou de l'état des choses. L'information ne survient avant l'action, pour la représenter, mais bien pendant l'action, les acteurs traitent et structurent l'information par le biais d'une activité organisante. Il y a une composante sociale d'échange mutuel pendant l'interaction.

L'information pertinente se constitue dans l'environnement et dans l'évolution de l'action, elle se structure en fonction de la situation. Dépendant de l'action, l'environnement et son influence sur les acteurs prend une part importante, l'activité est liée à l'environnement.

Quéré utilise un exemple sociologique. La situation est la suivante ; dans un repas entre amis, A. est non voyant et on lui propose de déguster un vin. A. ne sait pas que face à lui se trouve un verre dédié à ce nouveau vin, et celui-ci s'empresse alors de terminer son verre d'apéritif, pour pouvoir y recevoir le vin. Son ami lui verse le vin et, A., le portant à la bouche croit à une plaisanterie de mauvais goût, alors que le vin est dans le verre qui lui est destiné, juste en face sur la table.

Tout le monde sait ici ce qu'est une personne aveugle et ce que cela implique. Cette activité rituelle que de goûter le vin est connue de tous, et les éléments nécessaires à sa réalisation le sont tout autant. Ce qui permet de constater les choses, de s'en rendre compte dans l'action, est l'émergence d'une nécessité manifeste connue d'un détail nécessaire de l'environnement. Cela fait non seulement émerger une nécessité, mais aussi des attentes, l'état des choses. Dans cet exemple, la présence du verre n'est pas manifeste à A., alors que pour ses amis elle-l'est, au moins autant que le fait qu'ils sachent qu'il ne peut le voir. Il n'y a pas de représentations qui soient décrites pour que le geste puisse s'accomplir, c'est un processus intrinsèque à l'action en cours.

C'est dans l'action que ses amis prennent conscience, même s'ils le savaient au préalable, que la perception du monde de A. est totalement différente de la leur. Ce qui est manifeste pour les uns ne l'est pas forcément pour les autres et inversement. La réalité devient manifeste par la création d'un monde commun.

Cet exemple regroupe des gestes et des paroles. Les protagonistes sont engagés dans l'action et c'est cet engagement qui met en évidence le modèle praxéologique et le dissocie de l'épistémologique qui correspond à un désengagement de l'action pour inférer au préalable des représentations. Dans l'un, la réalité se vit du début à la fin de l'action, tandis que dans l'autre celle-ci est représentée puis vécue dans l'action. Il n'était pas nécessaire de représenter les propriétés d'une personne aveugle.

L'action en cours rend visible les objets et les personnes de leur environnement ainsi que leurs propriétés respectives. L'action structure l'environnement et marque l'intention. Une simple parole, même si elle n'apporte rien de nouveau qui ne soit pas manifeste, créera une interaction et sera traitée comme une proposition de réalisation d'un espace commun. Cette simple parole pourra orienter toute l'action qui pourrait en découler. Un échange quelconque permet de se rapporter aux autres, à l'environnement et à soi. L'état de la relation entre deux personnes, aura bien entendu un impact, sur le ton et sur le style de la conversation.

C'est l'attention mutuelle et réciproque, dans l'instant présent, qui fait émerger un monde commun, du fait que dans une conversation on se rapporte à l'autre, pour se rapporter à l'action en cours. C'est la notion de perspective commune qui alimentera l'échange et ainsi développera un espace commun.

6.6. Différences entre modèles

Premièrement, le langage est commun, c'est son utilisation qui n'est pas considérée de manière similaire dans les deux modèles. Dans le modèle « épistémologique », c'est un outil informationnel, il sert à représenter. Quant au langage dans le modèle « praxéologique », il se situe dans l'action et contribue fortement au façonnement d'un espace commun. Le langage nous sert à articuler les choses, grâce à lui il est possible de passer d'une zone d'ombre à la lumière, nous pouvons faire des distinctions avec notre vocabulaire.

Ensuite, c'est par le langage que nous nous comprenons nous même, ainsi que nos actes. C'est par son biais que l'on établit la pertinence, que les valeurs d'un individu prennent forme. C'est le langage qui nous permet de dissocier, de déterminer, qu'il s'agisse de notre ligne de conduite, de nos critères de réussite, de nos concepts, tout ceci passe par le langage. « Our typically human concern only exists through articulation and expression. » (Taylor, 1985, p. 270). Par le langage, on exprime aussi nos émotions, nos sentiments, nos ressentis et en distinguant chaque élément avec un vocabulaire adapté, on accroît son individualité jusqu'à transformer la nature des choses elles-mêmes. La réalité se manifeste entre autres au travers du langage. L'action passe par le langage et c'est lui-même qui donne vie et sens à l'action.

Dans le modèle épistémologique, tout n'est que transmissions de choses prédéterminées. De ce fait, même quand l'idée devient manifeste, cela n'a aucune influence sur ce qu'elle est. Tout est affaire de transmission de conceptions stables. Il est d'ailleurs nécessaire que rien ne change, que tout soit stable, sinon comment retrouver des similitudes.

Dans le modèle praxéologique, c'est l'accomplissement de l'action dans un espace commun qui donne l'identité, la signification, l'intentionnalité et ce qui les rends manifestes. Ce n'est pas par des représentations communes et figées dans nos esprits que nous parvenons à ce résultat. Ce qui veut dire qu'avant l'action, les choses ne sont pas totalement prédéterminées avec ce modèle.

La notion d'intercompréhension est abordée à plusieurs reprise. Pour que cette notion s'applique, l'individu va s'appuyer sur une perspective publique, pour émettre un avis

qu'il pourrait donner, sur n'importe quel sujet. L'avis est émis sous la contrainte de l'action, ou est-ce l'inverse ?

Si l'on prend l'expression, dans le modèle épistémologique, où tout est déjà prédéfini, l'expression n'est rien qu'une démonstration indirecte d'un monde prédéfini qui existe sans celle-ci et plus en amont dans le temps. L'expression sert d'indice à la réalité, ou du moins, à notre perception de la réalité. Tandis que dans le modèle praxéologique, l'expression se représente dans l'action et ce qui en découle est indépendant de tout ce qui l'a engendrée. De plus c'est le plus souvent au terme de l'interaction que l'intention est comprise.

L'intention de se faire comprendre. Il s'avère qu'il est possible de révéler des choses sur soi sans s'exprimer à proprement parler, avec la gestuel et le comportement. C'est une communication involontaire.

Ces deux modèles décrivent la communication de manière significativement différente. Le modèle épistémologique a une approche psychologique cognitive. Alors que le modèle praxéologique se rapporte plutôt à une sociologie.

7. L'IRM

7.1. Présentation

Dans notre profession, il existe plusieurs modalités d'imagerie et l'IRM est l'une d'entre elle. Nous nous sommes basés sur celle-ci dans la réalisation de notre travail. Dans ce chapitre, nous tenterons de définir l'IRM de la manière la plus claire possible en se basant sur nos connaissances théoriques ainsi que divers supports externes.



Tiré de : <http://www.cime.ch/nos-examens/irm-3t/>

« L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est une technique d'imagerie médicale permettant d'obtenir des vues en deux ou en trois dimensions de l'intérieur du corps de façon non invasive avec une résolution en contraste relativement élevée. »²

« Le patient est placé dans un mini-tunnel où règne un champ magnétique. L'émission d'ondes radio va positionner les noyaux d'hydrogène du corps du patient dans un état particulier appelé résonance. Le retour de ces noyaux d'hydrogène à leur état d'équilibre va engendrer la formation d'un signal dans une antenne réceptrice. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est une technique qui permet d'obtenir des images dans n'importe quel plan de l'espace. »³

² Définition proposée par le site Wikipédia

³ Définition proposée www.info-radiologie.ch

« Le corps entier du patient est soumis à un champ magnétique, tel que celui du globe terrestre ou d'un aimant, mais beaucoup plus intense. L'eau du corps humain contient des atomes d'hydrogène (protons), qui s'alignent dans ce champ magnétique. Pour obtenir un signal, l'appareil doit modifier localement l'orientation de ces protons au moyen d'impulsions d'ondes radio. Les protons aimantés ont vite tendance à reprendre leur orientation initiale, tout en émettant à leur tour des ondes radio de fréquence différente. Ces ondes sont captées par une antenne, analysées et reconstruites sous forme d'images en coupes, et ceci dans n'importe quel plan de l'espace (contrairement aux coupes uniquement transverses du scanner). La résonance magnétique n'utilise aucune radiation ionisante (rayons X), et personne n'a pu démontrer à ce jour le moindre effet nocif sur l'organisme dans des conditions d'examen habituelles. »⁴

Après lecture de plusieurs sites, on constate qu'il existe différentes manières de définir l'IRM. Pour pouvoir donner une explication simple de cet examen, nous nous baserons sur les termes utilisés lors de la prise en charge que nous avons filmé.

La machine se présente sous forme d'un mini tunnel et est extrêmement sensible au mouvement. C'est pourquoi, le fait d'être immobile est une nécessité. Cela peut poser des problèmes avec des patients agités ou claustrophobes, ce qui est encore aujourd'hui un problème majeur de cet examen.

⁴ Définition proposée www.hug-ge.ch

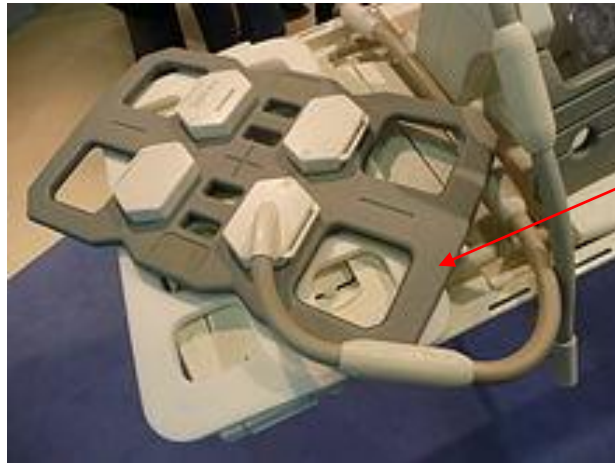
7.2. Réalisation d'une IRM

L'examen d'IRM est toujours demandé par un médecin prescripteur via un bon. Sur ce bon, il y a toutes les informations relatives à l'examen ce qui permettra par la suite au technicien en radiologie médicale de choisir les séquences adaptées. C'est de ces séquences que va dépendre la mise en avant de tel ou tel tissu du corps. On peut également trouver sur ce bon des informations sur le patient qui permettent de réaliser différents calculs comme le SAR, (Specific Absorption Rate) qui peut être responsable d'un effet d'échauffement chez le patient.

Afin de réaliser un examen IRM, il est nécessaire d'avoir à disposition du matériel spécifique. En effet, le TRM utilisera durant l'examen un moniteur considéré comme le poste de travail principal où s'afficheront les différentes séquences et images, un injecteur qui permettra d'apporter du produit de contraste dans le corps du patient et aider à l'analyse des images et au diagnostic et une ou plusieurs antennes (émettrices, réceptrices) qui reçoivent les données créées par l'interaction entre la machine et les molécules d'hydrogène du patient.



Tiré de : <http://afppe.poitou.online.fr/Site%20A.F.R.H.A/images/irm/Intera-pupitre.jpg>



Antenne

Tiré de : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/d/de/Atenne_surfacique_IRM.JPG/220px-Atenne_surfacique_IRM.JPG



Injecteur

Tiré de : http://www.guerbet.fr/fileadmin/user_upload/fr_home/fr_professional/equipements-medicaux/irm-injecteur.jpg

7.3. Contre-indications

Tout d'abord, il est important de savoir que l'IRM agit comme un aimant et tous les objets contenant du fer y sont attirés. C'est pour cela que les patients doivent retirer tous les objets métalliques qu'ils ont sur eux. De ce fait, l'IRM possède une liste de contre-indications non négligeable qui sont liées essentiellement aux champs magnétiques. En effet, ce champ est tout le temps actif ce qui rend l'appareil dangereux même pour les professionnels de la santé.

Si un objet métallique devait rentrer malencontreusement dans la salle d'examen, il arrive ce qu'on appelle « l'effet missile ». L'objet est violemment attiré vers la machine ce qui le transforme en un dangereux projectile.

De plus, à cause du champ magnétique, les dispositifs peuvent subir des dysfonctionnements ce qui les rend par la suite inutilisables.

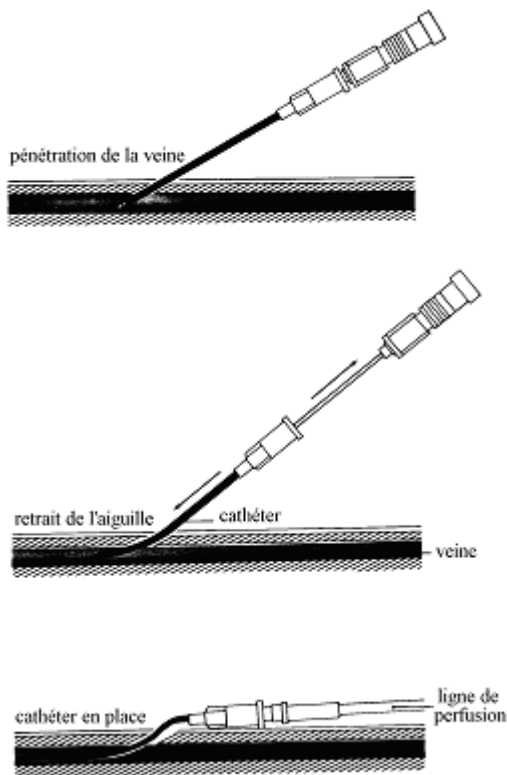


Tiré de : http://img.over-blog-kiwi.com/1/95/18/77/20160124/ob_fc969e_ps1jpec.jpg

Il existe toutefois des objets compatibles avec l'IRM tel que certains modèles de pacemakers ou de valves cardiaques. C'est pourquoi il est important que le technicien en radiologie médicale réalise un contrôle rigoureux afin d'éviter tout risque de blessure et dégâts matériels.

7.4. Les examens

Selon la zone analysée et la pathologie recherchée, le TRM effectue différents examens. Certains nécessitent l'injection de produit de contraste durant des séquences particulières comme l'angio-IRM. Cet examen permet au TRM d'investiguer les vaisseaux du corps humains. C'est pour cela qu'il arrive souvent que le TRM soit amené à préparer des plateaux de ponction constitués de seringues de NaCl, de cathéter, de tubulures et autres matériels médicaux. Avec cet acte, le professionnel cherche à introduire un tuyau en plastique dans une veine via un cathéter. Le technicien cherche à opacifier les différentes veines et artères du corps. Il arrive que le patient ait déjà une voie veineuse en place lors de sa prise en charge, le professionnel doit alors vérifier la perméabilité de celle-ci pour savoir s'il peut l'utiliser.



Tiré de : http://www.soins-infirmiers.com/catheter_court_veineux.php Tiré de : <http://français.bbraun.ch/cps/rde/xchg/cw-bbraun-fr-ch/hs.xsl/products.html?prid=PRID00004055>

Dans le film, le patient cite souvent le sintrom. C'est un médicament qui permet de fluidifier le sang et ainsi d'éviter toute complication d'obstruction des vaisseaux sanguins. Un patient sous sintrom saigne donc plus facilement qu'un patient lambda. Le professionnel doit donc prendre certaines précautions supplémentaires afin d'éviter tout saignement trop important durant la mise en place de la voie veineuse.

Les patients sous sintrom sont donc plus à même de présenter un état d'angoisse lors ce geste médical.

Lorsqu'il y a présence d'une d'injection de produit de contraste, il y a d'autres données à prendre en compte. En effet, le débit d'injection (vitesse d'injection) varie d'un examen à l'autre. Il est donc nécessaire de bien tester la voie veineuse avant de commencer l'examen et ainsi diminuer les risques d'extravasation. L'extravasation signifie le passage d'un produit de contraste en dehors de la voie veineuse. C'est une complication que les TRMs s'efforcent d'éviter lors de la réalisation d'un examen.

Lors d'une injection, il est important que le TRM soit attentif car il doit lancer l'acquisition des images au moment où la zone analysée est opacifiée. C'est ce qu'on appelle la méthode Carebolus. Le facteur temps est aussi à prendre en compte. En effet, s'il lance l'acquisition des images trop tôt, il sera sur un temps dit artériel et dans le cas contraire, il sera sur un temps veineux. Il est aussi possible de réaliser des images tardives plusieurs minutes après l'injection. Selon le moment où le TRM prend les images, différentes structures anatomiques sont mises en avant, artères, veines ou voie rénale par exemple.

Dans certains cas, il est nécessaire de demander au patient de réaliser des apnées. Cela permet au TRM d'exclure tout artéfact lié aux mouvements des poumons. Pour cela, il donne des instructions au patient via un micro et ce dernier peut communiquer avec lui par le biais d'une sonnette.

8. Prise en charge du patient en IRM

Le travail de TRM est complexe. En effet, il consiste non seulement à maîtriser le côté technique de chaque machine, mais aussi à appréhender chaque patient de manière adaptée pour apporter toutes les informations nécessaires à la réalisation de l'examen.

Le travail se base sur la prise en charge d'un patient en IRM. Notre choix s'est porté sur un examen d'imagerie par résonance magnétique car la prise en charge lors de ce genre d'examen doit être impérativement précise et exhaustive pour éviter toutes complications. Mais il est impératif de rappeler que la communication et les « échanges langagiers » sont indissociables de tout examen radiologique et de toute activité professionnelle qu'il soit comme l'illustre l'auteur Filletaz dans son article nommé : « L'interaction langagière : un objet et une méthode d'analyse en formation des adultes ». En effet, la communication a un rôle primordial dans la pratique de notre profession, et encore plus dans le contexte d'un examen en IRM puisque les contres indications et les précautions à prendre sont nombreuses et que l'examen nécessite une préparation particulière.

Le patient arrive à l'heure à son rendez-vous et la salle est déjà préparée pour l'examen. Le ou la TRM a donc déjà mis en place les antennes qui seront utiles à la réalisation des images, les coussins utiles au confort du patient sont aussi prêts à l'emploi. Tout est alors prêt pour débiter l'examen. La dernière étape est très importante. Il s'agit de rentrer en contact avec le patient et de lui exposer les points essentiels d'un examen IRM et de revoir avec lui le questionnaire qu'il a rempli en arrivant dans le service de radiologie. Il est important de savoir si le patient a déjà du passer un examen de résonance magnétique. Puis, il est nécessaire de demander à chaque patient s'il porte un pacemaker et s'il a reçu des débris métalliques aux niveaux des yeux car même si un examen IRM n'est pas irradiant, il existe quand même des risques pour les professionnels de la santé et pour le patient.

Il est primordial de s'assurer qu'aucuns objets métalliques n'entrent dans la salle d'examen pour éviter l'effet missile ou projection. Tout objet métallique sera inévitablement attiré par le champ magnétique de la machine et pourrait entraîner des dommages conséquents. Donc on s'assure en premier lieux de faire retirer tout objet

métallique au patient (que ce soit téléphone, portefeuille, boucle d'oreille etc...). Le déshabillage complet est donc de rigueur, qu'importe l'indication de l'examen.

Les pacemakers de 1^{ère} génération et les débris ferromagnétiques dans le corps sont des contres indications absolues à la réalisation de l'examen. Les contres indications relatives sont la présence de matériel chirurgical (clips, prothèse, valve cardiaque, pompe implantable), l'IRM doit être évitée durant les trois premiers mois de grossesse, claustrophobie sévère (selon le cours sur la sécurité en IRM de madame Gaignot).

Si l'indication nécessite une pose de voie veineuse pour injecter un produit de contraste, le TRM utilise alors ce temps de pose pour donner les dernières informations utiles à la bonne réalisation de l'examen. En effet, parler en même temps que la mise en place de la voie veineuse peut aider certains patients à focaliser leur attention sur quelque chose d'autre que la pique. Le technicien rappelle au patient que l'examen fait énormément de bruit et que ses oreilles seront couvertes par un casque pour éviter d'être trop dérangé.

Une fois que la salle est prête, que le patient porte seulement une blouse, que la voie veineuse est placée et que le patient est bien au clair avec le déroulement de l'examen, alors le TRM peut accompagner le patient en salle. Le professionnel donne les indications sur le positionnement que doit adopter le patient sur la table d'examen, branche la voie veineuse à l'injecteur rempli de produit de contraste, utilise tous les coussins nécessaires pour assurer le confort du patient, donne toujours une sonnette d'urgence au patient pour qu'il puisse se manifester s'il ressent la moindre angoisse ou douleurs pendant l'examen et place finalement le casque sur les oreilles du patient. La sonnette est une manière de rester en contact avec le patient durant l'examen (ce qui peut être long parfois) et de lui montrer que le TRM ne l'abandonne pas dans la salle, seul. Le TRM garde toujours un œil sur le patient pendant toute la durée de l'acquisition des images.

Les professionnels de la santé comme les TRMs et les médecins radiologues peuvent à tout moment communiquer avec le patient grâce à un micro qui relie le poste de travail à la salle d'examen.

Cette présentation brève du rôle du technicien en radiologie médicale durant un examen de résonnance magnétique, met en avant l'importance de la communication durant la prise en charge du patient. Les examens de scanner ou de radiologie conventionnelle peuvent parfois être compliqués et demander beaucoup de temps mais la prise en charge d'un patient en IRM reste spéciale. En effet, certains aspects sont à prendre en compte durant un examen IRM qui ne sont pas nécessaires dans d'autres modalités d'examen. Le fait que l'espace soit confiné, que la machine soit très bruyante ou encore que les contre-indications à l'examen soient vraiment strictes, nous ont aidé à choisir cette modalité plutôt qu'une autre. Effectivement, si le TRM doit prendre en compte plus de facteurs que pour un examen sur une autre machine, alors il en découle logiquement plus de communication. Notre choix pour cette modalité s'est donc basé essentiellement sur ce point.

9. Méthodologie

Le travail de recherche se penche sur l'analyse d'une prise en charge en imagerie par résonance magnétique (IRM). Le choix est porté sur l'IRM pour la complexité impliquée dans la prise en charge elle-même. Elle est représentative de ce à quoi le TRM doit faire appel pour réaliser son examen.

Le cadre théorique développe ce qu'est une prise en charge, présente des modèles de communication et comment se crée un monde commun. Il explique ce qu'est l'imagerie par résonance magnétique.

À la suite, la présentation du corpus, ses éléments et comment nous les utilisons pour produire notre synthèse finale.

La méthodologie se constitue schématiquement comme suit :

9.1. Corpus : matériaux

Film	A.C TRM	Entretien patient
Point de vue externe	Point de vue interne	Point de vue interne
Transcription	Transcription	Transcription
Analyse des interactions verbales	Analyse signe tétradique	Analyse interprétative
	Analyse du cours d'action	
Synthèse de l'analyse des matériaux et mise en lien entre les 3 types de matériaux		

9.2. Acteurs observés, profil des protagonistes

Cyril : Technicien en radiologie médicale, diplômé il y a 5 ans. Principal acteur de notre corpus de recherche. Une trentaine d'années, dynamique et sociable. Il a été très collaborant et s'est montré enthousiaste pour notre étude. Tempérament comique, aisance dans le contact.

Julien : Technicien en radiologie médicale, diplômé il y a 4 ans. Une trentaine d'année lui aussi, il collabore avec Cyril durant la prise en charge.

Patrick : Haut en couleur, très expressif et communicatif. Début de quarantaine, ce patient est suivi pour une greffe du pancréas, ce n'est pas son premier examen en IRM, aux HUG.

9.3. Film

Vidéo d'une prise en charge complète, de l'accueil à la libération du patient. On y voit Cyril, Julien et le patient, Patrick. Chaque étape est filmée, par nos soins, caméra à la main. Nous sommes venus en blouse de travail, pendant une journée aux Hôpitaux Universitaires de Genève, dans l'unité d'imagerie par résonnance magnétique. Un examen a été sélectionné puis enregistré, après obtention du consentement de toutes les personnes impliquées. Cette vidéo est le point de vue externe de la situation, axée sur l'observation essentiellement.

9.4. Auto confrontation

Suite au premier film, nous avons demandé à Cyril s'il était d'accord de le visionner et d'être interrogé sur ses actions. Une chercheuse a mené l'interrogatoire, curieuse des détails. L'auto confrontation est sur un support vidéo d'une durée de 28mn. C'est un élément important du corpus ; le point de vue interne de Cyril. L'interrogatoire s'est déroulé dans un local des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Le film présente ce que le récit ne pourrait montrer : les choix du professionnels, les conséquences de ses choix, les gestes dans leurs détails, les options retenues ou abandonnées durant l'activité elle-même, les inattendus que l'activité peut présenter et avec lesquels le professionnel doit composer. L'auto confrontation est une analyse de l'activité mais surtout une occasion d'obtenir le point de vue du professionnel.

9.5. Entretien avec le patient

Après l'examen, un entretien avec le patient fut possible, dans une salle d'attente de radiologie. L'entretien a été obtenu avec un enregistreur vocal. Le patient donne alors son point de vue interne de l'examen. Deux chercheurs mènent l'interrogatoire. Cet entretien est le troisième et dernier élément du corpus de recherche.

9.6. Méthode d'analyse des différents matériaux

9.6.1. Analyse film

- *Visionnage*
- *Transcription avec les outils d'analyse d'Isabelle Durand*
- *Analyse des interactions verbales (acte du langage)*

Les aspects relationnels des interactions ainsi que la construction de la relation interpersonnelle. Ce qui est fait avec les mots, la valeur performative des actes de langage. Les actes de langage sont classifiés comme suit ; les actes promissifs, les actes directifs, les actes assertifs, les actes expressifs et les actes déclaratifs.

9.6.2. Analyse auto-confrontation

- *Visionnage*
- *Transcription*
- *Analyse de la transcription avec le signe tétradique*
- *Analyse interprétative*
- *Analyse du cours d'action*

Une transcription simple est réalisée dans un premier temps puis l'activité est décomposée en signes dits tétradiques. Le signe permet de reconstruire le cours d'action et de réaliser une adéquation descriptive forte avec les données, en accédant à la « signification pragmatique » construite par les acteurs.

Les composantes du signe sont : l'objet, le représentamen (ou élément significatif), l'interprétant et l'unité élémentaire. Ces composants seront développés plus tard dans le travail.

Après avoir reconstruit le cours de l'action, il est possible de l'analyser, d'en faire une synthèse et la mettre en lien avec notre cadre théorique.

9.6.3. Analyse entretien

- *Écoute*
- *Transcription simple*
- *Analyse interprétative*

Le but est de rechercher tous les éléments dits significatifs pour le TRM, ce qui était important pour lui et pourquoi. C'est le détail qui sont recherchés. C'est une recherche très développée sur l'auto confrontation, qui apporte le plus d'éléments significatifs, grâce au point de vue interne de Cyril. Le film a servi de base pour l'observation et a permis d'obtenir cette auto confrontation. L'entretien avec le patient constitue son point de vue interne de l'examen. L'enregistrement vocal obtenu ajoute de nouveaux éléments significatifs à notre recherche, ce matériel est précieux, car il apporte des réponses à des questions qui se sont posées pendant l'auto confrontation, il est complémentaire.

L'analyse de chacun de ces matériaux a pour but de mettre en évidence les détails les plus importants de cette situation. Cette fine analyse permet de faire ressortir ces éléments qui sont d'une importance capitale, car sans celle-ci, ils ne se remarqueraient pas.

10. Analyse du corpus

Le travail de recherche nous a amené à étudier différents matériaux et de différentes façons. En effet, le corpus se compose en premier lieu de la prise en charge en IRM filmée aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Ce film représente un point de vue externe qui permettra de décrire et d'analyser tout ce qui est visible pour des personnes qui n'ont pas de liens avec le milieu de la radiologie.

Une auto confrontation avec la participation du professionnel principal qui a pris en charge le patient durant l'examen d'imagerie par résonnance a été faite. Ce matériau représente alors un premier point de vue interne à l'activité et a permis de mettre en avant des éléments qui n'auraient pas pu être analysés avec le film seul.

Le dernier matériau est un entretien réalisé avec le patient lui-même à la fin de l'examen médical. C'est alors un nouveau point de vue interne qui s'offre aux analyses. Le patient a donc pu livrer son ressenti sur la prise en charge et sur la relation qu'il a créée au cours de l'examen avec l'équipe de technicien en radiologie médicale.

Le corpus se compose donc d'un point de vue externe et de deux points de vue internes qui seront étudiés avec différents outils.

10.1. Film

Afin que l'ensemble de la situation soit compréhensible, un récit du déroulement de l'interaction est proposé ici :

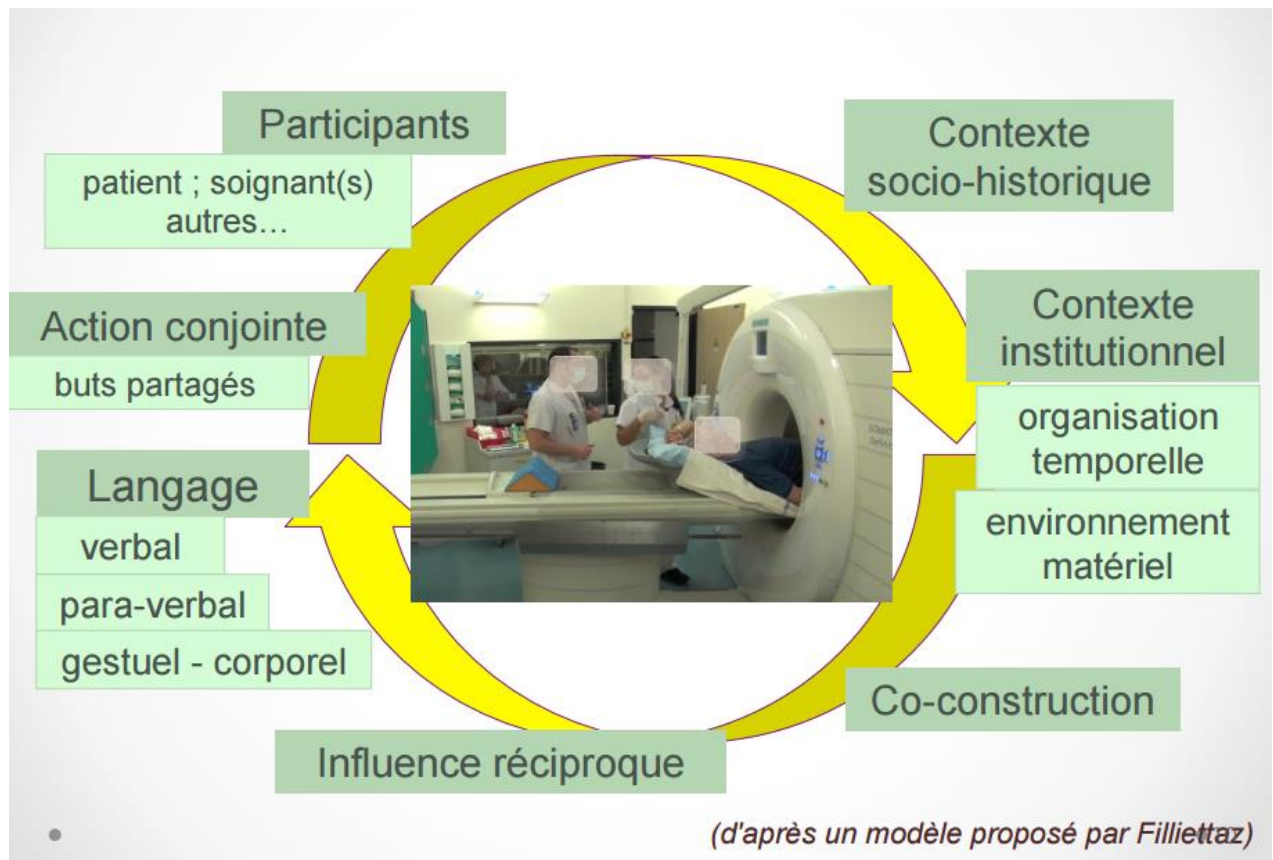
Cyril, le premier TRM accueille Patrick, le patient, et le fait passer en cabine. Un échange s'en suit dans lequel le TRM donne tous les éléments nécessaires à la préparation de l'examen au patient. Le professionnel laisse le patient se changer et rejoint son collègue Julien dans la salle d'examen pour la préparer.

Une fois la salle prête, le technicien retourne à la cabine pour accompagner le patient en salle d'examen. Une fois ce dernier installé sur la table, les professionnels mettent en place l'équipement nécessaire à la réalisation de l'examen puis vérifient la voie veineuse que le patient présente au pli du coude. Ils arrivent rapidement à la conclusion que celle-ci n'est pas utilisable et qu'il va falloir en poser une nouvelle.

Cette décision pose problème au patient qui n'est pas à l'aise avec l'idée de se faire repiquer. Les techniciens trouvent alors un moyen de réaliser cet acte et ainsi de poursuivre l'examen.

La vidéo ne sera pas présente dans le travail, c'est pourquoi des captures d'écrans ainsi que des retranscriptions des dialogues seront présentés afin d'étayer les analyses proposées. Deux moments significatifs de la prise en charge ont été sélectionnés où un regard externe quelconque peut constater des transferts de rôles.

L'analyse de l'interaction s'est fait grâce à l'utilisation de l'outil suivant :



Tiré de : Cours d'Isabelle Durand

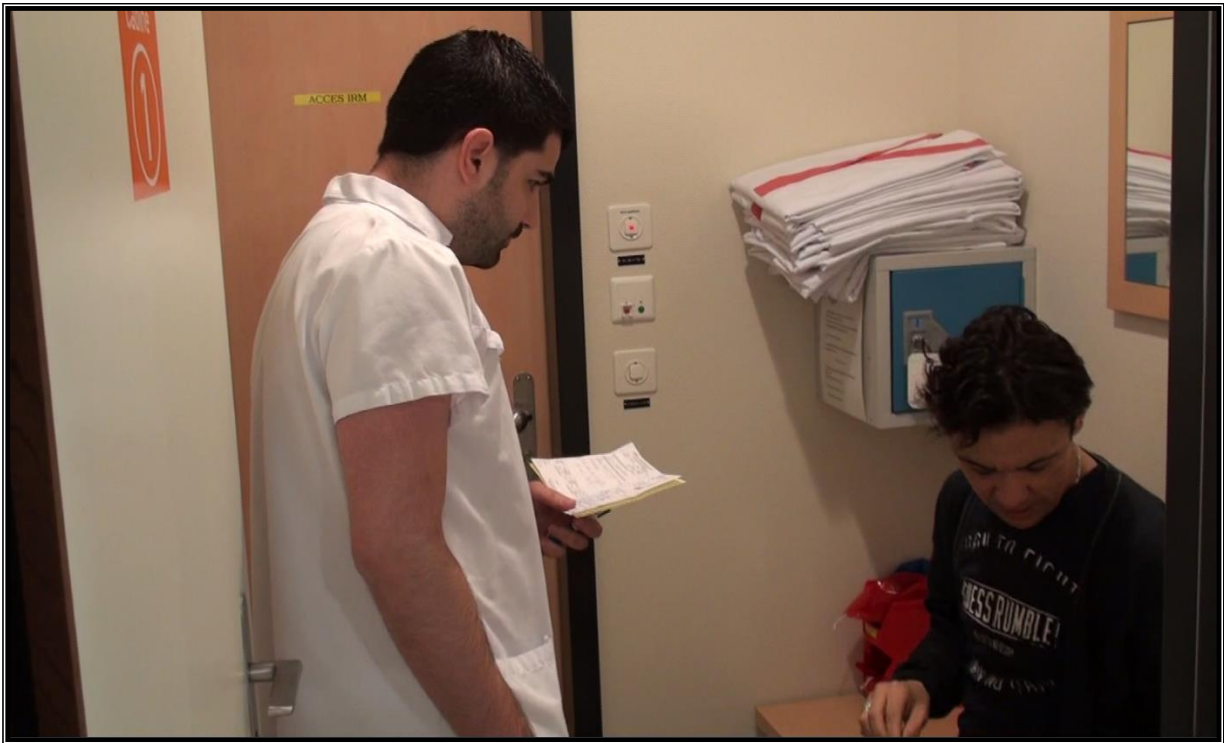
Cet outil sert de cadre afin de traiter tous les éléments pertinents de l'interaction entre les interactants, qu'importe la situation étudiée.

Pour les passages de la retranscription, la convention simplifiée suivante sera utilisée :

/ \	intonation montante ou descendante
...	pauses
xxx	syllabes inaudibles
°abc°	diminution du volume de voix
+abc+	augmentation du volume de voix

10.1.1. Moment de la cabine

10.1.1.1. Situation



1 TRM 1 : +L'IRM est un gros aimant, donc tout ce qui est métallique doit être enlevé. Boucle d'oreilles, les bagues, la montre, le collier, d'accord ?/+

2 (*Le patient acquiesce et s'exécute*)

3 TRM 1 : +Donc il va falloir enlever le pantalon et le T-shirt s'il vous plait et vous allez mettre ça+ (*En prenant une blouse de l'hôpital*) +Vous pouvez laisser toutes vos affaires ici+

4 Le patient : +Oui bien sûr+

5 TRM 1 : +Durant l'examen, moi j'aurais plusieurs informations à vous donner. Donc quand je vous dirais, vous respirez normalement, tranquillement, régulièrement. Et à des moments on va devoir vous demander des apnées. Donc gonfler les poumons et bloquer. D'accord ?/+ (*En mimant ses propos pour aider à la compréhension du patient*)

6 TRM 1 : +C'est de la résonnance magnétique, c'est un gros aimant d'accord ?/+

Le contexte institutionnel est représenté ici par le cadre médical des HUG qui encadre les deux protagonistes. Ceci prédéfinit donc les rôles des interactants de l'examen. On s'attend donc à un technicien en radiologie médical tenant un rôle de leader qui mène la prise en charge et un patient qui suit les directives professionnelles.

On a un TRM utilisant de nombreux actes directifs sous forme de questions se terminant par des « d'accord ? » qui amènent le patient à répondre par des actes commissifs. Les questions du technicien sont appuyées par un langage corporel. Les variations d'intonations traduisent l'utilisation du langage para-verbal. L'acte directif permet d'affirmer la prise du rôle de leader de celui qui l'utilise durant l'échange. On a un leader professionnel et un patient qui répond en suivant le rythme du technicien. Durant l'échange dans la cabine, les rôles respectent les attentes de chacun dû au contexte institutionnel.

Le patient est ici à la demande d'un médecin pour passer un examen médical et le TRM doit réaliser cet examen. On retrouve ici un but que les deux participants partagent. Ils utilisent un processus d'action conjointe sous forme de questions - réponses pour atteindre ce but partagé. Les questions du technicien en radiologie médicale amènent d'autres questions de la part du patient. On assiste alors à une influence réciproque entre les deux interactants.

L'adaptation du vocabulaire du technicien en radiologie médicale nous montre comment la construction d'un monde commun débute. L'utilisation d'un mot familier comme « gros aimant » met en avant la volonté du professionnel de partager des informations compréhensibles pour le patient. Les deux parties partagent donc un langage commun. Ceci permet au patient et au professionnel d'avancer ensemble, de co-construire leur monde commun.

L'image présente le TRM face au patient et se tenant droit. Il tient le bon de l'examen dans sa main gauche entre lui et le patient. Sa main droite permet d'accompagner ses paroles par des gestes. La tête du TRM est penchée en avant. L'échange se fait dans un espace restreint qui est la cabine où le patient doit se préparer en suivant les directives du professionnel. Une distance est respectée entre le TRM et le patient lors de leur entretien dans la cabine. Nous supposons d'après notre expérience en tant que stagiaire durant nos trois années de formation, que le technicien en radiologie

médicale a déjà étudié le bon d'examen et qu'il le prend pour donner au patient une sensation de prise en charge complète et d'investissement professionnel. Le TRM est toujours debout durant l'échange et le regard est fixé vers le patient, ce qui pourrait traduire l'implication du professionnel en ce qui concerne la prise en charge.

Il lie des gestes à ses paroles pour peut-être capter l'attention de la personne prise en charge pour qu'elle soit plus attentive aux instructions. Le professionnel s'exprime d'une voie claire et articule bien ses mots. Sa voix est calme et nous pouvons constater qu'après chaque directive donnée, il cherche la bonne compréhension du patient en utilisant des mots comme « d'accord » ou bien « ok ? » à plusieurs reprises. Le TRM utilise de nombreuses questions ou des phrases qui attendent une réponse du patient. De cette manière, il semble donner au patient un rôle actif et non passif. Ainsi, il obtient les informations qui lui seront nécessaires à la réalisation de l'examen.

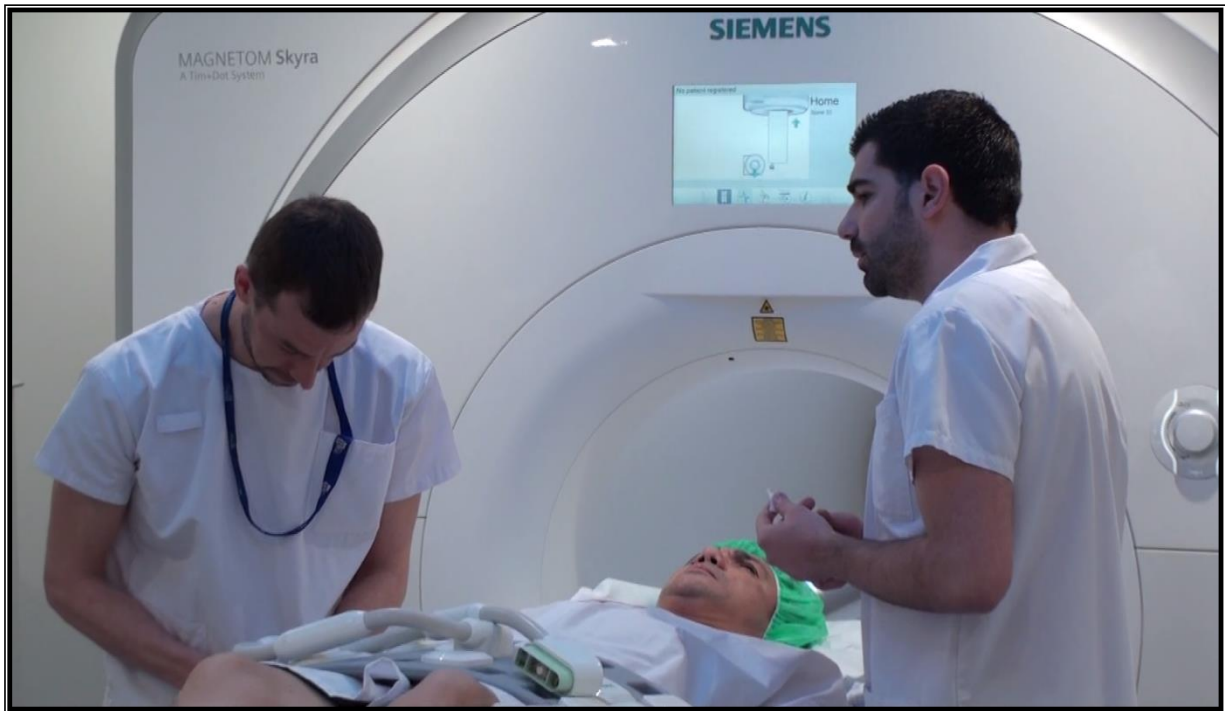
Le TRM demande au patient de réaliser plusieurs actions en même temps durant leur échange. En effet, lorsqu'il demande au patient d'enlever ses différents bijoux, il continue à expliquer le déroulement de l'examen, ou quand le professionnel demande au patient de se déshabiller et qu'il poursuit sa quête d'informations nécessaire à la réalisation de l'examen.

D'après notre expérience, il est parfois difficile de respecter le temps imparti pour la réalisation d'un examen. De plus, le technicien qui accueille le patient nous dit dans l'auto-confrontation « On a difficilement le temps de faire plus. Plus spécialement aujourd'hui. On est à la bourre entre guillemets. ». Cela pourrait expliquer pourquoi le TRM fait faire plusieurs choses au patient en même temps. Ce serait une manière de gagner du temps, pour commencer l'examen au plus vite.

10.1.2. Moment de la voie veineuse

Nous avons sélectionné quatre moments de la prise en charge où l'on peut constater la construction du monde commun entre les professionnels et le patient ainsi que leur changement de rôle.

10.1.2.1. Situation 1



1 *(Durant cet échange, le TRM 2 installe l'antenne torso sur l'abdomen du patient. Le TRM 1 va chercher une seringue de NaCl pour que le TRM 2 puisse tester la voie veineuse qui avait été posée ultérieurement)*

2 TRM 1 : *+Quand on vous demande des apnées, il faut gonfler les poumons et garder l'air+ (Le TRM 2 vérifie si la voie veineuse est toujours bien en place en utilisant la seringue que le TRM 1 lui a donnée. Le TRM 1 fournit des explications sur l'injection qui va suivre et présente l'injecteur)*

3 Le patient : *°C'est pas le produit jaune là ?°*

4 TRM 1 : *+Non c'est pas le produit jaune. Non, non, c'est un autre produit de contraste à base de Gadolinium qui nous permet de voir les vaisseaux+*

5 *(Le patient acquiesce)*

Le moment de la voie veineuse est un moment charnière car on assiste à un transfert de rôle que nous allons essayer de mettre en avant. Au début de la situation, les deux techniciens ont toujours le rôle de co-leader. En effet, il y a toujours⁴ une utilisation d'actes directifs de la part des professionnels. Depuis le moment de la cabine, les rôles sont respectés et n'ont pas changé.

On assiste ici à une action conjointe entre les trois interactants qui utilisent le matériel nécessaire pour atteindre leur but partagé qui est de pouvoir débiter l'examen. Les TRMs encadrent physiquement le patient en se plaçant de part et d'autre de la table. L'un vérifie la voie veineuse pendant que l'autre utilise des actes directifs pour donner au patient les consignes à suivre afin de réaliser au mieux l'examen. Le patient continue de donner son approbation par des actes promissifs comme son hochement de tête le laisse entendre. La notion de co-construction est présente à ce moment car les trois participants travaillent ensemble pour atteindre un but commun.

Après avoir accompagné le patient en salle d'examen, les deux techniciens se placent de chaque côté de la table d'IRM. Suite à l'auto-confrontation, nous apprenons que ce placement n'est pas réfléchi mais pourrait donner au patient une sensation d'encadrement. Cette organisation spatiale renforce probablement la sensation de confiance et d'encadrement qui a été mis en place par les professionnels dès l'accueil du patient.

Le patient est allongé sur le dos et le professionnel se tient près du patient au niveau de la tête, certainement pour s'assurer de la bonne compréhension du patient et pour le rassurer.

Julien est du côté droit du patient et surveille la voie veineuse qui est déjà présente. Cyril, se tenant droit, continue à répondre aux questions du patient pendant que l'autre technicien s'occupe de la voie. Cela semble distraire l'attention du patient.

10.1.2.2. Situation 2



6 (Le TRM 2 parle à voix basse avec le TRM 1 à propos de la voie veineuse. Le patient inquiet se redresse)

7 Le patient : +Pardon ?/+

8 (Le TRM 2 vérifie le retour veineux et le patient se crispe de suite)

9 Le patient : +Doudoudoudoudoudou.../+ doucement, doucement. (En regardant le point de ponction sur son pli du coude) +Pas le truc rose s'il vous plait, je suis sous sintrom+

10 TRM 2 : +Je sais monsieur+ °Ça passe pas° (Mouvements de la tête de droite à gauche)

11 TRM 1 : +On va reposer une voie veineuse+

Cette image illustre le moment où les professionnels ont choisi de reposer une nouvelle voie veineuse dans le but de pouvoir finaliser l'examen. L'adaptation des TRMs est un élément clé dans la réalisation de l'IRM.

Le « pardon ? » du patient survient au moment de l'échange à voix basse entre les deux professionnels. Cette interrogation pourrait correspondre à la genèse de l'angoisse du patient qui est le point de départ du transfert de rôle de leader.

Les professionnels communiquent entre eux par des gestes et une voix basse, peut-être pour éviter au patient d'avoir des données sur sa voie veineuse dont il n'a pas besoin et qui pourraient l'angoisser.

Dans cette image, Cyril est penché sur la voie veineuse, ce qui semble attirer l'attention du patient et augmenter son angoisse.

10.1.2.3. Situation 3



12 TRM 2 : +Faut reposer une autre voie veineuse. Celle-là ne fonctionne pas+

13 Le patient : °Si si elle fonctionne°

14 TRM 2 : +Regardez/+ (*Patient se redresse encore un peu plus pour regarder ce que fait le TRM 2 qui s'occupe de la voie veineuse*)

15 TRM 1 : +Je vais piquer ici monsieur+ (*En désignant le bras gauche*)

16 Le patient : +Oh non la ça va pas. Regardez/+ (*En montrant son bras gauche tendu*)

17 TRM 1 : +Regardez on a une belle veine+ (*En montrant la main gauche du patient*)

18 Le patient : +Oh non. Regardez la tâche qu'elle a. Vous ne voyez pas ?/+ +Ah vous êtes amoureux vous !+

19 TRM 1 : +D'accord mais est ce que je peux utiliser celle-ci de veine ?+ (*En montrant celle présente sur le bras gauche du patient*)

20 Le patient : °Non°

21 TRM 1 : +Elle est toute jolie+

22 Le patient : °Non° (*En levant son bras gauche*) +Ça sert à rien, y'a une fistule ici+

Le patient répond ici à une affirmation par un acte assertif. Une collision des rôles s'opère. Les professionnels ont du mal à garder le leadership et le patient commence à prendre les rênes de l'examen. Il décide ici de qui fait quoi. Le patient fait alors confiance au binôme de professionnel pour la mise en place de la nouvelle voie veineuse et pour la réalisation de l'examen.

Il choisit un technicien comme soutien affectif pour lui tenir la main et l'autre pour repiquer son bras. Les codes du contexte institutionnel sont chamboulés. Le patient utilise des actes directifs.

Cyril et Julien sont toujours de chaque côté de la table. L'état d'angoisse du patient se manifeste par le fait qu'il lève la tête pour voir le travail des professionnels. A partir de ce moment, il semble vouloir gérer la suite de l'examen.

10.1.2.4. Situation 4



23 Le patient : +Vous restez là !+ (*En serrant la main du TRM 1*)

24 TRM 1 : +Je peux préparer mon plateau ?/+ +Non ?/+ (*En voulant lâcher la main du patient. Le patient sert un peu plus fort la main du TRM 1*)

25 Le patient : +Non. Appelez quelqu'un+

25 Le patient : +Il pique bien+ (*En parlant du TRM 2*)

26 TRM 1 : +C'est le meilleur. Vous vous ne rendez pas compte de la chance que vous avez. Moi je suis moins bon. Du coup, vous avez de la chance d'avoir échangé+

27 Le patient : +Vous, vous êtes un chouchou+

28 TRM 1 : +C'est vrai ?/+ +Je suis un chouchou ?+ +Bon bah c'est gentil+

29 TRM 1 : +Par contre, faudra bien faire ce qu'on vous demande. Quand faut gonfler les poumons, faut bien gonfler les poumons+

30 Le patient : +Avec toi oui+

L'état d'angoisse implique que les techniciens doivent alors répondre aux attentes et questionnements du patient pour le calmer et le rassurer. Le patient a alors les cartes en mains et redistribue les rôles. Une atmosphère plus détendue se crée lorsque le patient devient familier avec l'un des professionnels et que ce dernier rentre dans le jeu. A ce moment précis, la réalisation de l'examen aurait pu être compromise. En effet, le TRM quitte son rôle professionnel pour rentrer dans son rôle de « chouchou », ce qui permet de pouvoir réaliser l'examen.

On a ici un paradoxe. En effet, le technicien transgresse son rôle de professionnel pour pouvoir l'être encore plus et atteindre le but que tous les interactants partagent depuis le début de la prise en charge. Ils vont ainsi pouvoir réaliser l'examen.

L'humour semble nécessaire à la réalisation de cet examen.

Sous cet aspect détendu, illustré par le patient qui est de nouveau allongé et Cyril qui s'est redressé, l'examen avance. Le deuxième technicien continue de poser la voie veineuse afin que le patient soit prêt pour l'IRM pendant que le premier TRM assume son statut de « chouchou ». Même si l'humour est présent, l'avancée de l'examen n'est pas compromise. L'adaptation des techniciens en radiologie médicale durant l'examen traduit la qualité de celui-ci et permet de consolider la notion de monde commun entre les protagonistes.

L'utilisation de l'humour permet de passer outre l'obstacle de la voie veineuse. Une fois celle-ci passée, les professionnels réutilisent des actes directifs sans résistance de la part du patient qui utilise un acte commissif (« avec toi, oui. »).

En utilisant « par contre », les TRMs reprennent leur rôle de leader. Un nouveau transfert de rôle s'opère ici.

Durant cette prise en charge, les différents ingrédients de l'interaction proposés par Filletaz sont présents. L'influence réciproque, la co-construction ainsi que le but partagé ont permis aux participants d'échanger leur rôle respectif. L'examen ne se serait peut-être pas passé ainsi si les TRMs n'avaient pas fait preuve d'adaptation. L'acceptation de transfert de rôle des professionnels a permis la réalisation de l'examen qui aurait pu déraiser lors de l'incident de la voie veineuse.

10.2. Auto confrontation

Après avoir filmé la prise en charge du patient durant l'examen radiologique, nous avons présenté le résultat au TRM principal qui y a participé. Il était ainsi possible de recueillir ses analyses sur sa prise en charge et ses commentaires sur sa technique de communication. Il nous a offert son point de vue interne à la prise en charge et certains points qui paraissaient flous avec seulement le film comme support deviennent alors plus clairs pour nous, chercheurs. Le professionnel a répondu à toutes nos questions et a passé au microscope des éléments que nous n'aurions pas vu. L'analyse de la vidéo est donc plus basée sur le descriptif alors que l'auto confrontation apporte un aspect interprétatif. Une des questions principales du travail de recherche est de mettre en avant comment un monde commun se construit et se met en place entre les professionnels et les patients, et l'auto confrontation réalisée après l'IRM apporte de nombreux éléments de réponse.

L'analyse de l'auto confrontation se basera sur la décomposition des réponses du technicien en signes tétradiques. L'utilisation du signe tétradique aide à reconstruire l'action en cours et permet une meilleure analyse descriptive du film en se basant sur la signification réelle des échanges. On séparera les éléments de réponse en utilisant les couleurs suivantes :

Unité élémentaire	Objet	Représentamen	Interprétant
-------------------	-------	---------------	--------------

- **L'objet** : qui correspond aux ressentis et aux préoccupations du technicien en radiologie médicale
- **Le représentamen** : qui correspond à ce qui est marquant et signifiant pour le professionnel
- **L'interprétant** : qui correspond au savoir mis en œuvre par le TRM durant la prise en charge
- **L'unité élémentaire** : qui correspond aux actions et émotions du technicien

L'analyse de l'auto confrontation se basera sur les deux situations que nous avons déjà sélectionnées au moment de l'étude du film, c'est-à-dire, le moment de la cabine et celui de la voie veineuse.

10.2.1. Analyse de la retranscription

0 Chercheuse : Quand vous avez lu le bon, qu'est-ce que vous vous dîtes ? Qu'est-ce qui vous intéresse sur le bon ? Qu'est-ce que vous vous attendez à voir ?

1 TRM 1 : Alors je ne m'attends pas spécialement à voir quoi que ce soit, c'est plus par rapport à l'indication, par rapport à ce que je vais devoir faire comme **séquence**, ce que je vais devoir lui dire. Par exemple pour ce cas-là, j'ai dû lui expliquer qu'on allait lui demander des apnées, gonfler les poumons, garder l'air etcetera. Sur le bon, y'a l'examen que je dois faire donc la région anatomique que je dois regarder pour savoir ce qu'il enlève aussi. Essentiellement ça.

2 Chercheuse : Et donc vous n'êtes pas mis en alerte ou il n'y a rien qui vous étonne sur ce bon ?

3 TRM 1 : Non c'était une demande assez standard. Post opératoire donc c'est quelque chose qu'on fait, qu'on a déjà fait. C'est un examen post opératoire standard d'une région anatomique précise sans bizarreries.

4 Chercheuse : D'accord. Et puis au moment où vous voyez le patient, est ce qu'il y a des choses qui vous... ?

5 TRM 1 : Alors je regarde tout de suite en fait tous les boucles d'oreilles, les colliers, la montre au poignet, les bracelets, tout ce qu'il doit enlever en fait. Je ne regarde pas forcément la personne, je regarde tout ce qu'il y a autour.

6 Chercheuse : A oui c'est vrai ?

7 TRM 1 : Bah ouais pour aller plus vite. Pour lui dire directement d'enlever ça, ça, ça... Changez-vous, enlevez tout ce qu'il y a de métallique sur vous. C'est vrai, j'ai tout de suite regardé... voilà.

8 Chercheuse : Malheureusement, on n'entend pas très bien mais qu'est-ce que...

9 TRM 1 : Bah en fait, je lui demande s'il a déjà fait des **IRM**. Je sais pertinemment qu'il en a déjà fait mais je demande quand même. S'il s'en rappelle déjà, pour savoir si ce que je vais lui raconter après. Quand je vais lui demander de gonfler les poumons et donner mes instructions, est ce qu'il les connaît, est ce qu'il les a déjà vu ou si c'est la première fois. Là, je sais qu'il avait déjà fait mais je demande quand même. Parfois ils ne s'en rappellent pas les gens. Voilà, rien de spécial. Il m'a dit qu'il avait déjà fait une IRM. Donc voilà, qu'il connaissait. Enfin après à un moment il m'a parlé du

scanner, il a confondu avec le scanner. Les gens confondent souvent scanner et IRM. Et puis il m'a demandé si c'était le scanner du thorax, je lui ai dit que non, que c'était une IRM de la partie opérée.

10 Chercheuse : Vous avez l'impression qu'il a compris ?

11 TRM 1 : Alors s'il l'a compris, je ne sais pas. En tout cas je lui ai dit la région anatomique qu'on allait regarder. Je suis pas sûr qu'il ait compris la différence. Il reposera la question la prochaine fois. C'est compliqué d'expliquer comme ça rapidement la différence, enfin c'est compliqué... oui et non. J'ai pas forcément pris le temps de le faire. Je lui explique vaguement que c'était différent, que c'était un gros aimant à résonnance magnétique, qu'on allait simplement se centrer sur la région anatomique qui a été greffée. Je ne suis pas allé plus loin dans le détail.

12 Chercheuse : Vous allez parfois plus loin ?

13 TRM 1 : On a difficilement le temps de faire plus. Plus spécialement aujourd'hui. On est à la bourre entre guillemets. Je vais rarement plus loin. Je prends plus de temps à expliquer le déroulement de l'examen même. Je peux prendre plus de temps à expliquer ça plutôt que d'expliquer la différence entre le scanner et l'IRM. Expliquer tout ce qui est sécurité, instruction durant l'examen ça je peux prendre plus de temps. Parce qu'ils ne comprennent pas bien ça se passe pas bien. Du coup l'examen ne se passe pas bien non plus. Je préfère prendre le temps de me répéter plusieurs fois pendant les instructions plutôt que d'expliquer les différences entre le scanner et l'IRM.

14 Chercheuse : Et là vous le trouvez comment ? Ça va pour vous ?

15 TRM 1 : Je le trouve décontracté, je le trouve bien. Il répond à mes questions simplement. Pour lui ça à l'air clair. D'ailleurs ça a très bien été.

16 TRM 1 : Voilà, je me rappelle parce qu'en fait il parle d'autre chose, il avait eu d'autres problèmes. Il savait plus trop pourquoi il venait je pense. Il était ambulatoire mais il est hospitalisé. Il peut sortir quand il veut, enfin je crois. C'est ce que j'ai compris. Il est au 4^{ème}. Du coup il avait aussi une occlusion intestinale et il devait faire un scanner pour ça. C'est ça qui a apporté la confusion entre scanner et IRM. Il savait plus que c'était pour la partie greffée qu'il était là.

17 Chercheuse : Ça vous le comprenez la ?

18 TRM 1 : La oui, la oui, enfin quand je revois mais je me rappelle quand il m'a dit ça j'ai compris pourquoi il m'avait demandé si c'était le scanner ou l'IRM. C'est pas qu'il ne s'est pas ce que c'est la différence entre les deux, c'est qu'il pensait qu'il venait pour autre chose.

19 Chercheuse : Et du coup, est ce que ça vous complique un peu les instructions à donner ? Savoir qu'éventuellement il confond.

20 TRM 1 : Non ça change rien. Mes instructions c'est les mêmes, quand je lui demande de gonfler les poumons il les gonfle, enfin quand il y'a une apnée à faire qu'il la fasse, quand il n'y a rien à faire faut qu'il fasse rien. Il respire normalement et régulièrement. C'est les seules informations que j'ai à lui donner. Il doit juste suivre les instructions que nous lui donnons.

21 Chercheuse : Apnée c'est un mot un peu compliqué quand même.

22 TRM 1 : C'est pour ça que des fois je simule, je dis gonfler les poumons et bloquer. Je leur dis exactement la phrase que je vais leur dire au micro si c'est moi qui fait l'examen. Si c'est la voix automatique, j'essaie de leur dire, plus ou moins la phrase de la voix automatique. C'est vrai qu'apnée, les gens ils redemandent, « C'est quoi l'apnée ? » Ca arrive. Dans ce cas-là, je prends plus de temps pour expliquer plus le déroulement de l'examen, les instructions en général. Je préfère prendre plus de temps. S'il rate ça, il rate l'examen. Si dans l'examen, j'ai pas des bonnes apnées, il ne sert à rien cet examen. Y a une partie qui bouge énormément avec la respiration, l'amplitude respiratoire. Après y a des gens qui ont une amplitude respiratoire plus faible et d'autre une grande amplitude, du coup ça bouge beaucoup. S'il ne font pas les apnées correctement, ça sert à rien. On a eu des cas où les gens ne faisaient pas du tout l'apnée, par leur âge, par le fait qu'il ne soit pas conscient de ce qu'il se passe, on arrête l'examen, ça sert à rien de continuer.

23 Chercheuse : Et là vous faites quelque chose pour vraiment assurer que vous allez les obtenir ces apnées ? Comment vous évaluez ça ?

24 TRM 1 : Alors je regarde s'il est réceptif et qu'il comprend, j'laisse, je fais la première apnée. Si je vois que la première apnée est bougée ou est respirée, je parle avec lui, j'essaie de comprendre s c'est parce qu'il n'a pas bien compris, si c'est parce qu'il n'a pas entendu la voix. J'essaie de comprendre pourquoi, je réessaie en expliquant à nouveau. Si c'est toujours le cas, je vais le voir, je lui réexplique, je simule, je montre

comment faut faire. Si ça marche toujours pas, après on prend une décision avec l'interne, si ça vaut la peine de continuer ou pas. Si ça vaut la peine de continuer parce que c'est respirer un peu mais pas trop, on continue, si c'est ininterprétable, on ne continue pas. On a eu des cas où ça vaut pas la peine. On les transforme en autre examen. On peut aller faire une écho, un scanner à la place.

25 Chercheuse : Donc c'est un critère majeur ça ?

26 TRM 1 : Oui souvent les examens, c'est très important.

27 Chercheuse : Donc là c'est ok pour vous, ça s'est bien passé ? Vous vous dites quoi à ce moment-là ? Après ça vous enchaînez.

28 TRM 1 : Oui voilà j'enchaîne. J'suis pas allé plus loin parce qu'en fait y avait le patient précédent avec le médecin qui était en train de voir le cas, c'est pour ça que je suis pas allé plus loin. Je me suis arrêté au mur pour écrire. Voilà donc je ne voulais pas les déranger. Et puis voilà. Non, je me dis rien de spécial, j'me dis on enchaîne ça va aller. Surtout c'est un examen qu'il connaît. Je sais que c'est un examen qu'il connaît parce qu'il l'a eu tout de suite après l'opération, il l'a eu avant donc c'est quelque chose qu'il connaît.

29 Chercheuse : C'est le même ?

30 TRM 1 : Pratiquement. A une ou deux séquences près. Mais en tout cas les apnées, il les connaît. Que ce soit au scan ou à l'IRM, il en a fait. Le fait de suivre les instructions quand on lui demande de gonfler les poumons, bloquer, ça c'est quelque chose qu'il connaît donc après je me suis pas plus posé de questions.

31 Chercheuse : Au fait, qu'est-ce que vous avez inscrit sur le bon ?

32 TRM 1 : Le poids et la taille. C'est une information qu'on note dans la machine parce qu'elle nous laisse pas partir si on le fait pas. Ça aide à un calcul du SAR, c'est un paramètre spécifique à l'IRM.

33 Chercheuse : Donc ça vous voyez tout de suite quand vous rentrez ?

34 TRM 1 : Oui mais c'est pareil je fais un scan haut bas. Si c'est une femme je redemande si elle a enlevé son soutien gorge, même si visuellement on peut le voir. C'est des questions qu'on repose de nouveau malgré le fait qu'ils me disent qu'ils ont tout enlevé je redemande bien de vérifier. Tout le temps pour pas prendre de risque. C'est une sécurité, on ne peut pas prendre de risque. On ne peut pas faire rentrer un

patient avec des choses qui sont susceptibles de partir et faire un projectile. Je pose plusieurs fois la même question s'il faut.

35 Chercheuse : Mais comment arrivez à être sûr que c'est bon ? Vous arrivez à ça ?

36 TRM 1 : Visuellement après on voit, visiblement ça se voit, il avait tout enlevé il était en caleçon. Il avait juste la blouse qu'on lui avait donnée. Donc visuellement je ne voyais plus rien donc il restait plus que ça.

37 Chercheuse : Y'a que les choses à l'intérieur qui peuvent...

38 TRM 1 : A l'intérieur, c'est les questions que je pose. S'il a un pacemaker, valves cardiaques parce que c'est une sécurité. Après normalement, le dossier du patient a été vérifié le jour d'avant par le coordinateur, donc on regarde la radio du thorax pour voir s'il n'a pas un pacemaker, on vérifie qu'il soit compatible. Ce n'est pas une contre-indication, c'est juste qu'il y'a une préparation à faire. De plus en plus, ils sont compatibles. C'est des questions qu'on repose même si ça a été demandé la veille. Et même parfois en chemin, je suis susceptible de lui redemander. On ne sait jamais, parce que parfois ils se rappellent d'un coup. On a une check liste énorme, on ne peut pas sortir tous les noms de tout ce qui est incompatible donc je repose plusieurs fois les mêmes questions.

39 Chercheuse : Donc vous le scannez ?

40 TRM 1 : C'est ça.

41 Chercheuse : Qu'est-ce que vous regardez la encore ?

42 TRM 1 : Il vidait ses poches encore parce qu'il gardait son short parce qu'il n'avait pas de sous vêtement. Il enlevait des pièces donc je lui demande s'il ne reste vraiment plus rien.

43 Chercheuse : Ça vous a presque inquiété qu'il sorte encore des trucs de ses poches ?

44 TRM 1 : Oui c'est ça.

45 TRM 1 : Je m'assure qu'il n'y ait pas de parties métalliques sur son short. Je vois que c'est que du tissu.

46 Chercheuse : Oui c'est vrai

47 TRM 1 : Si je fais la tête ça va pas me déranger, mais vu que ce que je veux regarder c'est en bas, s'il avait eu ça je lui aurais dit d'enlever.

48 TRM : Là, quand on s'approche de la voie veineuse, il n'est pas à l'aise. Il nous disait, ça me fait très mal, je suis sous sintrom. Il répétait toujours la même chose en rapport à la voie veineuse, comme quoi il ne fallait pas toucher, fallait faire doucement. Donc là, il commençait gentiment à monter en pression, à stresser un petit peu. Il fallait bien qu'on teste la voie veineuse parce qu'on allait injecter dedans. Même si on vient de la poser, je vais pas injecter sans l'avoir testée moi-même. On a bien fait, normalement trois jours elles sont encore perméables, là elle l'était très peu perméable. Une injection de médicament ça passe, mais nous comme on va injecter à un débit élevé pour cet examen, on ne pouvait pas injecter par la voie veineuse.

49 Chercheuse : Donc là vous commencez à sentir que...

50 TRM 1 : Bah la, oui gentiment...

51 TRM 1 : En plus, il ne fait pas grand-chose, il est juste en train de manipuler un petit peu. Il est en train de retirer le filet qui recouvre la voie veineuse. On ne touche même pas la voie veineuse et il est là « AAAAAAAAAA » stresser et paniquer. Là on se dit, on attend, on est encore en train de voir. Des fois, on place la voie veineuse, elle est repliée, on essaye de mettre droit et on essaye d'injecter. Il ne faut pas avoir un petit coude au niveau de la tubulure, du coup c'est pour ça que ça passe pas bien.

52 Chercheuse : Qu'est-ce qu'il dit ?

53 TRM 1 : Je suis sous Sintrom, alors que ça n'a rien à voir avec le contexte, c'est juste que ça fluidifie le sang, du coup ça va saigner si on enlève la voie veineuse mais c'est pas du tout ce qu'on fait. Il stresse gentiment. Parce qu'on touche pas du tout la voie veineuse, on essaye d'injecter mais on n'arrive pas. Ça passe très très doucement, trop doucement pour nous. On compte pas enlever la voie veineuse, c'est pas ce qu'on a prévu. Il nous dit « ne touchez pas la partie rose » c'est le cathéter mais c'est pas ce qu'on est en train de faire. Il était un peu stressé.

54 Chercheuse : Donc comment vous voyez les choses ?

55 TRM 1 : Là ce que je pense que je vais faire, je vais appeler un collègue qui va me préparer un plateau de ponction parce qu'il faut qu'on repique. Je vais commencer à aller voir sa main et c'est là qu'il va me dire « Non, pas ce côté ». On se dit, s'il n'arrive

pas il faut déjà anticiper, préparer le plateau et voir s'il a une veine de l'autre côté. Donc c'est ce qu'on essaye de faire, prévoir et anticiper.

56 Chercheuse : Tout en continuant quand même ?

57 TRM 1 : Oui parce que mon collègue est en train d'essayer. Du coup je vais quand même essayer de regarder à côté. Il me semble que c'est ce que j'ai fait. Voir s'il a des veines visibles.

58 Chercheuse : Donc vous, vous êtes presque déjà passé à l'alternative ?

59 TRM 1 : Oui je suis carrément passé. J'ai pris son bras pour voir s'il y'a des veines qui se voient, qui sont utilisables.

60 Chercheuse : Donc ça veut dire que ça paraît clair que ça pourra pas se faire de ce côté ? C'est ce que vous vous dites ?

61 TRM 1 : Même si mon collègue me dit que c'est bon parce qu'il a tiré le cathéter et que ça passe bien, bah je m'arrête. On aura moins perdu de temps.

62 Chercheur : Là il vous a fait un petit geste de recul. C'est quoi ?

63 TRM 1 : En fait, il poussait fort, très très fort pour passer. Il arrivait à injecter doucement mais il y avait une grosse résistance. Du coup il a poussé très très fort et ça a lâché. Il a pris un peu de NaCl sur lui. Parce qu'on injecte avec du NaCl. C'est que le NaCl qui est revenu sur lui, je crois même pas, c'est juste un réflexe. Ça a sauté, c'est la seringue avec la tubulure, ça a lâché. Je crois qu'il est même pas mouillé, y'a rien.

64 TRM 1 : C'est juste qu'à force de mettre de la pression bah ça passait pas donc voilà quoi. Donc là on s'est dit, ça sert à rien de continuer.

65 TRM 1 : Je l'ai repéré sa veine. Il avait une veine magnifique mais sauf qu'il avait déjà été piqué et il avait un énorme bleu et du coup il voulait pas que je repique alors qu'elle était énorme et magnifique sa veine, mais bon. Après encore une fois, il veut pas, il veut pas ! Je vais pas... j'essaye de négocier mais voilà, je vais pas insister non plus donc on essaye d'aller voir ailleurs.

66 Chercheuse : Mais pour l'instant, à ce moment-là, c'est pas clair de qui va piquer dans le fond ? ou bien ?

67 TRM 1 : Non peu importe. Si j'en ai une de mon côté, c'est moi qui pique. S'il en a une de son côté, c'est lui qui pique. A ce moment-là c'est au plus rapide. Là c'est celui qui... Julien est en train de s'occuper de la voie veineuse donc c'est moi qui ai pris le relais pour essayer de trouver une voie veineuse de ce côté-là. Voilà, on se pose pas de question, on le fait de manière automatique. Le problème c'est qu'il faut aller au plus vite. On est tellement pressé par le temps parce qu'on a des timings à respecter. On réfléchit pas, on le fait, on le fait, on le fait.

68 Chercheuse : Pour avoir de l'avance c'est ça ?

69 TRM 1 : Voilà, on enchaîne. Faut piquer le patient, Julien est occupé, c'est moi qui le fait. On se pose pas plus de question que ça en fait.

70 Chercheuse : Alors là encore une fois on n'entend pas très bien.

71 TRM 1 : Là il me dit « faites doucement, faites doucement » puis y'a Julien qui dit « Je suis le plus délicat possible ». Là il avait même pas commencé à tirer sur le scotch qu'il disait déjà « Non non arrêtez ». Puis après il me dit « Vous, vous restez là. Vous, vous restez là » puis il me prend ma main en fait. Voilà.

72 Chercheuse : Et alors, comment vous comprenez ça ?

73 TRM 1 : Bah je comprends que je vais devoir lui tenir la main.

74 Chercheuse : Et quel effet ça vous fait ?

75 TRM 1 : Bah non rien. Ça peut arriver, ça arrive. C'est pas la première fois. Qu'on m'appelle « chouchou » oui mais tenir la main d'un patient pour le rassurer non, absolument pas. C'est quelque chose qui arrive même plutôt fréquemment. Les gens qui sont... ça peut arriver. Souvent les personnes âgées qui sont angoissées peut-être de faire des examens, qui sont seuls, voilà ça arrive. Ça peut arriver.

76 Chercheuse : Mais là y'a donc un peu cette dimension ambivalente là ?

77 TRM 1 : Ouais.

78 Chercheuse : C'est compliqué pour vous ?

79 TRM 1 : Non, non je me pose pas de questions. S'il faut le faire il faut que... encore une fois, je me pose pas de question. C'est qu'il faut qu'on fasse cet examen. D'une part, parce que nous on a un timing à respecter et d'autre part parce que de toute manière ce patient, que ce soit aujourd'hui ou un autre jour, il doit avoir son examen.

Donc voilà, il faut qu'on le fasse, il faut que je lui tiennne la main, je lui tiens la main.
C'est pas un problème.

80 Chercheuse : S'il faut se faire appeler « chouchou » faut se faire appeler « chouchou » ?

81 TRM 1 : Mais voilà, c'est pas un problème.

82 Chercheuse : Là vous dites « d'accord » à quoi ? Vous vous souvenez ?

83 TRM 1 : Non, je comprends pas ce qu'il dit. Aaaaaah oui, oui. Là il est en train de me dire « il faut y aller doucement, il faut y aller doucement » parce que la mon collègue prends du matériel pour aller enlever. « Faut y aller doucement parce que je suis sous Sintrom » il nous répète toujours ça, alors que voilà, c'est pas un problème d'être sous Sintrom. Mais bon, et puis du coup je dis « d'accord, d'accord » j'ai ma main sur son épaule et l'autre qui tient sa main et puis du coup je regarde quand même et je dis « je peux piquer la ? » mais il veut toujours pas.

84 Chercheuse : Donc en fait la veine, elle vous attire l'œil vraiment ?

85 TRM 1 : Elle est magn... elle était énorme. Elle était super belle sa veine. Vous auriez dû la filmer. Non et puis c'est vrai que voilà, faut aller au plus vite donc dès qu'on aura enlevé ça faut qu'on puisse enchaîner puis poser une voie veineuse donc là j'en ai repéré une qui est magnifique, donc de très bonne probabilité de réussite donc voilà il faut enchaîner. Donc plus tôt que de perdre du temps à poser un cathéter, enfin de toute manière on pose le garrot, regarder aux plis du coude... Là je sais que y'en a une bien, on pose le garrot, on enchaîne. C'est plus dans cette optique-là, plus de me dire que y'a cette veine qui m'attire, c'est vraiment voilà, y'en a une exploitable on y va, mais il veut toujours pas.

86 Chercheuse : Donc là il vous lâche pas ?

87 TRM 1 : Ouais il veut pas me laisser partir. Je voulais aller préparer le plateau mais il veut pas. Le plateau de matériel pour piquer du coup il...

88 Chercheuse : Mais ça vous amuse plutôt ?

89 TRM 1 : Bah oui, oui. Moi oui. Oui je trouve ça marrant la situation. Mais bon voilà après il faut faire avec. Heureusement qu'on est plusieurs dans ces cas-là. Parce que si je suis tout seul, j'ai pas le choix faut que je lâche la main. Donc là non voilà, on est une équipe, on s'entraide bien donc c'est parfait. Ça joue, ça roule.

90 TRM 1 : Là j'essaye de m'approcher de la voie veineuse et il m'enlève la main. Il veut pas, il veut pas, il veut pas que j'y aille. Je peux lui tenir la main par contre faut pas que je m'approche de la voie veineuse.

91 Chercheuse : Et vous comprenez sa réaction ou pas ?

92 TRM 1 : Oui bah il est angoissé, il aime pas les piqures, il aime pas les cathéters, il est angoissé, il veut pas qu'on approche de cette région.

93 Chercheuse : Sauf que...

94 TRM 1 : Bah on a pas le choix.

95 Chercheuse : Bah voilà.

96 TRM 1 : Faut qu'on l'enlève.

97 Chercheuse : Il est le sait ?

98 TRM 1 : Oui, oui mais il le sait mais il arrive pas à se contrôler. Je pense que c'est voilà, c'est pas le premier patient qui est angoissé. Y'a des patients qui veulent pas qu'on les touche au niveau de la voie veineuse, y'en a qui veulent pas du tout voir et qui ferment les yeux quand on leur pose une voie veineuse.

99 TRM 1 : Y'en a qui sont avec le bras qui tremble. Ça arrive, y'en a qui déteste les piqures. Je pense que ça doit être son cas. Il voulait pas qu'on s'approche en tout cas de cette voie veineuse. Mais oui, il a compris qu'il avait pas le choix et puis du coup il essaye de faire lui mais il a vu qu'il avait un peu de mal du coup on a dû l'aider.

100 Chercheuse : Ah il aurait pu l'enlever lui-même ?

101 TRM 1 : Bah il peut. C'est un sparadrap à enlever. Ça reste un sparadrap puis la voie veineuse il suffit de tirer.

102 Chercheuse : C'est un fil ?

103 TRM 1 : C'est du plastique. Ouais c'est juste une petite canule en plastique.

104 Chercheuse : D'accord ok.

105 TRM 1 : D'à peu près cette taille.

106 Chercheuse : Ah oui c'est rien du tout.

107 TRM 1 : Donc oui, non il a juste à tirer. Y'a rien, y'a aucune fixation. La seule fixation c'est le sparadrap par-dessus. Du moment qu'il a enlevé le sparadrap, on a

juste à tirer dessus puis ça sort. Donc n'importe qui peut l'enlever mais du coup il voulait tout faire lui parce qu'il était assez angoissé.

108 Chercheuse : Et puis, est ce que vous vous posez des questions sur ce qui se passe pour votre collègue ?

109 TRM 1 : C'est-à-dire ? J'ai pas compris.

110 Chercheuse : Est-ce que vous cherchez à savoir s'il est embarrassé, s'il est je sais pas quoi dans cette situation ? Ou bien pour vous c'est pas une préoccupation ?

111 TRM 1 : À ce moment-là ce n'est pas une préoccupation. Après on en discute, après on peut en discuter mais à ce moment-là non. Faut enchaîner, faut le faire et puis voilà. Encore une fois, faut qu'on le fasse. On se pose pas plus de question que ça. On fait ce qu'il faut pour que ce soit fait.

112 Chercheuse : Non parce qu'il est plus exposé que vous vu que c'est lui qui va piquer.

113 TRM 1 : Là on sait pas encore, on sait pas encore qui va piquer à ce moment-là.

114 Chercheuse : D'accord.

115 TRM 1 : Là on est encore en train d'enlever la voie veineuse.

116 Chercheuse : Ok

117 TRM 1 : En fait j'ai pris parce que je le sentais un peu plus... enfin, disons que ça l'embêtait un peu plus que moi cette situation. Enfin je l'ai ressenti comme ça puis du coup je me suis dit, je vais piquer. Je vais me mettre là, je vais m'installer et je vais poser la voie veineuse. Puis de l'autre côté, ici il voulait pas que je le pique et puis aux plis du coude il avait une fistule et avec la voie veineuse on pique pas dedans donc je suis d'office passé de ce côté. C'est pour ça que je suis passé de l'autre côté. Je le sentais un peu plus agacé que moi. Moi je le prenais avec un peu plus de légèreté.

118 TRM 1 : C'était magique.

119 Chercheuse : Qu'est-ce que vous voulez dire par là ?

120 TRM 1 : C'est intéressant de voir comment le patient réagit. Il voulait que je vienne lui tenir la main et que ce soit mon collègue qui pique. Je sais pas, peut-être qu'il y'a une confiance qui s'est installée. Peut-être qu'il se sentait plus en confiance, je sais pas.

121 Chercheuse : Après il nous a dit, on a parlé avec lui avec Florian, et il nous a dit qu'effectivement il fonctionne au feeling.

122 TRM 1 : D'accord.

123 Chercheuse : Donc il repère une personne en qui il a confiance. Normalement il a tellement peur des piqures qu'il se fait piquer que par des gens... il dit « moi j'aurais voulu que quelqu'un du troisième descende me piquer. C'est pas possible, faut que les gens fassent leur travail » donc il choisit une personne en qui il a confiance. C'était ça qui était important, c'était vous et puis après les autres peuvent lui faire ce qu'ils veulent.

124 TRM 1 : Ok bon bah voilà.

125 Chercheuse : C'est comme ça qu'il le dit en gros. Du coup c'est vrai que si on avait pas eu cette explication après, on comprendrait assez mal ce qui est en train de se passer.

126 TRM 1 : Bah moi c'est comme ça que je l'ai ressenti sur le moment. J'ai vraiment senti qu'il avait besoin que je revienne, que je lui tiens la main comme j'ai fait tout à l'heure. C'est pour ça que j'essaye pas plus parce que dans d'autres cas peut être que j'aurais insisté. J'aurais dit « Voilà maintenant faut que je vous pose une voie veineuse » mais là j'ai pas insisté parce que je sentais vraiment que sinon on y arriverait pas. Là j'ai l'impression qu'on aurait pas pu continuer.

127 Chercheuse : Et donc vous sentez que vous avez Julien derrière vous ?

128 TRM 1 : Bah il me le dit, il me dit « Bon bah d'accord si vous insistez... » il y va, il est là. Il sait aussi qu'on a pas le choix, il faut qu'on la pose cette voie veineuse. Si le patient préfère que ce soit lui ou que ce soit moi qui lui tiens la main ou quoi... on fait. Il faut qu'on pose cette voie veineuse. On le fait, j'ai pas insisté plus parce que voilà. On comprend qu'il est angoissé donc on fait tout ce qu'il faut pour que ça l'angoisse le moins, pour qu'il soit le moins stressé, qu'il soit plus calme, plus détendu. Donc s'il faut que ce soit moi qui lui tiens la main, je lui tiens la main.

129 Chercheuse : Et là, qu'est ce qui c'est... ?

130 TRM 1 : Bah là du coup, comme il avait la main sur le point de ponction, à cause du Sintrom ça coulait encore, ça saignait un peu, c'était un peu humide, c'est pour ça

que j'ai mis du scotch. Et puis il avait une petite goutte de sang, du coup il a voulu que je lui mette un peu de désinfectant.

131 Chercheuse : Il l'a dit comme ça ?

132 TRM 1 : Enfin « mettez moi... » je sais plus ce qu'il a dit exactement. Du désinfectant ou je sais pas, ouais quelque chose comme ça. « du désinfectant » je crois qu'il a dit.

133 Chercheuse : Mais à partir de ce moment, donc vous... Y'a un moment vous savez pas si vous allez pouvoir l'installer cette voie veineuse.

134 TRM 1 : Là c'est bon, on sait que ça va aller. On a déjà repéré une ou deux veines qui passaient par là. C'est bon, c'était parti.

135 Chercheuse : C'était quand le moment ou vous avez douté vraiment ?

136 TRM 1 : A aucun moment en fait, non à aucun moment, même s'il est angoissé ou quoi, enfin, on a déjà vu plus angoissé que ça et puis on a réussi à poser la voie veineuse. Non non, on y arrive toujours. Non, j'exagère mais à aucun moment je me suis dit qu'on n'allait pas réussir, qu'on allait avoir du mal oui, mais pas réussir non. Ils finissent toujours par dire oui de toute manière.

137 Chercheuse : Mais je reviens quand même encore une fois parce que je suis pas sûr d'avoir bien compris. Quand vous dites « c'est magique », c'est quoi que vous dites vraiment ?

138 TRM 1 : Non mais c'est la situation, c'est heuuuu je sais pas, c'est ça, c'est spécial. C'est pas quelque chose qu'on voit tous les jours. Il dit juste « non toi tu tiens la main, toi tu piques ». C'est ni péjoratif ni positif, c'est juste voilà, une situation qui n'arrive pas tous les jours. Un peu atypique. Voilà, plus pour ça.

139 Chercheuse : C'est quoi qui vous faisait sourire ?

140 TRM 1 : Je le vois en train de désinfecter sa main, c'était marrant. Ça n'a rien de spécial.

141 Chercheuse : Ok.

142 Chercheuse : Qu'est ce qu'il a dit ? Parce que tout à coup vous devez changer de...

143 TRM 1 : Non parce qu'en fait je vois qu'il est angoissé du coup je commence à lui expliquer ce qui va se dérouler durant l'examen et puis je vois qu'il ne m'écoute pas du tout. Il bouge ses pieds, il ne m'écoute pas du tout. Et puis il me fait « Attends, attends, attends » et du coup je lui dit « je fais exprès monsieur de dire pour que vous pensiez à autre chose ». Ça marche pas, tant pis. Y'en a avec qui ça marche, ils ne font plus attention.

144 Chercheuse : Mais là dans cette deuxième partie depuis qu'on a remis, c'est comme si vous étiez rentré dans son jeu, mais de manière beaucoup plus « ok c'est comme ça, on prend ce style-là.

145 TRM 1 : Oui bah voilà, oui parce qu'il y'a pas le choix, faut que ça avance donc autant rentrer dans le jeu puis voilà ça va bien et on passe un bon moment donc tant qu'à faire. De toute façon faut que ça se fasse donc autant rentrer dans le jeu tout de suite. Ne pas se braquer et s'opposer parce que ça ne sert à rien.

146 Chercheuse : Et vous pensez qu'il est demande ce jeu-là Julien ou pas ? C'est...

147 TRM 1 : Ouais, là il est concentré. Mais moi aussi je suis vraiment du genre à blaguer avec les patients. Je le fais facilement. Après c'est moi, c'est ma personnalité.

148 Chercheuse : Mais là ça fonctionne bien, c'est clair.

149 Chercheuse : Là on pourrait avoir le sentiment qu'il dépasse un peu quoi.

150 TRM 1 : Un tout petit peu. « t'es marié ? » il regarde mes mains. Ouais bon c'est comme ça.

151 Chercheuse : Comment c'est un moment comme ça pour vous ?

152 TRM 1 : A non moi ça me fait rigoler, je trouve ça marrant. Voilà parce que c'est un personnage aussi, assez un peu atypique donc voilà. Désinhibé comme ça, il dit ce qu'il pense, il dit les choses. Je rentre dans son jeu puis ça s'arrête là. C'est plus marrant qu'autre chose.

153 Chercheuse : Donc c'est pas contraignant ?

154 TRM 1 : Non pas du tout. Enfin pour moi en tout cas non.

155 Chercheuse : Vous avez pas envie de partir en courant ?

156 TRM 1 : Il est attaché, je crains rien. Non, non, non. Y'a pas de raison de toute manière.

157 TRM 1 : A oui moi ça va très bien. Non, non, moi je suis vraiment dans son jeu-là. Il dit ce qu'il veut j'ai envie de dire.

158 Chercheuse : En fait, tant qu'il blague comme ça, tant que c'est un peu cette espèce d'ambiance, vous êtes assez tranquille parce que ça avance.

159 TRM 1 : Oui ça avance. Puis moi en même temps je discute avec lui et en même temps je regarde ce qui se passe. Je vois que ça avance, je vois qu'il bouge pas son bras, je vois que Julien peut enchaîner, moi je rentre dans son jeu, je discute. J'enchaîne quoi. C'est aussi une forme de voilà, là il est passé à autre chose il s'en rend pas compte. On est en train de lui poser une voie veineuse, on est en train de fixer, on est en train de toucher la voie veineuse qu'il déteste et puis il dit rien. Au final, si ça nous permet d'avancer, moi je rentre dedans y'a pas de soucis. Je rentre dans le jeu.

En regroupant les différents composants du signe tétradique, on s'aperçoit que :

L'unité élémentaire correspond toujours aux actions décrites par le TRM qui assiste au film durant l'auto confrontation. Ce sont des données descriptives et qui se basent sur le ressenti du professionnel.

Durant la préparation de l'examen radiologique, le professionnel se focalise sur différents détails qui sont à prendre en compte pour la bonne réalisation de l'IRM. On y retrouve l'importance de ne pas faire rentrer d'objets métalliques dans la salle, l'importance de localiser précisément la région anatomique ciblée pour la sélection des séquences, les consignes que le patient devra suivre comme les apnées et le recueil d'informations personnelles sur le patient. Ces éléments de réponse correspondent à l'un des composants du signe tétradique qui est l'objet.

L'interprétant correspond ici aux savoirs mis en œuvre par les techniciens en radiologie. Ces savoirs sont propres à cet examen et à ce patient. L'un d'eux utilisé et mis en évidence par le technicien durant l'auto confrontation avec cette phrase : « Dans ce cas-là, je prends plus de temps pour expliquer... ». Les savoirs sont tout le temps produit dans l'action mais ils sont indexés donc on ne peut pas les sortir de l'action. Cependant, ils ont des grandes valeurs. L'expérience se crée grâce à tous les savoirs accumulés dans l'action. Il est donc important de rapatrier l'expérience dans la formation.

On remarque après l'analyse de l'auto confrontation que le représentamen est surtout lié à la voie veineuse, l'angoisse du patient par rapport à celle-ci, l'organisation temporelle et la réalisation de l'examen. Ce sont donc les points significatifs sur lesquelles les professionnels portent une attention particulière.

L'utilisation du signe tétradique a permis de compartimenter les composants de cette interaction afin de permettre une analyse plus poussée que l'étude du film seul.

10.3. Entretien patient

Suite à l'examen, nous avons pu réaliser un entretien avec le patient. Comme le professionnel durant l'auto confrontation, il a pu livrer son ressenti et son regard sur son examen. Cet entretien permet de mieux comprendre comment la situation d'angoisse se crée au moment de l'incident avec la voie veineuse. Cet échange avec le patient apporte alors un nouveau point de vue interne à l'examen auquel nous avons assisté. Cette étape du travail de recherche est un très bon complément au film et à l'auto confrontation réalisée puisque les trois points de vue sont alors présents. Nous avons donc un regard externe grâce au film, un premier point de vue interne du professionnel et des connaissances médicales précises avec l'auto confrontation. Pour finir, le point de vue interne du patient accompagné de ses craintes et ses attentes avec l'entretien suite à l'examen.

Le même procédé d'analyse que pour l'auto confrontation avec le TRM est utilisé. Le signe tétradique ainsi que la séparation des éléments de réponses se fera en utilisant les mêmes couleurs que la retranscription de l'auto confrontation :

Unité élémentaire	Objet	Représentamen	Interprétant
-------------------	-------	---------------	--------------

10.3.1. Analyse de la retranscription

1 Chercheuse : Racontez-nous comment vous avez vécu l'incident de chercher la voie veineuse là, c'était...

2 Patient : Ah alors moi j'ai un souci en fait. Depuis ma greffe, on m'a ... Alors j'ai un cathéter, donc avant la fistule.

3 Chercheuse : Hum hum

4 Patient : Et on m'a... donc je suis suivi avec un médecin à qui je suis allé avec lui, c'est Dr. Mike, et à cette époque-là il était en vacances. Donc on était jeudi et jeudi il devait rentrer lundi. Et j'ai demandé après, donc j'ai senti une douleur comme quand vous avez peur, une infection et tout ça. Elle me l'a enlevé, elle a tout de suite pris la décision de l'enlever. J'ai dit non on attend lundi, elle m'a dit non doit l'enlever, malgré que j'aie juste une douleur c'est normal avec la dialyse et tout ça fait très très très mal.

5 Chercheuse : Ah oui

6 Patient : ça absorbe, les produits... Voilà donc elle me l'a enlevé sans mon consentement, j'ai dit non il faut pas l'enlever. Elle a posé un linge avec les glaçons et tout et elle m'a promis que ça sera le Dr. Chris qui allait m'opérer pour le lendemain. Pour me remettre un autre cathéter, pour que je puisse faire la dialyse. J'arrive le jour J, c'est Chris qui me dit que je suis au bloc, on m'a proposé un interne et comme il était de couleur, ils ont pensé que j'étais raciste et non j'ai dit je ne suis pas raciste, je suis aussi algérien, ça n'a rien à voir avec la religion et je ne suis pas raciste. J'arrive à la maison, même pas à la maison, dans le tram. Je retourne, le chef de service était quand même fâché, et pis je suis sorti donc euh jeudi vendredi samedi, je suis sorti dans un état, on dirait un SDF qui vient demander une soupe ou je ne sais pas quoi. Voilà et c'était le choc, depuis je ne laisse pas une personne, n'importe qui me toucher que ce soit un homme ou une blonde aux yeux bleus, ça n'a rien à voir. C'est le feeling. C'est pour ça que pour le cathéter, je dois tenir une personne.

7 Chercheuse : D'accord, donc au fond vous avez besoin de suivre votre intuition ?

8 Patient : Exactement

9 Chercheuse : Pour choisir la personne

10 Patient : Oui oui

11 Chercheuse : Juste pour l'examen, et donc là, pour l'examen c'est pareil, vous avez...

12 Patient : J'ai laissé parce que je ne connais personne, j'étais obligé de le faire, donc je devais tenir la personne et selon le feeling, je ne tiens pas n'importe qui. Je l'ai laissé me piquer, ça ne me fait rien qu'il me fasse mal, mais j'ai une personne à qui j'ai confiance.

13 Chercheur : Qui vous rassure.

14 Patient : Exactement, c'est ça.

15 Chercheuse : Donc c'est ça que vous avez choisi, vous avez euh...

16 Patient : Voilà.

17 Chercheuse : Parce qu'on a pas toujours bien entendu. Donc vous vous avez choisi celui qui vous piquait et celui que vous teniez.

18 Patient : Voilà, moi j'aurais préféré ramener quelqu'un du 3^{ème} étage que je connais très bien qu'il me pique et après il remonte. Mais je peux pas faire ça, donc j'ai pris une personne à qui j'ai confiance côté feeling, l'autre il peut me faire mal mais ça fait rien, j'ai une personne voilà.

19 Chercheuse : D'accord

20 Patient : Ou j'aurais aimé que lui me pique sans tenir une personne. Par contre non, comme je l'ai vu travailler, je ne voulais pas le vexer alors je l'ai laissé et j'ai pris la personne en qui j'ai confiance et je l'ai laissé me piquer, même s'il me fait mal ça va, ce n'est pas un problème. C'est lié au traumatisme.

21 Chercheuse : Et du coup ça s'est bien passé ?

22 Patient : ça c'est très très bien passé. Oui oui, j'ai pas de mal, s'il aurait fallu une autre personne, si je dis non au deux, ça sera non, ça sera catégoriquement non, ils m'ont convoqué pour ça, pour la dialyse.

23 Chercheuse : Ok

24 Patient : Après ils ont compris que je ne jouais pas la comédie, suite à...

25 Chercheuse : Oui à ce qu'il s'est passé

26 Patient : Même pour une prise de sang et tout, ce n'est pas n'importe qui qui me pique. Bon pour une petite glycémie cela n'est rien. Mais les piqûres d'aiguilles je panique ou je deviens craintif après. Ils ont voulu me prendre, donc une biopsie, parce qu'ils m'ont donné un antibiotique, ça m'a enflé la main, ça m'a paralysé déjà la main et ça a duré 24h. Une semaine après tout le pied et j'ai reçu une tâche rouge. J'ai lu sur les effets secondaires que ça commence par la main et par le tibia et ça donne des tâches rouges. Ils ont pas voulu savoir et ils m'ont mis dans le truc dermato en pensant que j'avais le HIV et tout ça. Mais le HIV ça commence par une diarrhée, la fièvre, y a des trucs qui comment.. des symptômes puis des tâches rouges vraiment rouge rouge noircies, ça c'est le HIV, perte de poids et tout. Comme je fais très très attention, ils ont rien trouvé. Voilà.

27 Chercheuse : Hum ok, et la durée de l'examen quand vous étiez dans le tunnel..

28 Patient : Oui

29 Chercheuse : ça allait pour vous ?

30 Patient : Y a un bruit huum on dirait ...

31 Chercheur : C'est un sacré concert

32 Patient : Un marteau piqueur

33 Chercheuse : Oui tout à fait

34 Patient : Doom doom doom doom doom et après il y a le... vous avez le produit, après « ouf » ça vous chauffe, déjà le début ici, et puis là et bref jusqu'aux fesses.

35 Chercheur : Tous ces événements vous vous y attendiez ?

36 Patient : Oui oui j'ai pris l'habitude.

37 Chercheur : Vous avez pris l'habitude.

38 Patient : Ils sont obligés, ça fait partie de la médecine. Mais le choc, le choc c'est la dialyse pour moi. C'était 3x par semaine, 4h sur une chaise, vous rentrez des fois bien et des fois... olalala Ils m'ont donné du cortisol, la boîte rose et blanche, qui augmentait le sucre, qui me rendait nerveux, que après, en découvrant sur internet, il y a une cortisol sans sucre, avec la saccharine, ok, ça augmente pas le sucre. Au quatrième étage ils ont voulu me donner leur médicament, malgré que j'ai pris mes médicaments, de prendre de la cortisol neuf, malgré que j'ai pas de diabète neuf, et

j'ai eu envie de savoir pourquoi j'ai 9 de glycémie et en fait c'était le cortisol rose et blanche.

39 Chercheuse : Ah voilà d'accord

40 Patient : C'était le cortisol rose qui est sucré. Il faut expert aussi un peu de sa maladie.

41 Chercheuse : Bah oui c'est ça, on voit que vous l'êtes, et donc pour vous une irm comme ça c'est un examen dont vous avez l'habitude ?

42 Patient : Non ce n'est rien ça, c'est un examen normal, voilà.

43 Chercheuse : Donc vous ressortez tranquille ?

44 Patient : Nan y a pas de souffrance, tout est logique, y a pas nan nan, il faut supporter ça.

45 Chercheuse : Ah oui

46 Patient : On se demandait qui va me piquer

47 Chercheuse : Ah c'est ça de la dialyse qui vous pose problème

48 Patient : Oui, qui va me piquer, oui ils étaient... j'attendais que par exemple euh je devais choisir quelqu'un et là ils n'ont pas accepté et après ils ont vu que oui c'était vrai. Ils ont mis une personne et j'ai dit allez-y, mais il fallait piquer, c'était la crise, c'était tout de suite la crise.

49 Chercheuse : Vous saviez que vous alliez être piqué pour l'IRM, pour l'examen ?

50 Patient : Pas du tout.

51 Chercheuse : Pas du tout. Donc vous avez été pris de cours en fait ?

52 Patient : Nan, parce qu'ils devaient injecter, ils devaient laver le cathéter que j'avais avant.

53 Chercheuse : Ah voilà d'accord, ouais.

54 Patient : Il marchait pas, donc ils ont voulu. Ils ont préféré l'enlever et remplacer par un autre. Parce qu'il était placé depuis lundi. Alors lundi, mardi, mercredi, jeudi, trois jours c'est trop.

55 Chercheuse : Hum, c'est ça.

56 Patient : Oui, il a été utilisé chaque jour, euh lundi, mardi.. Non, mardi, mercredi, deux jours. Voilà. Parce qu'ils me l'ont placé lundi parce que je suis sous sintron.

57 Chercheuse : Voilà donc tout de suite vous faites des hématomes. (5mn45) Ouais, ouais, d'accord. Donc pour vous ça s'est passé ?

58 Patient : Très bien.

59 Chercheuse : Le personnel, tout, bien.

60 Chercheur : Donc ils l'ont pris en considération, que vous aviez besoin de tenir la main de quelqu'un pour la piqûre. Ils ont compris les techniciens qui étaient là ? Le...

61 Patient : Non, c'est euh, c'est le piquage, chez moi.

62 Chercheur : Le piquage.

63 Patient : Ouais, dès que je vois une aiguille ou... je panique, la tension elle monte à 20, j'arrive pas à travailler ce choc. J'ai essayé, parce que c'est gamin en fait.

64 Chercheur : Vous vous êtes senti compris par les personnes qui étaient avec vous ?

65 Patient : Ah oui, oh oui, mais oui, mais euh c'était difficile à, mais ils ont compris que j'ai peur des...

66 Chercheur : Ils ont compris que c'était difficile pour vous.

67 Patient : Parce que c'est une personne que je connais pas, qui m'a jamais piqué en fait. Donc lorsqu'une... mais je donne la chance à quelqu'un, parce qu'ils euh travaillent, donc pour ne pas stresser la personne. Imaginez-vous vous êtes infirmier et vous allez me piquer, vous me voyez stresser, vous allez automatiquement aussi stresser.

68 Chercheur : Hum hum

69 Patient : Voilà, donc moi je ramène quelqu'un que je connais.

70 Chercheuse : Donc voilà, vous laissez les gens faire et vous les testez. Et après vous faites le classement de ceux qui sont là.

71 Patient : Voilà, voilà, et après je vise une personne, même... même une femme de ménage, même si je vise une femme de ménage, je dis venez juste me tenir la main. Et après je laisse faire, et s'il me rate c'est fini. Mais il me faut une personne avec qui j'ai le feeling, qui...

72 Chercheuse : Donc en faites il faut vous. Il y a deux choses ; il vous faut d'une part, une personne pour piquer.

73 Patient : **Que je connais déjà, si y a.**

74 Chercheuse : Si c'est possible.

75 Patient : **Si c'est possible voilà.**

En regroupant les différents composants du signe tétradique, on s'aperçoit que :

L'explication de la naissance de l'angoisse du patient par rapport aux piqures et son passé de « patient » montre que l'on peut le considérer comme un « patient expert ». Toutes ces données sont regroupées dans [l'unité élémentaire](#).

La principale préoccupation du patient est la voie veineuse. Est-ce qu'on va le piquer ? Qui va le piquer ? Comment ? A plusieurs reprises, le patient mentionne son intérêt pour cette étape de l'examen. Ces données sont regroupées dans [l'objet](#). On constate aussi qu'une de ses préoccupations est de franchir l'obstacle de la voie veineuse en tenant la main de quelqu'un.

[Le représentamen](#) correspond à l'importance que le patient donne à la confiance partagée avec les professionnels. C'est un point significatif pour lui. En effet, il cite plusieurs fois le terme « feeling » comme étant quelque chose de primordial à la bonne réalisation d'un examen.

L'utilisation du signe tétradique a encore permis de compartimenter les éléments de l'entretien avec le patient et de compléter l'analyse du film et de l'auto confrontation avec le professionnel. Grâce à ça, les différents éléments qui ont constitué les réponses et les différentes réactions du patient durant l'examen sont mis en évidence.

11. Synthèse de l'analyse

Se concentrer sur l'activité du TRM est au cœur de cette recherche. En réfléchissant à cela, suite à l'auto confrontation et à l'entretien avec le patient, nous remarquons que celui-ci est le cœur de cette activité. Ainsi, il résulte d'après nous 3 axes appréciables et pertinents dans le comportement du patient pendant et après sa prise en charge. Nous les nommerons ; la confiance, l'angoisse et l'humour.

Il est facilement imaginable que d'interagir avec un être humain dans un contexte médical, peut susciter différents comportements, positifs comme négatifs, et l'activité du TRM consiste à prendre en considération tous ces éléments, afin de réussir à réaliser demandé.

Le TRM ne possède pas l'étiquette de soignant dans son titre, uniquement celui de technicien. On pourrait donc être amené à s'interroger sur le fait de savoir comment son travail lui fait investir cette dimension humaine. Car le TRM, bien que technicien, doit faire appel à des compétences relationnelles. Grâce aux trois matériaux à disposition, le ressenti du patient et du TRM est accessible.

11.1. Confiance

11.1.1. Structure de la confiance

Dans un article, Quéré traite de la structure de la confiance. Il est dit que sans celle-ci on ne peut ni agir ni interagir. C'est un mécanisme social qui rend possible les interactions et les échanges sociaux. Sans confiance, le système ne fonctionnerait probablement pas. Les sciences sociales contemporaines décrivent la confiance comme suit : « ... *considèrent la confiance comme un mécanisme informel, infra-institutionnel, de coordination des actions, un mécanisme qui présente l'avantage de réduire les « coûts de transaction » liés à la recherche d'informations et à l'exercice d'un contrôle réciproque.* » (Quéré, 2001).

Pour introduire différents aspects de la confiance, Quéré examine la situation d'un cours de locomotion pour malvoyant. Évidemment, le malvoyant n'est pas en possession de tous ses sens de manière optimale, pour traverser une route, il doit imaginer la configuration des lieux ; les feux de signalisation, les directions prises par les automobiles. Le malvoyant ne contrôle pas entièrement la situation, il est dans l'incertitude, même avec une ouïe fine, il va s'engager sur la route sans la certitude que ce qu'il a visualisé est juste ou non, il doit agir et pour se faire il va devoir prendre des risques. Toutefois pendant ce cours, il est en présence d'un instructeur, en qui il peut avoir confiance. « *Une telle situation d'incertitude paralyserait complètement l'action si n'intervenaient pas précisément les mécanismes de la confiance. D'une façon générale, ceux-ci pallient les manques d'information et e contrôle.* » (Quéré, 2001).

Le malvoyant doit se fier à plusieurs choses, la liste peut être longue, en commençant par soi jusqu'à s'interroger sur la fiabilité du système de signalisation par exemple. Se fier à quelque chose ne signifie pas nécessairement qu'on lui fait confiance : « *Sinon, on réduit la confiance, soit à l'escompte, soit à l'attente.* » (Quéré, 2001). De plus on ne peut pas réduire la confiance à l'idée de l'attente. Ce n'est parce que nous nous attendons qu'un comportement passé, se réitère dans le présent ou dans le futur, qu'il s'agit de confiance. Il faut deux personnes pour qu'une relation se crée. « *Il est possible que nous commettions un abus de langage lorsque nous parlons de faire confiance à un objet ou à une institution.* » (Quéré, 2001).

Bien souvent, la confiance concerne un domaine particulier, une situation particulière ou un rôle particulier. Nous avons des attentes concernant l'autre personne en qui nous avons placé notre confiance, nous évaluons sa fiabilité à réaliser ce qui est attendu, et plein de questions surviennent quant à sa loyauté, ses compétences ou encore ses motivations. Ces questions impliquent de voir de l'autre côté de la médaille, c'est-à-dire la possibilité que nos attentes ne se réalisent pas, comme la trahison. C'est là que la confiance intervient, nous choisissons d'ignorer ces autres possibilités, la confiance nous permet de passer outre l'incertitude et l'ignorance, bien que le risque d'être trahi par exemple soit toujours présent.

Finalement il y a aussi une acceptation, de la part de la personne qui donne sa confiance, d'être dans un état de vulnérabilité. Qui fait confiance donne littéralement un certain pouvoir à l'autre personne. Si l'on se rend dépendant de quelqu'un d'autre, il y a un risque que l'autre ne respecte pas son engagement et les conséquences peuvent être malheureuses. Néanmoins, une relation de confiance peut impliquer la nécessité de respecter la confiance qui a été octroyée par le tiers. Socialement parlant il s'agit ici d'une obligation morale. Il y a donc une certaine réciprocité, qui se respecte ou non, dans une relation de confiance interpersonnelle.

11.1.2. Confiance purement cognitive

C'est une conception de la confiance basée uniquement sur la connaissance, elle se base sur un raisonnement, sur un savoir ou sur des observations. C'est la connaissance des intérêts de l'un pour l'autre, comme deux hommes d'affaires. Cette confiance n'a pas un caractère moral comme celle évoquée plus haut, puisqu'il s'agit uniquement d'avoir suffisamment de connaissances pour faire le choix d'agir, sans méfiance car l'on est supposé savoir quelles sont les motivations de l'autre. La notion de risque prend une nouvelle conjecture ; on prend des risques si l'on fait confiance à défaut de risquer sa confiance.

Cette forme de confiance peut se rattacher à la croyance. On croit en la fiabilité d'un individu en se basant sur telles et telles raisons. C'est décider de croire en quelqu'un pour qu'il réalise quelque chose ou de croire en l'action que réalisera cette personne.

« Avec la confiance, on n'est ni dans le domaine du doute, ni dans celui de l'assurance complète ou de la certitude, mais dans un état intermédiaire, plus proche de l'assurance que du doute. » (Quéré, 2001).

La confiance est liée à l'incertitude, au manque d'information. Si tout était connu, la confiance n'aurait pas lieu d'être, car elle ne servirait à rien. En revanche si on ne sait rien, il n'est pas raisonnable de faire confiance. Il faut un minimum de connaissance pour pouvoir octroyer sa confiance. Il est difficile de faire confiance à quelqu'un dont on ne sait absolument rien. De plus on ne peut pas exiger de quelqu'un de nous faire confiance, c'est un choix. Revendiquer le droit de confiance ne peut se faire, ni par une personne, ni par une institution.

11.1.3. Confiance catégorielle

C'est accorder sa confiance à un groupe, une unité, à l'appartenance d'une personne, à une religion par exemple. On peut accorder notre confiance à une famille, car nous avons connaissance de leur loyauté et de leurs valeurs, ou simplement car nous avons connaissance de leur réputation et nous les jugeons ainsi dignes de confiance. Nous pouvons faire confiance à un individu parce que ce que nous attendons de lui est lié à sa profession.

11.1.4. Confiance et risque

Tous deux sont liés, faire confiance c'est n'avoir aucune garantie du résultat suite aux actions de celui en qui on a confiance. On peut être victime de sa confiance. La multitude de possibilités entraînant un résultat négatif ne fait qu'augmenter la complexité d'une situation. Or la confiance permet de réduire considérablement cette complexité. La confiance est liée à notre libre arbitre, nous pouvons faire le choix de faire confiance ou non. C'est un engagement dans l'action, où l'on se remet à un ou plusieurs individus. En faisant confiance on se construit une forme de certitude sur le futur, bien que le résultat soit incertain.

La confiance c'est comme faire un pari, cela va au-delà de l'espérance, on prend des risques pour un potentiel avenir. Si nous sommes familiers avec quelque chose, nous connaissons son comportement habituel et donc nous nourrissons moins d'inquiétudes quant aux diverses possibilités. C'est la familiarité du passé qui va prévaloir sur le présent et sur le futur. Cette familiarité peut induire une confiance

décidée, qui ne prend pas en considération l'éventail de possibilité mais qui au contraire, n'en choisit qu'une seule. Cette forme de confiance n'implique pas de prise de risque.

Dans toutes ses formes, la confiance peut mener à la déception, au regret. Une confiance excessive en quelqu'un nous fait alors regretter notre attitude, on regrette d'avoir surestimé la fiabilité de la personne et d'avoir pris le risque de s'en être remis ainsi à elle. La déception est envers son propre engagement dans ce comportement, on regrette de ne pas avoir assez considéré une option que l'on a choisi de laisser de côté, par excès de confiance pour une autre option. La confiance est un peu comme une estimation sur sa propre vie, un engagement dans une relation particulière, avec un tiers.

La confiance est une forme d'engagement, où l'on accepte de s'exposer aux agissements de l'autre. Bien souvent, de par leurs expériences, certaines personnes développent une méfiance accrue et systématique. Ils recherchent une sécurité qui réduira au maximum leurs prises de risques, il n'est pas question d'engagement tant qu'ils ne savent pas où ils mettent les pieds, cherchant à contrôler les conséquences de cet engagement. Si ce niveau de certitude est atteint, il va sans dire que cette personne, méfiante, n'a plus besoin de faire confiance, car comme nous l'avons dit, la confiance est sollicitée là où réside une part d'ignorance et d'incertitude.

11.1.5. Analyse

La situation filmée et étudiée est, comme d'après les dires de Cyril, des plus « atypique », et ce grâce au patient. Il est le principal intéressé et est un protagoniste majeur dans la création de ce monde commun qu'est sa prise en charge, en IRM.

La confiance est un élément très important comme on le remarque dans la séquence de prise en charge. Le patient le dit lui-même ; il doit tenir la main de quelqu'un avec qui il ressent un feeling, pour être piqué. Le patient : « *C'est le feeling pour le cathéter, je dois tenir une personne.* » La présence de Cyril dans cette salle, jouant le jeu, est un excellent moyen de calmer l'angoisse du patient et de faire en sorte que l'examen ait lieu. D'après le TRM il ne faut pas perdre de temps, tout doit s'enchaîner, et si entrer dans le jeu du patient facilite cette démarche, autant s'en servir. Cyril : « *On est tellement pressé par le temps parce qu'on a des timings à respecter. On réfléchit*

pas, on le fait, on le fait, on le fait. » et « ... faut que ça avance donc autant rentrer dans le jeu... » et : « Nous ce qu'on veut c'est que ça avance. S'il faut rentrer dans le jeu, on rentre dans le jeu. »

Le patient monte très vite en angoisse à cause de la voie veineuse qui doit être posée, et pour pallier à cela il tient la main d'une personne en qui il a confiance, mais toutefois il laisse à quelqu'un d'autre « une chance » pour réaliser le geste de soin. Cette « chance » finalement pourrait être considérée elle aussi comme une autre forme de confiance ; la confiance catégorielle, liée à sa profession. Sans cette confiance plutôt interpersonnelle, envers Cyril, il est envisageable de penser que la réalisation de l'examen aurait pris plus de temps et/ou n'aurait pas été un succès. Cependant Cyril lorsqu'on lui demande : *« C'était quand le moment ou vous avez douté vraiment ? »*, sa réponse est sans équivoque : *« À aucun moment en fait, non à aucun moment, même s'il est angoissé ou quoi... »* et *« ... à aucun moment je me suis dit qu'on n'allait pas réussir... »*

Cette réaction a créé la surprise chez Cyril. Il trouve surprenant que le patient tienne sa main et se laisse piquer par quelqu'un d'autre plutôt que l'inverse. *« ... c'est spécial. C'est pas quelque chose qu'on voit tous les jours. Il dit juste « non toi tu tiens la main, toi tu piques »*. Sans avoir le retour du patient il est difficile, même impossible de comprendre pourquoi il agit ainsi. On le comprend plus tard, avec le point de vue interne du patient, qu'il est question de feeling et que tant qu'il tient la main de quelqu'un en qui il a confiance, on peut « tout lui faire ». C'est à ce moment-là que le patient décide de se remettre aux deux professionnels, il accepte d'être vulnérable.

Malgré cette confiance, le patient marque tout de même une préférence, s'il le pouvait, il aurait demandé à un infirmier qu'il connaît de l'unité où il est hospitalisé, de venir lui poser une voie veineuse. Le patient dit : *« Voilà, moi j'aurais préféré ramener quelqu'un du 3^{ème} étage que je connais très bien, qu'il me pique et après il remonte »*. Il est en pleine incertitude du résultat, toutefois il est conscient que les autres personnes travaillent et sont à même de pouvoir le piquer, mais ils n'auront qu'une seule et unique chance, s'ils la ratent, le patient ne souhaite plus être piqué par ce professionnel. Le patient dit : *« ... je laisse travailler, je ne dis rien, je laisse, après s'il est adopté, adopté. S'il est pas adopté bah je dis non, ça sera non. S'il me rate c'est fini, c'est à vie »*. Le patient est rassuré par ce qui lui est familier et dans cette salle

d'IRM, il n'a aucune expérience avec les TRMs présents et donc aucun passé qui puisse servir d'assurance au présent. Une piqûre ratée est une déception pour lui, et probablement que chaque nouvel échec ne fera que grandement accentué sa méfiance envers un professionnel inconnu.

La confiance semble être un fil conducteur majeur à l'élaboration et à la continuité de ce monde commun. On comprend que sans elle, l'examen aurait pris plus de temps. Sans ce monde particulier entre Cyril et le patient, les choses auraient pu être différentes. La confiance passe par le feeling du patient et ce même feeling dépend de certains éléments, que nous n'avons pas en connaissance mais elle n'est pas donnée à n'importe qui, comme le patient nous l'explique à la fin de l'entretien, en comparant les deux personnes qui l'interviewent : « ... *je ne laisse pas une personne, n'importe qui me toucher que ce soit un homme ou une blonde aux yeux bleus, ça n'a rien à voir. C'est le feeling. C'est pour ça que pour le cathéter, je dois tenir une personne.* » et « *Voilà, voilà et après je vise une personne, même... même une femme de ménage, même si je vise une femme de ménage, je dis venez juste me tenir la main...* » et « *Voilà donc si vous étiez là, je vous aurais pris. Parce que je sens le feeling, lui il est... il est pas mauvais mais il est trop doux, trop gentil.* »

On remarque sur la vidéo que c'est avec Cyril que le patient communique le plus. Son collègue intervient pour la manipulation de la voie veineuse, mais l'angoisse du patient complique la situation : « *Oui bah il est angoissé, il aime pas les piqûres, il aime pas les cathéters, il est angoissé, il ne veut pas qu'on approche de cette région.* » Une nouvelle interrogation quant à savoir si Cyril était préoccupé pour son collègue qui vivait différemment cette situation et voilà ses réponses : « *Moi, le seul intérêt, c'est que cet examen se fasse le plus vite possible... Faut pas que ça empêche d'avancer.* » et : « *... si ça le met mal à l'aise, il sort, c'est pas un problème. Je finis tout seul.* »

Le TRM cherche à réaliser son examen au plus vite, à cause du planning chargé qu'il faut tenir tout au long de la journée. Il effectue les tâches nécessaires avec ou sans son collègue TRM mais il a besoin en parallèle que le patient écoute ses instructions et de ce fait, selon notre hypothèse, soit collaborant pour la bonne réalisation de l'examen. En plus des instructions, il est nécessaire d'après Cyril de s'assurer que la voie veineuse est utilisable (elle s'avérera inutilisable). La confiance du patient pour Cyril n'est pas visible immédiatement et comme son angoisse monte, il ne se laisse

pas manipuler facilement. Le patient : « *Ouais, dès que je vois une aiguille ou... je panique, la tension elle monte à 20, j'arrive pas à travailler ce choc.* » et l'observation de Cyril : « *...il est angoissé, il aime pas les piqûres, il aime pas les cathéters, il est angoissé, il veut pas qu'on approche cette région.* »

On peut mettre en évidence cette confiance concrètement que lorsque le patient dit à Cyril « *non vous me tenez la main et lui il pique* ». Avant il est difficile de le démontrer, on peut supposer qu'elle se construit mais on ne peut affirmer qu'elle soit présente. La situation surprend Cyril, lui aussi peine à se rendre compte de ce qu'il se passe : « *...c'est spécial. C'est pas quelque chose qu'on voit tous les jours.* » Il décrit la situation de la manière suivante : « *c'est magique* ».

Cyril a considéré l'état de son patient, lié à l'angoisse : « *On comprend qu'il est angoissé, donc on fait tout ce qu'il faut pour que ça l'angoisse le moins, pour qu'il soit le moins stressé, qu'il soit plus calme, plus détendu. Donc s'il faut que ce soit moi qui lui tienne la main, je lui tiens la main.* » De là on peut émettre l'idée que c'est un travail d'équipe entre le patient et le TRM, basé principalement sur la confiance.

La confiance qu'octroie dans un premier temps le patient semble être catégorielle. Il a rendez-vous pour son IRM pancréatique, il l'a déjà fait, Cyril et Julien sont des TRMs professionnels, c'est leur travail de réaliser l'examen pour le patient. Il y a une affiliation à un rôle professionnel et donc à un éventail de compétences pour faire ce qui est attendu sur le bon d'examen. Le patient s'attend à ce que tous les deux s'attèlent à la tâche et c'est effectivement ainsi que se déroule la situation.

La prise en charge se complique significativement lorsque l'attention de tout le monde se porte sur la voie veineuse, et seulement à cet instant précis. Non qu'à partir de ce moment, sa confiance « catégorielle » en Cyril et Julien soit ébranlée, c'est sa méfiance qui grandit. Le patient confie pendant l'entretien avoir un passé chargé en mauvaises expériences dans le milieu médical. Il a été profondément marqué par ses dialyses régulières. Il est méfiant à tel point qu'il souhaite que personne n'y touche, il va même jusqu'à effectuer certains gestes lui-même, allongé sur la table d'examen.

Il refuse très clairement dans l'immédiat de s'exposer aux agissements des professionnels, cette situation ne lui convient absolument pas. À cause de ce qu'il a

vécu, il est probablement dans l'incertitude que les gestes de Cyril et Julien aboutissent au résultat escompté. Sa méfiance et l'angoisse qui en découle va bloquer l'examen.

La situation se débloque quand le patient décide finalement de choisir de laisser les professionnels faire leur travail, malgré tout ce qu'il ressent. Sa confiance est établie en Cyril, à qui il tient la main, cette confiance devient alors interpersonnelle et n'est plus uniquement catégorielle. En parallèle, c'est Julien qui s'occupe de changer la voie veineuse, le patient lui fait confiance mais il est très perceptible qu'il ne s'agit pas de la même relation, celle-ci a évolué certes mais reste tout de même proche de la confiance catégorielle.

Cette prise en charge démontre deux formes de confiance bien précise et puis sans la confiance, l'examen n'aurait jamais pu être réalisé dans ces conditions. Son importance est capitale.

C'est l'objectif de l'interaction entre le professionnel et le patient.

11.2. Angoisse

Si cet examen a pu être réalisé grâce aux compétences du TRM et à la confiance du patient envers celui-ci, on comprendra que la complexité de la situation est dû à l'angoisse du patient à l'idée de se faire poser une voie veineuse.

Suite à l'entretien post examen avec le patient, il explique que cette crainte vient d'un traumatisme à l'hôpital, à cause de la manière dont on l'a traité et des dialyses subies. Le patient : « *Voilà donc elle me l'a enlevé sans mon consentement...* » à « *...Voilà et c'était le choc, depuis je ne laisse pas une personne, n'importe qui me toucher...* »

Le patient connaît son examen : « *...je fais ça depuis 2010, ça fait 6 fois que je le fais* ». Ce n'est pas l'IRM qui l'angoisse mais la possibilité qu'il doive être piqué. Mais le patient avait déjà un cathéter en place, ce n'est donc qu'au moment où Cyril lui explique qu'il faut tester la voie que l'angoisse monte significativement. Cyril : « *Là, quand on s'approche de la voie veineuse, il n'est pas à l'aise... Donc là il commençait gentiment à monter en pression, à stresser un petit peu.* » et « *On ne touche même pas la voie veineuse et il est là « AAAAAAAAAHHH » stressé et paniqué.* »

Malheureusement pour le patient il s'avère que les TRM n'ont pas le choix, ils doivent impérativement tester cette voie, d'autant qu'elle ne venait pas d'être mise en place, et quand bien même d'après Cyril : « *Même si on vient de la poser, je vais pas injecter sans l'avoir testée moi-même. On a bien fait, normalement trois jours elles sont encore perméables, là elle l'était très peu perméable.* »

Cette angoisse est une difficulté pour le patient et pour le TRM, l'un ne la contrôle pas et l'autre tente de la calmer pour mener à bien l'examen. Le patient est collaborant, il connaît l'examen, ainsi que les gestes qui doivent être réalisés par les différents professionnels mais cette angoisse des piqûres est plus forte que tout. Le patient se rend bien compte de son angoisse et de ce que cela peut générer chez la personne qui doit le piquer. Le patient : « *... mais je donne la chance à quelqu'un, parce qu'ils euh... travaillent, donc pour ne pas stresser la pers... Imaginez que vous êtes infirmier et vous allez me piquer, vous me voyez stresser, vous allez automatiquement aussi stresser.* »

Durant la prise en charge, Cyril estime que c'est lui qui va piquer le patient, il lui parle depuis le début et il se sent simplement plus à l'aise que son collègue, alors que quelques secondes avant, il ne savait pas qui allait s'en occuper. Cyril : « *Là on sait pas encore, on sait pas encore qui va piquer à ce moment-là.* » et « *En fait j'ai pris parce que je le sentais un peu plus... enfin, disons que ça l'embêtait un peu plus que moi cette situation. Enfin je l'ai ressenti comme ça puis du coup je me suis dit ; je vais piquer.* »

On comprend d'après ces propos que c'est l'efficacité, dans le sens de la réussite de l'examen, le plus rapidement possible, qui prime avant de se préoccuper de l'état de son collègue vis-à-vis du patient. La question de la chercheuse : « *Est-ce que vous cherchez à savoir s'il est embarrassé, s'il est je sais pas quoi dans cette situation ? Ou bien pour vous c'est pas une préoccupation ?* » et la réponse de Cyril : « *À ce moment-là ce n'est pas une préoccupation. Après on en discute, après on peut discuter mais à ce moment là non. Faut enchaîner, faut le faire et puis voilà.* »

On remarque sur la vidéo à quelques reprises des actes non verbaux, comme un regard ou un geste qui pourraient être interprétés comme de l'agacement quant à la situation en cours, de la part du second TRM. Le patient a évoqué pendant l'entretien qu'il savait que son attitude allait générer quelque chose pour le professionnel. C'est un travail difficile pour un soignant de gérer ses propres émotions.

Il est potentiellement plus probable que l'angoisse puisse être suscité par la mécanique de l'IRM, qui peut impliquer une installation particulière, comme celle visible sur la vidéo, ainsi qu'une durée d'examen relativement longue et pour finir un bruit fort impressionnant et régulier. Or ici ce n'est absolument pas ce qui dérange le patient. Il y est habitué à cet examen et le confond même avec un autre au début de la prise en charge ; un scanner pour investiguer son occlusion intestinale.

Cyril : « *Du coup il avait aussi une occlusion intestinale et il devait faire un scanner pour ça. C'est ça qui a apporté la confusion entre scanner et IRM.* » Il s'agit du coup bel et bien du fait d'être piqué qui génère l'angoisse, suite à son traumatisme vécu pendant de longues semaines à l'hôpital, pour des dialyses.

L'angoisse fait réagir le patient dès que le TRM s'approche de sa voie veineuse déjà en place. Une des inquiétudes du patient était le Sintrom qu'il prenait, c'est quelque

chose qu'il a répété à plusieurs reprises. Et il s'avère que cette inquiétude n'est pas fondée et suscite un stress supplémentaire qui n'a pas lieu d'être.

Cyril : « *« Je suis sous Sintrom », alors que ça n'a rien à voir avec le contexte, est juste que ça fluidifie le sang...* » Toutefois de ce que l'on remarque, c'est que Cyril ou Julien n'ont pas entamé d'explications, peut-être à cause du stress du patient. Tout se calme après que la nouvelle voie veineuse eut été posée, l'acquisition est réalisée sans perturbations et le patient est libéré.

11.3. Humour

L'humour a une place de choix dans la communication humaine. C'est quelque chose de contextuel, situationnel et spontané, même dans le milieu médical. Ses conséquences sur une prise en charge peuvent être très bénéfiques, pour le patient comme pour le soignant. C'est un mécanisme de coping qui peut pallier au stress et ainsi améliorer la situation. Le coping est un moyen utilisé pour appréhender le stress grâce à une émotion, dans son contexte, ce qui facilitera l'adaptation à cette situation qui génère ledit stress.

Il y a toutefois un temps et une place pour l'humour. Les conditions d'utilisation sont reliées au soignant et au patient, dépendent du contexte lui-même. L'humour est intuitif et a pour racine l'empathie, ou tout du moins une compréhension du ressenti du patient. Il est accordé à la sensibilité et au jugement du soignant. Le sens de l'humour est propre à chacun et une personne pour qui l'humour est important dans leur vie de tous les jours aura tendance à l'utiliser même dans les situations de changement les plus difficiles.

L'humour ne doit pas manquer de respect à la personne, ou à ses valeurs. Ce n'est pas l'humour qui va changer la situation mais il va en revanche procurer une perspective différente de cette situation, il peut par exemple diminuer la sévérité d'un problème. Il permet de mettre de la distance avec les émotions négatives, c'est une forme d'évasion. Ce n'est pas la solution à tous les problèmes de stress, d'anxiété ou d'angoisse mais c'est quelque chose de très positif et est un puissant allié du soignant ainsi que du patient.

Il reste cependant un moyen de pallier à plusieurs situations. Il fait partie intégrante et est propre à la personnalité de chaque individu. L'humour a contribué à la réussite de cette prise en charge. Depuis là, Cyril a été gratifié du surnom « chouchou » par son patient. Cyril dit ceci, lorsqu'on lui demande comment était ce moment pour lui : *« Ah non moi ça me fait rigoler, je trouve ça marrant. Voilà parce que c'est un personnage aussi, assez atypique donc voilà. Désinhibé comme ça, il dit ce qu'il pense, il dit les choses. Je rentre dans son jeu puis ça s'arrête là. C'est plus marrant qu'autre chose. »* Nous avons confirmation visuelle et dans ses propos que le TRM rigole ainsi que le patient, suite à la montée d'angoisse, cela donne une toute autre tournure à la prise

en charge, l'atmosphère est plus détendue. Outre ces faits, l'humour va permettre que l'examen avance, et au final c'est ce que souhaitent les techniciens en radiologie médicale. Cyril : « *Oui ça avance. Puis moi en même temps je discute avec lui et en même temps je regarde ce qui se passe. Je vois que ça avance, je vois qu'il bouge pas son bras, je vois que Julien peut enchaîner, moi je rentre dans son jeu, je discute. J'enchaîne quoi. »*

Avec cela on comprend que lorsqu'ici nous parlons d'humour, il ne s'agit pas d'une discussion fondamentalement non professionnelle. Cyril et Julien ont la possibilité de jouer la carte de l'humour avec le patient, ils font ce qui doit être fait et se servent des nouveaux éléments intervenants dans l'action pour faire évoluer celle-ci dans la direction qu'ils souhaitent. Cyril : « *Au final, si ça nous permet d'avancer, moi je rentre dedans y'a pas de soucis. Je rentre dans le jeu. »*

Ce comportement apporte son lot de bénéfice ; il détend le patient, il permet d'avancer, il permet de renforcer la relation patient/soignant et semble rendre la situation plus agréable pour tout le monde. Cyril : « *Moi j'aime bien rentrer dans le jeu parce que ça permet de détendre le patient, mettre l'atmosphère un peu plus tranquille et puis voilà, j'arrive plus facilement à faire passer ce que je veux faire passer. C'est comme ça, je suis comme ça et c'est comme ça que je procède. »*

11.4. Discussion autour de ces axes

Après avoir parlé de ces différents axes, on s'aperçoit que c'est le feeling du patient envers Cyril qui va être le fil conducteur de toute la prise en charge. Le patient a supporté son angoisse et le TRM a pu mener à bien l'examen. L'échange est des plus humains. Bien que sur une semaine, tout ne se déroule pas de la sorte, le TRM doit faire intervenir ici des compétences sociales qui ne sont pas enseignées à l'école.

L'angoisse du patient, générée par la voie veineuse, n'est pas quelque chose à prendre à la légère, comme il est possible de le voir et de l'entendre. À tel point que l'examen est ralenti, ou même paralysé, momentanément. Sachant que le but principal du TRM est d'aller le plus vite possible, on comprend aisément que cette angoisse doit être jugulée par les professionnels de manière adaptée.

L'humour existe grâce aux échanges entre les différents protagonistes présents dans la salle d'IRM. Il donne à l'atmosphère une autre dimension, plus agréable et profitable pour tout le monde. Bien qu'il n'y ait pas d'animosité qui soit perceptible, on aperçoit des échanges souriants et emplis de rire, qu'au moment où Cyril tient la main du patient, pendant que Julien est concentré sur la voie veineuse.

La confiance est l'élément majeur de la situation, sans elle la prise en charge aurait pu être bien plus longue, si ce n'est impossible. Elle s'est développée au cours de l'action, jusqu'au moment où elle s'est dévoilée, quand le patient tient la main de Cyril pour être piqué. C'est dans l'action, centrée sur la voie veineuse, que ces axes se développent.

Si les TRM avaient décidé d'agir autrement, en ne testant pas la voie veineuse, pour autant que celle-ci fût fiable, tout ce développement n'aurait pas lieu d'être. Il est tout à fait possible que cette prise en charge se soit déroulée sans anicroches et avec un échange minime de paroles, or ce ne fut pas le cas.

Le but de l'interaction entre le TRM et le patient est de créer un climat de confiance, pour que l'examen se déroule dans les meilleures conditions pour tout le monde. La confiance se construit dans l'action et il en va de même pour l'élaboration d'un monde commun entre les différents acteurs de cette situation. Le problème fut l'angoisse du patient et l'humour sa réponse. L'examen a été réalisé et l'interaction fut de qualité, en somme, deux buts ont été atteints.

Le professionnel de la santé est confronté aux émotions de ses patients et aux siennes. En plus de son cahier des charges, il devra travailler sur lui-même pour gérer au mieux tout le reste. Cyril est sorti d'une certaine manière de son rôle de pur professionnel « technique ». Il s'est montré authentique et humain, il a fait le choix d'accepter ce que son patient lui a dit, en le prenant avec humour qui plus est. Peut-être que « chouchou » aurait pu faire réagir Cyril autrement par exemple. Il ne s'agissait pas d'une forme d'agression extérieure de la part du patient, mais il a imposé ses propos à Cyril qui a réagi positivement. Il s'est montré professionnel sur le plan relationnel.

12. Conclusion

Il n'est pas facile de mettre en avant l'ensemble des aptitudes nécessaires aux TRM afin d'aboutir à une prise en charge de qualité. Il existe dans la littérature de nombreux documents sur l'aspect technique de la profession mais très peu sur l'aspect relationnel avec le patient. Cela nous a permis de poser la question suivante : « En quoi consiste la dimension relationnelle de l'activité du technicien en radiologie médicale lors d'une prise en charge ? ».

Pour répondre à cette question il était nécessaire de se baser sur des articles et une partie théorique la plus complète possible. Le choix d'étudier les textes de Picard, de Filletaz ainsi que de Quéré a été dicté par la volonté d'étudier la communication dans le cours même de la prise en charge et non pas la communication comme notion purement théorique ou abstraite. Etudier la communication dans le cours même de la prise en charge permet d'observer la manière dont tant le professionnel que le patient s'ajustent à la situation, aux réactions de leur interlocuteur respectif et surtout collaborent à la réussite de l'examen qui est leur objectif commun.

Une approche de l'IRM ainsi que du rôle du technicien dans cette modalité apportent une représentation des buts et enjeux de ce type d'examen radiologique. Il est alors plus simple de dépeindre l'importance de la communication dans le travail d'un technicien en radiologie médicale lors d'une prise en charge.

La méthodologie met en avant les techniques et moyens utilisés lors du recueil de nos différents matériaux. Une fois ces différents matériaux présentés, l'analyse de ces derniers nous a permis de donner des éléments de réponses à notre question de recherche.

Les éléments de réponse à cette question ont été obtenus en analysant un corpus complet. Ce dernier était composé d'une prise en charge en IRM filmée aux Hôpitaux Universitaires de Genève, d'une auto confrontation avec un des techniciens présents durant la prise en charge filmée et un entretien avec le patient de l'examen. Ces matériaux ont été étudiés de différentes façons grâce à des outils adaptés. Le schéma de Filletaz sur les ingrédients de l'interaction a permis l'analyse du film. Avec l'utilisation de ce schéma, nous avons pu constater que l'adaptation du TRM est

primordiale si la situation présente une complication. On retrouve en effet les différents éléments de ce schéma dans cette vidéo. Nous avons par la suite compartimenté et examiné la fonction des dires des différents acteurs via la retranscription de l'auto confrontation et l'entretien avec le patient. L'utilisation du signe tétradique, du fait qu'il est un instrument permettant de reconstruire l'expérience du professionnel lors de son activité filmée, nous a aidé à regrouper les différents éléments de réponse de chaque acteur.

Ce travail de recherche met en évidence qu'aucun guide de prise en charge ne peut être utilisé à la lettre. Il manque à ces guides des points primordiaux comme le travail émotionnel, l'humour ou bien encore la confiance. Ces différents points représentent l'axe autour duquel la prise en charge gravite.

Il est difficile de donner les clefs d'une bonne interaction « patients - professionnels » car elles dépendent de ses différents acteurs, de leur implication émotionnelle ou encore de la situation. Cela donne une identité à chaque interaction dans laquelle il existe des micro-savoirs qui lui sont propres et qui ne peuvent pas toujours être reportés sur une autre. L'expérience se crée en regroupant ces différents micro-savoirs. Ainsi, nous pouvons conclure que ce n'est pas le guide qui fait l'interaction mais bien le professionnel et la qualité de son engagement dans chacune des situations qu'il rencontre.

Ce travail de recherche s'est basé sur une prise en charge sur le terrain et non sur une simulation dans le cadre de la formation TRM. Les points essentiels se dégageant de l'analyse du corpus sont la confiance entre les professionnels et le patient et l'utilisation de l'humour pour répondre à l'angoisse de ce dernier. En revanche, l'analyse des travaux pratiques simulés donnerait de tout autres résultats. En effet, l'aspect technique est prépondérant sur l'aspect relationnel dans les TP proposés par la HEDS. On peut donc se poser la question suivante : « Comment pourrait-on intégrer ce travail émotionnel ainsi que la confiance ou l'humour dans les pratiques simulées proposées par la haute école de santé ? »

13. Liste des références bibliographiques

Articles

Fillietaz, L. (2014). L'interaction langagière : un objet et une méthode d'analyse en formation des adultes. In J. Friedrich & J. C. Pita Castro (Eds.), *Recherche en formation des adultes : Un dialogue entre concept et réalité* (pp. 127- 158). Dijon : Raison et Passions

Giordan, A., Golay, A., Jacquemet, S.& Assal, J. P. (1996). Psychothérapies. *Communication thérapeutique : L'impact d'un message dans le processus d'apprendre*, (pp. 189-193).

Leblanc, S., Ria, L. & Veyrunes, P. (2011). Vidéo et analyse in situ des situations d'enseignement et de formation dans le programme du cours d'action. *Instrumentation de la recherche en Education*, (pp. 63-94).

Loriol, M. (2001) Prevenir. *La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière*, (pp. 183-188).

Martens, R. (2000). Verbal, para-verbal, non-verbal.

Patenaude, H. & Hamelin Brabant, L. (2006) Recherche en soins infirmiers. *L'humour dans la relation infirmière – patient : une revue de la littérature*, (pp. 36-45).

Picard, D. (1992). De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles. *Communication et langages*, (pp. 69-83).

Quéré, L. (1991). D'un modèle épistémologique de la communication à un modèle praxéologique. (pp. 69-90).

Quéré, L. (2001). La structure cognitive et normative de la confiance. (pp. 125-152).

Theureau, J. (2010). L'entretien d'autoconfrontation comme composante d'un programme de recherche empirique & technologique.

Sites

Hôpitaux Universitaires Genève. (2015). *IRM*. Accès <http://www.hug-ge.ch/radiologie/irm>

Info-radiologie. (2016). *Imagerie par résonance magnétique (IRM)*. Accès http://www.info-radiologie.ch/resonance_magnetique.php

Wikipédia. (2016). *Wikipédia l'encyclopédie libre*. Accès <https://fr.wikipedia.org/>

Support de cours

Durand, I. (2015). *Communication et interactions dans la relation de soin* [Présentation PDF].

Gaignot, C. (2013). *Contre-indications en IRM* [Présentation PowerPoint].

Poizat, G. & Goudeaux, A. (2014). L'entretien d'auto-confrontation. *Comment conduire l'entretien ?* [Présentation PowerPoint].

14. Annexes

I – Formulaire de consentement éclairé et libre



Filière Technique en radiologie médicale

Formulaire de consentement éclairé et libre

La loi fédérale sur la protection des données (LPD) du 19 juin 1992, protège la personnalité et les droits fondamentaux des personnes qui font l'objet d'un traitement de données (art.1).

Dans le cadre de leur formation et de la réalisation de leur travail de bachelier, les étudiant-e-s de la Haute école de santé de Genève sont appelé-e-s à travailler avec des données personnelles et sensibles qui touchent à la santé et/ou à la sphère privée des personnes interrogées.

En référence à la LPD, les personnes doivent donner leur consentement libre et éclairé par écrit pour la récolte et le traitement anonyme des données les concernant.

Ainsi, la personne soussignée :

- certifie avoir été informée sur les objectifs et la procédure de l'étude (feuille d'information) ;
- affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies, informations à propos desquelles elle a pu poser toutes les questions qu'elle souhaitait ;
- atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé ;
- a été informée qu'elle pouvait interrompre à tout instant sa participation à cette étude sans préjudice d'aucune sorte ;
- consent à ce que les données recueillies pendant l'étude puissent être transmises à des personnes extérieures, elles-mêmes tenues de respecter la confidentialité de ces informations.

Madame / Monsieur

Nom Prénom

autorise l'étudiant-e ou les étudiants

Nom Prénom

Nom Prénom

Nom Prénom

à travailler avec les données sensibles qu'il-elle-s lui-leur a livré.

Fait à le

Signature de la personne concernée :

II – Informations pour les personnes participant au travail de bachelor (TB)

h e d s

Haute école de santé
Genève

Filière Technique en radiologie médicale

Informations pour les personnes participant au travail de bachelor (TB)

Feuillet d'information à transmettre lors des interviews et à joindre à la lettre pour les directions.

Indiquez ci-dessous:

- *La thématique de votre projet de TB (2 à 3 lignes)*
- *Ses buts (1 à 2 lignes)*
- *Son déroulement (1 à 2 lignes)*
- *La description de la population cible. (1 à 2 lignes)*
- *L'outil d'enquête (1 à 2 lignes)*

Nous vous proposons un entretien d'environ heure (s). Celui-ci sera enregistré puis transcrit afin de nous assurer de ne pas déformer vos propos. Les données seront effacées une fois le TB validé.

Ces données resteront confidentielles et seront rendues anonymes. Si cette étude donne lieu à une publication scientifique, nous garantissons qu'il sera impossible d'identifier les participants-es.

Même si vous acceptez de participer dans un premier temps, vous restez libre de vous retirer de l'étude à tout moment ou de ne pas répondre à certaines questions sans avoir à nous donner de raisons.

A tout moment, vous pouvez vous adresser aux personnes ci-dessous afin d'obtenir des informations supplémentaires.

Le-le-s étudiant-e-s soussigné-e-s s'engagent à respecter la confidentialité des informations recueillies.

Nom de-des étudiant-e-s :

Nom du Directeur-trice du travail de bachelor

.....

.....

HEdS – Haute école de santé Genève
47, avenue de Champel
1206 Genève

Tel. : 022 388.56.00