

ÉTUDE DES MANIPULATEURS EN RADIOLOGIE DANS UN CENTRE DE CANCEROLOGIE

Cécile Estival

Cécile Estival est doctorante en anthropologie à l'EHESS – Cermes (Centre de recherche médecine, sciences, santé et société, UMR CNRS, EHESS, INSERM)

Résumé :

Cet article entend analyser certaines dimensions de la profession de manipulateurs en radiologie. Il s'agit d'étudier d'une part, certaines des tâches à effectuer mais aussi, et principalement, quelles représentations ils y attachent. En effet, cet article étudie notamment le rapport qu'ils ont au corps malade et en quoi l'utilisation d'une machine d'imagerie médicale constitue un écran à la contamination symbolique, dans le contexte de la cancérologie, mais aussi le rapport qu'ils ont aux patients et aux radiologues, profession supérieure hiérarchiquement, à laquelle ils s'identifient. L'étude proposée ici apporte quelques éléments critiques de la relation entre les différents protagonistes : les patients, les radiologues et les manipulateurs en radiologie.

Abstract :

This article will analyze certain aspects of the profession of Xray technicians. This is a study, some of the tasks at hand but also and primarily, what representations they attach. Indeed, this article examines the particular relation they have sick body and how the use of a medical imaging machine is a screen to contamination symbolic in the context of oncology, but also the relation that they have to patients and radiologists, occupation supervisor, wich they identify. The study proposed here makes some critical elements of the relationship between the various protagonists: patients, radiologists and Xray technicians.

Mots clés : manipulateurs en radiologie, identification, contamination symbolique, cancérologie, corps.

ÉTUDE DES MANIPULATEURS EN RADIOLOGIE DANS UN CENTRE DE CANCEROLOGIE

À travers cet article, il s'agira de porter notre attention sur la profession de manipulateurs en radiologie. Il s'appuie sur une étude réalisée au sein d'un centre de cancérologie¹, ce qui nous conduit à appréhender cette profession dans un contexte particulier, celui de la pathologie au pronostic parfois vital.

L'enquête de terrain m'a amenée à porter un intérêt particulièrement marqué sur les manipulateurs dans la mesure où ils s'inscrivent très largement au sein des interactions entre soignants et patients. L'analyse des relations entre soignants et soignés, dans une problématique centrée sur l'imagerie médicale, ne pouvait ainsi en aucune mesure exclure cette profession paramédicale. Profession relativement récente (d'une quarantaine d'années), elle n'est, par conséquent, pas toujours bien

¹ Cet article est une partie de ma recherche doctorale (soutenue financièrement par l'Institut national du cancer et par le CNRS) qui porte sur l'influence de l'imagerie médicale sur la perception du corps et de la maladie ainsi que sur la manière dont interviennent les machines d'imagerie au sein des interactions entre patients, radiologues et manipulateurs en radiologie. Il s'agit d'analyser le point de vue des soignants mais aussi celui des patients. L'enquête de terrain, qui a duré un an (de juin 2006 à juillet 2007) au sein d'un centre de lutte contre le cancer situé en région parisienne, se constitue d'un travail d'observation au sein des différents services d'imagerie médicale (radiodiagnostic, radiologie interventionnelle et médecine nucléaire) ainsi que d'entretiens semi-directifs réalisés auprès d'une dizaine de soignants et de 92 patients, atteints d'un cancer digestif et colorectal (31), gynécologique (21), urologique (11), du sein (18), ORL (8) et « autres » (3).

connue de la population profane². Pourtant, un certain nombre d'articles cités dans le décret relatif aux compétences des manipulateurs en radiologie (décret n°97-1057 du 19 novembre 1997) montrent bien l'importance de leurs actes dans la réalisation d'examen d'imagerie médicale. Les actes réalisés par les manipulateurs concernent principalement la préparation du matériel destiné aux injections, ponctions etc., l'administration des injections sous forme orale, rectale, intraveineuse ou intramusculaire, le réglage et la mise en fonctionnement des appareils d'imagerie médicale, le recueil de l'image ainsi que son traitement, l'aide opératoire, l'accueil des patients, leur mise en place sur la machine.

Par ailleurs, étudier cette profession sous l'angle des interactions avec les soignés et les radiologues me semble enrichissant dans la mesure où les chercheurs en sciences humaines se sont intéressés principalement à la catégorie professionnelle des infirmiers et des aides soignants. Pourtant, les manipulateurs en radiologie représentent un groupe professionnel tout aussi confronté que celui des infirmiers à la pathologie et aux patients et donc, à la souffrance. Il est vrai, toutefois, que la relation entre le manipulateur et le patient s'inscrit le plus souvent dans un temps très court, élément qui se différencie de la relation patients / infirmiers³. Néanmoins, même si n'ayant pas à « gérer » sur une période relativement longue des liens avec les patients, les manipulateurs sont confrontés « directement », « visuellement », par le biais de l'imagerie médicale, à la pathologie et parfois à un pronostic très défavorable⁴.

Cinq dimensions du métier de manipulateurs nous intéresseront ici : le rôle d'intermédiaire qu'ils peuvent occuper entre le patient et le radiologue, comment ce groupe professionnel s'identifie à celui des radiologues, leur intervention sur l'image médicale, la manière dont ces machines peuvent constituer un écran à la contamination symbolique et enfin, une réflexion sur ce qui est manipulé. À travers ces différents aspects, il s'agira de montrer comment certaines dimensions tendent à une valorisation du métier de manipulateur mais aussi comment les frontières de cette profession sont parfois relativement floues du fait de sa nature paramédicale.

LE RAPPORT AUX PATIENTS ET AUX RADIOLOGUES

UN ROLE D'INTERMEDIAIRE ENTRE LE PATIENT ET LE RADIOLOGUE

Le centre de cancérologie au sein duquel j'ai réalisé mon enquête de terrain ne délivre pas d'exemplaire des clichés d'imagerie au patient suite à un examen d'imagerie médicale. Cela dit, beaucoup de patients interviewés ont la possibilité de voir leurs clichés, soit durant une consultation médicale (notamment avec le chirurgien ou l'oncologue) soit après avoir passé un tel examen au sein d'un autre hôpital ou centre d'imagerie privé. Dans ce dernier cas de figure, plusieurs possibilités peuvent se présenter : si le patient a passé son examen au sein d'un hôpital, il peut repartir avec ses clichés ou alors ces derniers peuvent être envoyés directement au médecin qui le suit au sein de l'autre hôpital (dans certains cas, les deux peuvent être pratiqués : un exemplaire destiné au patient et un autre au médecin traitant). Dans le cas de figure où le patient a passé son examen d'imagerie dans un centre privé, il repart avec ses clichés en mains propres, après s'être entretenu – souvent durant un temps assez restreint – avec le radiologue. C'est principalement sur ce dernier aspect que la relation entre le patient et le radiologue se différencie selon que l'examen d'imagerie se déroule au sein d'un établissement privé ou public. Cela peut s'expliquer de différentes raisons, si l'on se réfère aux radiologues. Premièrement, le centre où j'ai réalisé mon étude prend en charge d'une manière

² Alors que les manipulatrices sont souvent prises pour des infirmières, les manipulateurs sont davantage confondus avec des médecins, ce qui peut faire référence, évidemment, à l'importante proportion de femmes dans la profession d'infirmiers et à la représentation profane du métier de médecin davantage masculin.

³ Excepté, dans le domaine de la cancérologie, dans un service de radiothérapie, où les manipulateurs en radiologie réalisent les traitements durant une période relativement longue. Dans ce cas, la relation entre eux et les patients est de nature différente, puisqu'elle s'inscrit dans la durée.

⁴ Ma recherche s'appuyant sur la cancérologie, cet aspect y est particulièrement présent, davantage, il est vrai que dans un centre d'imagerie médicale classique où beaucoup d'examen concernent des fractures, par exemple. Toutefois, d'autres spécialités, telles que la cardiologie, peuvent amener à ces mêmes questions de confrontation à la maladie.

globale le patient, c'est-à-dire que le malade est suivi par différents médecins spécialistes (oncologue, chirurgien, radiothérapeute, chimiothérapeute, médecin nucléaire, etc.). De ce fait, il peut sembler inutile que le radiologue s'entretienne avec le patient dans le sens où cela pourrait alourdir sa prise en charge. Par ailleurs, cela obligerait les médecins à se concerter auparavant afin que les discours de chacun soient identiques, au risque de créer des confusions chez les patients (l'emploi de deux mots différents mais ayant la même signification, par deux médecins, peut suffire à créer un quiproquo). De plus, et ce principalement pour les patients domiciliés relativement loin de cet institut, la consultation médicale peut avoir lieu le même jour que l'examen d'imagerie ; c'est donc le clinicien qui se chargera de l'annonce des résultats. Un des arguments invoqués ici par un radiologue est l'absence de proposition de traitement que ces derniers peuvent fournir aux patients. En effet, annoncer une mauvaise nouvelle sans proposition de recours thérapeutique semble davantage difficile à entendre. Selon ce même radiologue, environ un patient sur deux ou sur trois souhaite – et demande – ses résultats suite à l'examen d'imagerie médicale. Le radiologue (exerçant au sein d'un hôpital) n'étant pas en contact avec le patient, c'est au manipulateur en radiologie qu'il incombe de s'occuper de sa prise en charge. Dès lors, nous pouvons nous interroger sur la place qu'occupent les manipulateurs dans leur relation avec les malades et sur ce qui convient de leur dire.

Leur intervention auprès des patients⁵ peut concerner l'aspect technique de l'examen mais peut également précéder l'intervention du radiologue et donc « servir d'intermédiaire ». Un radiologue mettra l'accent sur l'intérêt de rassurer le patient sur la dimension technique de l'examen :

« Il va falloir accompagner, organiser quand le patient va ressortir de la machine. Et c'est là que c'est intéressant de voir l'interaction avec le manipulateur, qu'est-ce qu'il va dire ? Qu'est-ce que le radiologue va dire ? Ces choses là doivent être un peu organisées, ne serait-ce que le fait de dire aux gens que l'examen nous montre des images qui ont été acquises dans des conditions techniques correctes. Déjà, ils savent qu'ils n'ont pas fait l'examen pour rien. Dans la chaîne de l'image et du diagnostic, le manipulateur est capable de dire si techniquement, il le sait, qu'on injecte un produit dans une veine, quand il acquiert ses images avec sa machine, il sait très bien si ça s'est déroulé correctement ou pas, s'il a eu toutes les séquences. Le malade, quand il demande ses résultats, la réponse que doit apporter le manipulateur doit concerner l'aspect technique. C'est déjà une parole importante parce que ça peut permettre aux gens de comprendre qu'ils n'ont pas fait l'examen pour rien, qu'il a été acquis dans de bonnes conditions, qu'il y a de bonnes images, qu'on va bien voir etc. Déjà, ça rassure d'une certaine façon, ça permet de se dire "oui, voilà, déjà, on avance" ».

Il ajoute à propos du rôle d'intermédiaire que peut prendre le manipulateur en radiologie avec le radiologue :

« Le manipulateur peut préparer un peu éventuellement l'intervention du radiologue qui lui-même préparera l'intervention du clinicien⁶. [...] Il n'est pas impossible que pour certains individus, il faille mieux ne rien dire. Vous avez des gens à qui vous demandez, je fais souvent demander et justement, le manipulateur sert d'intermédiaire. "Demandez-leur s'ils veulent me voir ou pas" et souvent, les gens disent "non, non". C'est variable. Il y a des gens qui insistent, qui attendent et il y a des gens qui ne veulent pas savoir. Il faut savoir exactement ce qu'ils attendent avant de dire quoi que ce soit, il faut connaître un peu ce qu'ils veulent savoir, ce qu'ils savent déjà ».

Pour certains patients, le temps d'attente entre le jour de l'examen d'imagerie et la date de la consultation avec le médecin représente un moment d'angoisse particulièrement fort justement du fait de n'avoir aucune indication de la part du radiologue :

« La dernière fois, j'ai bien vu qu'ils ont approfondi l'examen, ça a été beaucoup plus recherché. J'ai bien vu qu'ils avaient vu quelque chose. Mais quand vous leur posez la question, ils ne vous disent rien. J'aurais aimé qu'ils me disent et d'ailleurs, je leur ai dit "je trouve que vous avez approfondi l'examen", "madame, on ne peut rien vous dire". Je préférerais qu'ils nous expliquent. Il y a le médecin après qui vient. Effectivement, ceux qui font l'examen ne sont pas médecins mais après, vous avez le médecin. Je lui ai dit "je trouve qu'ils ont beaucoup insisté. Ils auraient pu me dire "ça a bougé un peu ". Quand on vous dit "on ne peut pas vous dire", c'est mauvais pour le moral. J'en ai pas dormi,

⁵ J'insiste sur le moment de leur intervention : il s'agit du moment qui suit la prise du cliché. Je ne traiterai donc pas ici de leur relation avec le patient avant et durant l'examen.

⁶ Dans l'hypothèse que le radiologue rencontre le patient.

j'ai pleuré en repartant, dans la voiture » (une patiente, atteinte d'un cancer du sein en 1992, puis au rein en 2005, avec des métastases au rein, mariée, 1 enfant, 60 ans, couturière).

Cette autre patiente adopte un comportement inverse :

« C'est des moments un peu difficiles, tous ces moments d'examen. Aussi bien pour attendre après. L'enveloppe, je ne l'ouvre même pas, j'attends le jour du rendez-vous pour regarder. Parce qu'attendre en sachant que ce n'est pas bon... C'est la pire angoisse d'attendre, de regarder ses résultats. Je préfère attendre d'être avec le médecin » (une patiente, atteinte d'un cancer des ovaires depuis 2001, ayant fait une récurrence en 2004, puis en 2005, mariée, 1 enfant, 52 ans, responsable de service)

Ces deux raisonnements inverses (mais guidés par le même sentiment d'angoisse) rencontrés chez ces deux patientes corroborent les propos du radiologue cité, particulièrement lorsqu'il affirme que tous les patients n'ont pas les mêmes attentes en ce qui concerne le fait de donner ou non les résultats juste après un examen d'imagerie médicale. L'attitude qui vise à préférer, pour un patient, ne pas s'entretenir avec le radiologue (lorsque l'examen s'est déroulé en cabinet privé) réside justement dans la volonté de pouvoir entendre le recours thérapeutique qui est envisagé ; la proposition de traitement n'incombe pas au radiologue, certains patients préfèrent attendre leur consultation avec leur médecin pour avoir les résultats. Il peut sembler alors effectivement judicieux d'attribuer aux manipulateurs en radiologie un rôle d'intermédiaire entre eux et les radiologues, mais cela dans un contexte où le radiologue aurait la possibilité de s'entretenir avec les patients. Au sein de l'institution hospitalière, c'est alors l'organisation qui serait à revoir.

Un des extraits d'entretiens retranscrit plus haut laisse entrevoir le désir éprouvé par certains patients d'obtenir des informations concernant l'évolution de leur pathologie de la part des manipulateurs en radiologie (« *ils auraient pu me dire : "ça a bougé un peu"* »). Nombreux sont les manipulateurs en radiologie pour qui la demande d'informations provenant des patients les met dans une situation délicate. Les délivrances d'informations concernant le diagnostic ou le pronostic ne leur incombent pas. En effet, ils ne possèdent pas les connaissances médicales leur permettant. Toutefois, l'expérience professionnelle les amène à enrichir leur niveau de connaissances dans ce domaine (discussions avec les radiologues, réunions d'informations, visualisation des clichés, etc.). À de maintes reprises, les observations de discours tenus par les manipulateurs au cours des examens ont permis de mettre au jour ces connaissances acquises. Elles sont certes imprécises, cela dit, elles permettent aux manipulateurs, la plupart du temps, de juger de l'état médical du patient, du moins en terme général (taille de la tumeur, localisation, évolution par rapport à l'examen précédent – lorsque le manipulateur s'en souvient). Le jugement des manipulateurs peut, bien évidemment, être erroné mais des commentaires concernant ce qu'ils visualisent sur l'écran sont souvent énoncés :

« C'est pas beau, j'aime pas ça », « il promet celui-là, il y a plein de petits trucs, là », « il n'est pas en grande forme ce monsieur. Il va bientôt mourir », « c'est pas beau. On ne la reverra pas dans un mois », « elle a les poumons dans un état... », « lui, il va bientôt mourir, il va mal ».

Ces quelques extraits discursifs témoignent de certaines connaissances acquises par les manipulateurs. Ces connaissances imprécises et parfois erronées ne leur permettent pas, comme mentionné précédemment, de donner des informations aux patients ; ils leur répondent alors qu'ils ne sont pas aptes à les leur délivrer. Toutefois, le plus souvent, ils savent, d'une manière globale, l'état d'avancement de leur maladie, ce qui peut les mettre mal à l'aise, principalement lorsqu'ils pressentent un pronostic alarmant. De ce point de vue là et dans une certaine mesure, on peut noter une homologie entre la position des manipulateurs et celle des infirmières. A. Paillet, dans son étude portant sur la réanimation néonatale, montre comment les infirmières se trouvent souvent dans une situation délicate, voire de porte-à-faux lorsqu'elles se doivent de « garder le secret » (la consigne médicale étant de « mettre à l'écart » les parents) de ce qui est envisagé pour l'enfant durant les jours à venir (arrêt ou poursuite de réanimation) lorsqu'elles sont confrontées aux questionnements des parents :

« Soumises aux questionnements parentaux et aux consignes médicales de silence, les infirmières se retrouvent prises en porte-à-faux, dans une position obligée de mensonge » (Paillet, 2007, p.257)

De ce fait, les infirmières, qui ne peuvent pas délivrer d'informations sur le diagnostic ou sur le pronostic, sont souvent mal à l'aise lorsqu'elles sont face aux parents et ce, principalement lorsqu'il y a un décalage entre ce qu'elles savent de l'état du patient (A. Paillet parle alors d'hypothèque sur l'avenir de l'enfant) et ce que croient les parents. Il est arrivé, au cours de son enquête, que les

infirmières soient au courant d'un arrêt envisagé de réanimation alors même que les parents leur parlent d'avenir de leur enfant (activité sportive, scolaire, par exemple). L'auteur emprunte alors l'expression de « pertes de face » développée par E. Goffman, souvent ressentie au sein des interactions infirmières / parents (plus largement infirmières / patients). Lors de mon étude, j'ai été amenée à mettre au jour cette similitude entre la profession d'infirmière et celle de manipulateur en radiologie. Ces deux professions se doivent de maintenir cette « règle de conduite » selon laquelle il leur est interdit de délivrer des informations médicales aux patients. Pour E. Goffman, une « règle de conduite » peut se définir comme :

« un guide pour l'action, recommandé non parce qu'il serait agréable, facile ou efficace, mais parce qu'il est convenable ou juste [...] Les règles de conduite empiètent sur l'individu [...] en tant qu'obligations, contraintes morales à se conduire de telle façon » (Goffman, 1974, p.44).

L'IDENTIFICATION DES MANIPULATEURS EN RADIOLOGIE AUX RADIOLOGUES

On analysera maintenant un des aspects de la profession mis en avant par les manipulateurs en radiologie, aspect dont l'importance est telle qu'il constitue la marque d'une valorisation de leur métier : la prise en charge du patient dans son processus thérapeutique.

Comment les manipulateurs appréhendent-ils cette dimension et en quoi représente-t-elle une forme d'identification aux radiologues ?

Ce processus sera ici étudié principalement dans le contexte de la sénologie, branche particulière du service de radiodiagnostic dans le sens où les deux groupes professionnels (manipulateurs en radiologie et radiologues) travaillent en collaboration dans une plus large mesure que dans les autres unités⁷, telles que le scanner et l'IRM. Au sein de ces deux branches (scanner et IRM), les radiologues et les manipulateurs en radiologie travaillent dans deux salles distinctes mais très proches l'une de l'autre ; elles ne sont d'ailleurs séparées que par une porte, qui reste systématiquement ouverte. Les manipulateurs font appel relativement souvent aux radiologues lorsqu'ils ont besoin d'une précision dans le protocole thérapeutique, par exemple, ou bien pour leur demander si la pathologie est suffisamment visible sur le cliché. Ces deux protagonistes sont donc en interactions les uns avec les autres mais celles-ci diffèrent de celles existantes en sénologie dans la mesure où ils ne travaillent pas sur un même « matériau », dans un même temps : les manipulateurs en radiologie travaillent avec le patient et sur la console de scanner ou d'IRM tandis que les radiologues travaillent sur un cliché qu'ils doivent interpréter.

Une partie de l'activité des radiologues en sénologie est consacrée à l'imagerie interventionnelle (mammotomes, repérage, biopsie écho-guidée, etc.), dont la présence et l'aide des manipulateurs en radiologie est nécessaire (apporter les instruments utiles à l'intervention, préparer le patient – le désinfecter, le piquer – et le placer sur la machine d'imagerie, prendre les clichés). Cela dit, la question de la prise en charge du patient se retrouve aussi chez les manipulateurs exerçant au sein des autres branches et services ; c'est donc également sur des conversations et des entretiens réalisés avec ces derniers que mon analyse s'appuiera.

Il est indéniable que la question de la prise en charge du patient constitue une volonté pour les manipulateurs et un aspect important de leur profession :

« Je fais de mon mieux pour que le patient ait une bonne prise en charge par toute l'équipe. Je suis là pour ça » (un manipulateur en radiologie, service de radiodiagnostic, 27 ans)

« Pouvoir détecter une fracture, c'est aussi aider la personne, contribuer à la prise en charge de la personne [...] Tu te dis "j'ai été utile, là, je sais que le travail que j'ai fait, il a contribué à la prise en charge de mon patient" [...] Je suis utile, se sentir utile et se dire que je contribue à quelque chose, c'est concret [...] On a un lien avec la prise en charge médicale et paramédicale du patient » (une manipulatrice en radiologie, service de radiodiagnostic, 23 ans)

⁷ Des examens de type interventionnel sont fréquemment réalisés en sénologie (macro-biopsie, biopsie écho-guidée, notamment), ce qui amène les radiologues et les manipulateurs à travailler ensemble, sur le corps du patient.

Plus précisément, la volonté de la prise en charge du patient peut porter sur des interrogations ayant trait au traitement. Pour ce même manipulateur :

« Si c'est des patients qu'on connaît déjà et qui sont en phase de repousse de la maladie, d'une évolution, on peut commencer à se poser des questions à notre niveau du traitement : est-ce que le traitement a été correct ? Est-ce que c'était le bon traitement au départ ? Est-ce que le traitement est bien maîtrisé pour cette pathologie ? On se pose des questions à notre niveau de manipulateur. À partir de là, on peut plus ou moins demander des renseignements aux radiologues, qu'ils nous expliquent qu'est-ce qu'ils ont eu comme idée de traitement, pourquoi ça a marché, pourquoi ça ne marche pas ? Pourquoi la tumeur évolue ? »

Ces dernières lignes témoignent d'une certaine coopération entre le manipulateur et le radiologue, du moins, certaines concertations. Toutefois, la question de la coopération se retrouve dans une plus large mesure à l'unité de sénologie, puisqu'un certain nombre d'examen se déroulent sous l'exercice à la fois des manipulatrices et des radiologues. C'est, selon moi, à partir de cette notion de coopération que la question de l'identification peut prendre son sens.

Il semblerait que le fait de travailler ensemble conduise les manipulateurs en radiologie à s'identifier aux radiologues. Ce processus d'identification se vérifie en particulier dans la volonté, par les manipulateurs, de prendre en charge le patient, au même titre que les radiologues. En participant à leur prise en charge, ils contribueraient ainsi au processus thérapeutique. C'est ce que j'ai pu observer notamment lors d'une conversation entre une manipulatrice ayant une longue expérience en mammographie et la secrétaire médicale de ce service. Alors que le dialogue aurait dû se passer entre la secrétaire médicale et la radiologue, il eu lieu entre la secrétaire et la manipulatrice. La première demanda à une radiologue si elle avait le temps de réaliser une échographie dans les plus brefs délais. Avant qu'elle n'ait eu le temps de lui répondre, la manipulatrice s'en chargea et lui répondit alors qu'elle-même n'avait pas le temps. Sur ce, la secrétaire lui répondit à son tour que de toute façon, ce n'était pas elle qui effectuerait cet examen, puisqu'il s'agissait d'une échographie. Sur un ton légèrement agacé, la manipulatrice lui rétorqua qu'elle aimait prendre les gens en charge. Dans ce cas présent, il appartenait à la radiologue de prendre la décision, à savoir si elle avait le temps dans son *planning* de se charger d'un autre examen, ou du moins, de se concerter avec la manipulatrice.

Cet exemple m'a conduite à penser la volonté de la part d'une manipulatrice en radiologie de prendre en charge une patiente comme un processus d'identification aux radiologues, qui constituerait un moyen de valorisation pour elle. En effet, sa profession consisterait d'une part à préparer le patient et à prendre les clichés et d'autre part à participer activement à sa prise en charge thérapeutique. Cette dernière dimension conduirait ainsi à la construction d'un processus d'identification d'un groupe professionnel – les manipulateurs en radiologie – à un autre – les médecins radiologues. Or, comme l'a analysé E. Freidson, les métiers paramédicaux sont des métiers :

« relatifs à l'administration des soins qui tombent finalement sous le contrôle des médecins [...] Le travail paramédical consiste en général beaucoup plus à assister qu'à remplacer la tâche vraiment décisive, qui est le diagnostic et le traitement » (Freidson, 1984, p.58).

Il est indéniable que les manipulateurs participent à la prise en charge du patient puisqu'ils sont chargés de réaliser leurs examens d'imagerie médicale, moment indispensable et de plus en plus perfectionné dans la prise en charge des patients atteints d'un cancer dans la mesure où l'imagerie médicale tend de plus en plus à se développer et à se préciser.

En outre, le contact très étroit entre eux et les radiologues semblerait conduire à une valorisation professionnelle et, par conséquent, sociale, dans la mesure où la profession exercée constitue un moyen de valorisation de soi. Selon E. Hugues, le métier constitue un élément essentiel pour porter un jugement sur quelqu'un, mais il occupe également une place majeure dans la conception que l'on a de soi et, par conséquent, dans la manière dont on se juge. Le travail qu'un individu effectue porte un nom et ce nom est une étiquette et une carte de visite. Le métier constitue donc la composante essentielle de l'identité sociale, de « son moi et de son destin dans son unique existence. En effet, le choix d'un métier est presque aussi irrévocable que le choix d'un conjoint » (Hugues, 1996, p.75). Il ajoute que la conception que l'on a de son travail joue un rôle important dans le processus d'identification sociale, dans ce qui permet aux individus de s'identifier aux gens qui exercent la même profession qu'eux et qui sont dans la même situation sur le plan du travail :

« Nous nous identifions à ceux qui gèrent les problèmes des autres de la même manière que nous, à ceux qui ont la même attitude objective, les mêmes secrets, à ceux qui ont

la même attitude esthétique vis-à-vis de leur travail. Nous nous identifions à ceux qui jouent un rôle semblable au nôtre dans le drame social du travail » (Hugues, 1996, p.97)
La participation dans la prise en charge du patient par les manipulateurs en radiologie représenterait la part de leur métier – et donc d’eux-mêmes – qu’ils apprécient le plus et qui les renverrait à leurs motivations : faire le mieux qu’ils peuvent pour les patients. Les manipulateurs se reconnaîtraient alors dans les radiologues car ils travaillent tous deux sur un même support – le patient et l’imagerie médicale – ce qui les amènerait donc à retrouver, dans une certaine mesure, les mêmes comportements, rituels et valeurs.

Véga a analysé ce même processus en s’intéressant aux infirmières et aux médecins :

« La référence aux médecins est fondamentale dans toute la construction de l’identité professionnelle des infirmières » (Véga, 1995, p.211)

Elle ajoute qu’une des raisons pour lesquelles les infirmières tentent de se rapprocher des médecins s’explique par un désir de valorisation de leur profession, les infirmières souhaitant rattraper le groupe dominant des médecins.

Par ailleurs, il est important de noter qu’une partie des tâches effectuées aujourd’hui par les manipulateurs en radiologie l’était autrefois par les radiologues. Le métier de manipulateur en radiologie est relativement récent. Cela dit, la délégation de certaines tâches selon la situation de la profession au sein de la hiérarchie professionnelle se retrouve également entre les médecins et les internes, voire les externes : certaines tâches réalisées auparavant par les médecins sont maintenant confiées aux internes ou aux externes. En m’appuyant toujours sur les analyses de Hugues, ce phénomène conduirait aussi à l’identification et à la valorisation d’une profession dans la mesure où au fur et à mesure que la technologie médicale change, certaines tâches se trouvent déléguées par le médecin à l’infirmière – dans mon étude, aux manipulateurs en radiologie.

Les radiologues constitueraient ainsi un groupe de référence pour les manipulateurs en radiologie, concept élaboré par M. Wenner :

« Le sentiment d’appartenance renvoie à un groupe, à une communauté, à une classe sociale, à une profession, avec la possibilité d’en assimiler les idéaux et les valeurs [...] Les groupes de référence exercent un certain attrait et, par là, influencent des membres appartenant à d’autres communautés, à d’autres groupes sociaux ou professionnels » (Wenner, 2001, p.54)

LE RAPPORT AUX MACHINES ET AU CORPS

L’INTERVENTION DES MANIPULATEURS EN RADIOLOGIE SUR L’IMAGE

La visée de cette section est d’étudier les différents degrés d’intervention des manipulateurs en radiologie sur les machines selon les types d’examen. En effet, en quoi la numérisation de l’image et, d’une manière plus générale, les progrès des techniques d’imagerie médicale, induisent-ils une intervention particulière des manipulateurs en radiologie sur l’image ?

Beaucoup de manipulateurs en radiologie avouent préférer réaliser des examens en IRM qu’en radiologie conventionnelle dans la mesure où ils ont la possibilité d’intervenir davantage sur la console et de « *fabriquer de belles images* ». Cette intervention de leur part est également plus importante en IRM qu’en scanner étant donné que les examens réalisés au scanner sont beaucoup plus rapides que ceux effectués en IRM (environ cinq à dix minutes contre environ vingt-cinq minutes) ; les manipulateurs en radiologie n’ont alors que peu de temps pour intervenir sur l’image et sur sa reconstruction (la cadence est d’un patient toutes les dix minutes). La dimension de fabrication et de création des images représente en outre un des aspects valorisant de la profession. Les manipulateurs rencontrés ont souvent choisi ce métier pour les deux grands aspects qu’il comporte : la relation avec le patient et l’aspect technique que requiert cette profession. A ce sujet, F. Saillant qualifiera les deux dimensions comme correspondant à un double rôle des soignants : un rôle technico-scientifique (manipulation des machines, administration des traitements, etc.) et un rôle expressif-communicationnel (expliquer, rassurer le patient, etc.) (Saillant, 1988). C’est le premier aspect que

beaucoup d'entre eux mettent en avant lorsqu'il s'agit de noter leur préférence dans la réalisation d'IRM :

« J'aime bien fabriquer les séquences, bien qu'on en fabrique moins qu'avant. J'aime bien inter-agir sur les séquences [...] À mon sens, c'est l'examen le plus intéressant. C'est plus technique, il faut plus réfléchir. Il faut plus connaître la physique, l'anatomie. Il y a un plus grand investissement personnel. Quand les examens sont très protocolés, il n'y a rien à faire. C'est ennuyeux. Ils le sont de plus en plus » (une manipulatrice en radiologie, service de radiodiagnostic, environ 45 ans)

« Les examens exotiques⁸ sont plus intéressants intellectuellement car ça change de la routine et il faut plus réfléchir. On est content quand on sort de belles images. Ce n'est pas formaté, donc, il faut plus réfléchir. Les protocoles pour les cancers ORL et les cancers du sein sont formatés dans la machine, donc, c'est plus routinier et plus facile » (une manipulatrice, service de radiodiagnostic, 35 ans)

Beaucoup de manipulateurs notent que le perfectionnement incessant des machines d'imagerie médicale les conduit à une activité professionnelle plus routinière qu'il y a quelques années dans la mesure où tout le protocole est enregistré dans l'ordinateur. Leur intervention est alors moindre. D'un point de vue technique et médical, ces avancées constituent évidemment un grand progrès mais d'un point de vue de l'intervention du manipulateur, elles conduisent à une activité plus routinière⁹. L'IRM représente ainsi un type d'examen permettant au manipulateur d'intervenir sur l'image.

LES MACHINES D'IMAGERIE MEDICALE COMME ECRAN A LA CONTAMINATION SYMBOLIQUE

On s'intéressera ici aux machines d'imagerie médicale et plus précisément à l'écran sur lequel les manipulateurs visualisent le corps du patient (c'est-à-dire son « corps imagé ») sous l'angle de la question d'un écran à la contagion bactériologique mais aussi – et surtout – symbolique. Le terme « écran » peut être considéré au sens propre – l'écran sur lequel est visible le corps interne – ou encore au sens figuré en tant qu'il peut constituer un écran à la contamination symbolique, par la mise à distance du corps malade. Au cours de ses observations en milieu hospitalier (et plus précisément dans les blocs opératoires), M.-C. Pouchelle a noté des comportements d'évitement chez les soignants alors même que le patient n'était pas infecté par des bactéries. On retrouve la notion de contagion, qui rend les « patients intouchables, alors qu'il faut les manipuler tous les jours » (Pouchelle, 2008, p.33).

Pour sa part, C. Mercadier a étudié la notion de contamination symbolique dans la pratique des soins infirmiers. Elle a observé que les infirmières, se sentant imprégnées de l'odeur propre à l'hôpital et aux patients, mettaient en œuvre certaines pratiques de mise à distance telles que le change de vêtements ou la prise multiple de douches. La peur se porte également sur la crainte d'une contagion bactériologique (virus HIV par exemple). Cela peut expliquer la mise à disposition de vaisselles différentes pour les patients et pour les soignants, de même que des toilettes réservées au personnel au sein de certains services. En réalité, ces craintes peuvent être qualifiées d'irrationnelles, sans réel fondement, puisque l'auteur précise que la vaisselle, par exemple, est lavée à l'eau de Javel (Mercadier, 2002). Les soins infirmiers diffèrent de la pratique des manipulateurs en radiologie ou des radiologues, cela dit, la mise à distance par les machines d'imagerie (sonde, écran, etc.), parfois jugée positivement par certains soignants, peut constituer un recours à cette contamination symbolique, dont les dimensions symboliques et anthropologiques priment sur la dimension biologique.

Par ailleurs, l'utilisation d'une machine d'imagerie médicale tend à modifier le rapport à l'autre et à la pathologie et favorise le détachement nécessaire à la profession de manipulateur en radiologie. De ce point de vue, les manipulateurs, de par l'utilisation de ces machines, entre autres, semblent se

⁸ Les examens exotiques sont les examens les moins fréquents à réaliser. Ils concernent notamment les parties du corps telles que l'épaule ou le poignet.

⁹ D'un autre côté, les avancées techniques permettent des reconstructions de l'image extraordinaires. À partir d'un examen et de la reconstruction en 3 dimensions, il est possible, par exemple, de quasiment reconstituer le visage du patient, ou tout autre région corporelle. Cette tâche revient au radiologue pour son travail d'interprétation, cela dit, j'ai observé, à quelques reprises, certains manipulateurs le faisant, non pas pour le travail d'interprétation mais davantage pour le plaisir.

positionner entre d'un côté, les infirmières et de l'autre, les médecins. En effet, le rapport à l'autre et à la maladie ou à la mort, pour ces deux professions, s'inscrit dans deux approches très distinctes l'une de l'autre, qui trouvent leur origine dans leur formation. C. Mercadier montre que le premier contact des soignants avec un corps se fait lors des toilettes, donc, sur un corps vivant. Ils sont également confrontés à la mort « dans un contexte ordinaire » : les décès des patients au sein des services. Pour les médecins, ce premier contact s'établit sur un cadavre, lors des séances de dissections anatomiques. Dans ce dernier contexte, le corps est très fortement déshumanisé. Dès lors, la distance entre le soignant et l'autre (le patient, décédé ou non) est beaucoup plus marquée chez les médecins :

« Ce côtoiement de la mort, dans une ambiance où se mêlent l'effroi et la franche rigolade, permet assurément de prendre ensuite une plus grande distance » (Mercadier, 2002, p.188)

L'auteur ajoute que cette distance à l'autre devient une norme. Cette distance très marquée chez les médecins est, au contraire, parfois insuffisante chez les infirmières, qui se trouvent être dans une grande proximité avec leurs patients. Deux rapports au patient et à la maladie se construisent ainsi de manière très distincte.

Celui observé chez les manipulateurs en radiologie semble se situer entre ces deux rapports opposés, ce qui est principalement dû à l'utilisation des machines d'imagerie médicale. En effet, l'une des dimensions de la profession (la préparation du patient : désinfection, injection d'un produit de contraste, positionnement sur la machine d'imagerie) les conduit à être en contact étroit avec les malades. L'autre dimension, aspect essentiel de la profession (la prise des clichés), les amène à s'éloigner géographiquement et symboliquement (entendre le verbe « s'éloigner » au sens propre et figuré) des patients. La pathologie devient visible sur l'écran, de manière imagée. L'écran tend ainsi à les protéger et semble abolir, de ce point de vue, la différenciation entre soignant et radiologue puisque tous deux (manipulateurs et radiologues) travaillent essentiellement à partir d'un corps et d'une pathologie imagés.

LES DIFFERENTES MANIPULATIONS

L'emploi du terme de « manipulateur en radiologie » conduit à s'interroger sur la question de la manipulation : de quelle(s) manipulation(s) est-il question ? La manipulation des machines ? Des patients ? L'observation de leur pratique m'a amenée à expliciter ce qu'on entendait par le terme de « manipulateur » et d'en préciser l'acception. À mon sens, il s'agit de manipulation de cinq ordres : la manipulation des machines d'imagerie médicale, des patients mais aussi des clichés, des produits radioactifs et des instruments nécessaires à une intervention (principalement en radiologie interventionnelle¹⁰). Toutefois, la manipulation des clichés – du moins au sein du centre étudié – devient de plus en plus rare de par la numérisation des images et l'installation du système du PACS¹¹. En effet, auparavant systématiquement développés, les clichés tendent dorénavant à être transmis directement sur ce système.

La manipulation des instruments est nécessaire principalement au service de radiologie interventionnelle : alors qu'un manipulateur est chargé de prendre les clichés (dans la salle des consoles), un autre se trouve dans la salle où se déroule l'intervention (salle pouvant être assimilée à un bloc opératoire du fait des règles d'asepsie notamment) afin d'assister le radiologue (préparation du patient à l'intervention, préparation des instruments nécessaires à l'opération). La manipulation des produits radioactifs ne se réalise qu'au sein du service de médecine nucléaire. En effet, de tels produits sont utilisés pour les examens réalisés dans ce service (scintigraphie, pet-scan). Il revient aux manipulateurs de les manipuler (préparation des doses, notamment) dans ce qui est appelé le « labo chaud ».

En ce qui concerne la question de la manipulation du patient, notons qu'elle constitue une dimension plus ou moins présente selon le service et les types d'examen réalisés : alors qu'au sein des unités de

¹⁰ La radiologie interventionnelle (ou imagerie interventionnelle) est une branche de l'imagerie médicale. Elle est à visée diagnostique et thérapeutique et consiste en des interventions (pouvant être assimilées à de la microchirurgie) se déroulant sous le contrôle de techniques d'imagerie médicale.

¹¹ Système d'archivage des examens réalisés en imagerie médicale (Picture Archive and Communication System).

scanner, d'IRM et de sénologie, le manipulateur en radiologie est parfois en étroite relation physique avec le patient (principalement lors des mammographies), il en est autrement au service de médecine nucléaire puisque les manipulateurs évitent au maximum le contact physique avec celui-ci afin de respecter au mieux la radioprotection. C'est au sein de ce service que la séparation Soi / Autre, pour reprendre les termes de Zimmermann, est la plus fortement marquée. Pour l'auteur, dans l'ordre des idées, la manipulation se réduit à celle des machines et non pas à celle des corps, qui se traduit par un refus d'un corps-à-corps trop prononcé. La manipulation des corps se réduit à son minimum et se produit lorsque cela est vraiment nécessaire (Zimmermann, 2004 ; 2007). J'ajouterai que pour certains manipulateurs rencontrés, la profession revêt tout son sens justement lorsque la manipulation des corps est particulièrement présente, celle-ci en étant constitutive.

Même si la question de la manipulation des machines se retrouve au sein des différents services, elle se retrouve tout particulièrement en médecine nucléaire. D'une part, par le niveau de modernité des machines : au sein de ce service, bien que doté de machines très récentes, les manipulateurs continuent à se servir d'une machine plus ancienne qui demande une plus grande manipulation que les autres étant donné que son système est manuel (cette machine est beaucoup moins utilisée que les autres). Elle sera d'ailleurs qualifiée « d'archaïque ». D'autre part, la machine permettant la réalisation des scintigraphies demande elle aussi une forte intervention des manipulateurs sur celle-ci dans la mesure où il est nécessaire de changer, parfois à plusieurs reprises durant un même examen, de collimateur. Cet appareil (dont il en existe divers types), qui a une influence sur le rayonnement émis par le patient et qui est nécessaire à adapter selon le moment de l'examen afin d'avoir une image de la meilleure qualité possible, se trouve posé sur un chariot, afin d'en rendre possible le déplacement et l'adaptabilité sur la machine tant son poids est lourd. Son installation se fait de manière semi-automatique, ce qui induit l'intervention du manipulateur.

Selon le service, on s'aperçoit donc que le terme de manipulation prend un sens plus ou moins large. La manipulation est plus ou moins accentuée selon la branche et ce, également en fonction de ce qui est manipulé : le patient (son corps), la machine, les instruments, les produits radioactifs (dimension présente uniquement en médecine nucléaire) et les clichés. Parfois plus intense lorsqu'il s'agit du corps, parfois davantage lorsqu'il s'agit des machines, la notion de manipulation mérite d'être explicitée.

CONCLUSION

La visée principale de cet article était de mettre en avant différents aspects du métier de manipulateur en radiologie, tant au niveau du métier même, c'est-à-dire des tâches qu'ils ont à effectuer, qu'au niveau des représentations qu'ils y attachent, tout en mettant en lien ces aspects avec les différents services et unités qui les constituent. On a vu comment certains aspects (intervention sur l'image, matériau de travail identique à celui des radiologues – corps du patient et corps imagé – notamment) conduisaient à une valorisation de leur métier. Pour autant, leur position parfois d'« intermédiaire » peut les mettre dans une situation de « porte-à-faux » difficile à gérer. Certaines des analyses développées ici permettent d'établir quelques similitudes avec la profession d'infirmier, autre métier paramédical. La nature même de ces professions rend parfois certaines situations délicates. En effet, on peut observer un décalage entre leur formation académique et les compétences acquises sur le terrain au cours de leur trajectoire professionnelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Freidson E., *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984 [1970], 440 pages.
- Goffman E., *Les rites d'interaction*, Paris, éditions de minuit, 1974, 230 pages.
- Hugues E.C., *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, EHESS, 1996, 344 pages.

- Mercadier C., *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*, Paris, Seli Arslan, 2002, 287 pages.
- Paillet A., *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La dispute, 2007, 285 pages.
- Pouchelle M.-C., *L'hôpital ou le théâtre des opérations. Essais d'anthropologie hospitalière-2*, Paris, Seli Arslan, 2008, 192 pages.
- Saillant F., *Cancer et culture. Produire le sens de la maladie*, Montréal, Les éditions Saint-Martin, 1988, 317 pages.
- Véga A., *L'identité des infirmières hospitalières françaises. Construction et prégnance des images de la femme soignante*, Paris, EHESS, 1995.
- Wenner M., *Sociologie et culture infirmière*, Paris, Seli Arslan, 2001, 224 pages.
- Zimmermann M., *Le jeu avec les ombres : médecine, maladie et expérience esthétique*, thèse d'anthropologie sociale et ethnologie, EHESS, 2004.
- Zimmermann M., « Expérience esthétique et guérison : le secret des images qui "soignent" », *Ethnologie française*, XXXVII, 1, 2007, p.125-134.