



# L'incidence de la relation radiologue MERM sur l'autonomisation de ce dernier en échographie



Cécilia BEUREL

Etudiante Manipulateur en Electroradiologie

Médicale

Promotion 2021-2024



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE  
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS  
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

**Diplôme d'Etat de Manipulateur en électroradiologie médicale  
Travaux de fin d'études :  
L'incidence de la relation radiologue MERM sur l'autonomisation de  
ce dernier en échographie**

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 :  
« toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de  
l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la tra-  
duction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou  
un procédé quelconque ».

**Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du mémoire de fin  
d'études, à dater et à signer**

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études,  
réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Manipulateur en  
électroradiologie médicale est uniquement la transcription de mes ré-  
flexions et de mon travail personnel.***

***Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une par-  
tie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les  
sources bibliographiques.***

***Le 13/05/2024***

***Identité et signature de l'étudiant :***

*Cécilia Beurel*

Fraudes aux examens :  
CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE  
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accom-  
plie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet  
ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.  
Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1<sup>er</sup> : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une  
administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

## Plagiat dans les travaux de recherche des étudiants en santé : enquête auprès des jurys d'un centre hospitalier universitaire français.

**Contexte** : plusieurs travaux pointent la difficulté rencontrée par les étudiants pour discerner les contours du plagiat et la fréquence élevée de ce type de méconduite scientifique. Mais peu de données sont disponibles sur les étudiants en santé en France.

**Objectif** : décrire la proportion de professionnels ayant été confrontés à une situation de plagiat sur les deux dernières années et les pratiques associées au plagiat au sein de nos instituts.

**Méthode** : nous avons interrogé l'ensemble des professionnels participant aux jurys de mémoire de fin d'étude en 2019 sur au moins un des six instituts de formation d'un CHU français (n = 152), *via* un auto-questionnaire informatisé.

**Résultats** : un quart des participants (15 sur 62) ont rapporté au moins une situation de plagiat avérée sur les deux dernières années. L'ensemble des parties du mémoire a été rapporté comme plagié. Les sanctions rapportées allaient de l'absence de sanction à l'exclusion définitive. Les méthodes de repérage portaient principalement sur la recherche de rupture de style (85 %).

**Conclusion** : les instituts de formation doivent mettre en place des mesures de prévention efficaces, et accompagner les jurys en posant des stratégies d'établissement claires pour la détection, l'orientation et la prise de sanction dans le cadre du plagiat.

Figure 1 Démarche d'aide à la décision pour le jury mémoire suite à la détection d'un plagiat

Quantité/répartition	Echelle d'intentionnalité		
	Référencement ambigu ou citation partielle des sources	Copie intégrale non sourcée	Stratégie délibérée/Tentative de dissimulation.  Reprise littérale du texte de l'auteur avec quelques mots changés + non sourcés
Moins d'une page en continu	1	3	4
Plus d'une page en discontinu	2	3	4
Plus d'une page en continu	3	4	4

*Légende: 1 = impact sur la note; 2= impact sur la note + notification dans l'appréciation; 3 = impact sur la note + notification dans l'appréciation + exploration du degré d'intentionnalité auprès de l'étudiant lors de la soutenance ; 4 = impact sur la note + notification dans l'appréciation + exploration du degré d'intentionnalité auprès de l'étudiant lors de la soutenance + conseil de discipline ou section compétente pour le traitement des situations disciplinaires.*

*Mancheron P, Chaudron A, Le Corvic M, Leblanc JY, Boissart M, Beranger R, Dauce P. Plagiat dans les travaux de recherche des étudiants en santé : enquête auprès des jurys d'un centre hospitalier universitaire français. Rech Soins Infirm. 2022;150(3):42-52. French. PMID: 36609463.*

Pôle de Formation des Professionnels de Santé - CHU Rennes - <http://www.ifchurennes.fr> - 2 Rue Henri le Guilloux, 35033 Rennes Cedex 9

## Table des matières

Introduction .....	1
I - De la situation de départ à la question de départ .....	2
I-1 Description de la situation de départ.....	2
I-2 Émergence du questionnement.....	4
I-3 Vers la question de départ.....	4
I-4 Question de départ .....	5
II - Cadre contextuel .....	6
III - Cadre conceptuel.....	7
III-1 La confiance .....	7
III-2 L'autonomie .....	10
III-3 La relation de travail et professionnelle.....	13
III-4 Synthèse du cadre conceptuel .....	15
IV - Hypothèses.....	16
V - Méthodologie.....	17
V-1 Choix de la méthode .....	17
V-2 Choix et construction de l'outil d'enquête .....	17
V-3 Population enquêtée .....	18
V-4 Méthode de l'analyse des données .....	19
V-5 Les avantages et les limites de l'enquête .....	19
VI - Guide d'entretien .....	21
VII - Analyse des entretiens .....	23
VII - 1 La confiance.....	23
VII-1-1 L'importance de la confiance .....	23
VII-1-2 L'acquisition de la confiance .....	24
VII - 2 L'autonomie.....	26
VII-2-1 L'importance de l'autonomie .....	26
VII-2-2 L'apprentissage de l'autonomie .....	26

VII-2-3 Le lien avec la confiance .....	29
VII-3 Le niveau hiérarchique .....	30
VII-3-1 Les avantages .....	30
VII-3-2 Les inconvénients et limites .....	30
VII-4 Le lieu d'exercice.....	32
VII-4-1 Structure publique .....	32
VII-4-2 Structure privée.....	33
VII- 5 Succès de la relation entre le radiologue et le MERM .....	34
VII- 6 Echec de la relation entre le radiologue et le MERM .....	37
VIII - Discussion .....	39
IX - Conclusion.....	45
X - Bibliographie.....	46
XI - Annexes .....	49
Annexe 1 : Retranscription entretien manip 1 .....	49
Annexe 2 : Retranscription entretien manip 2 .....	59
Annexe 3 : Retranscription entretien radiologue 1 .....	65
Annexe 4 : Retranscription entretien radiologue 2 .....	72

## Remerciements

Je tiens à remercier premièrement ma directrice de mémoire, Madame Stéphanie LE NEVEZ, qui s'est toujours rendue disponible, rassurante et bienveillante et qui a été à l'écoute de mes différents souhaits, envies pour la réalisation de ce mémoire.

Je tiens aussi à remercier Madame Guénaëlle BRIAND, ma référente de suivi pédagogique qui m'a soutenu tout au long de mes trois années de formation au sein du pôle de formation.

Je remercie aussi toutes les structures pour leur accueil en stage et l'apprentissage qu'ils m'ont transmis.

Et enfin, je tiens à remercier particulièrement mes proches, famille et amis, pour leur soutien et leur aide.

## Introduction

Dans le cadre de ma troisième et dernière année au sein de l'IFMEM<sup>1</sup> de Rennes, j'ai dû réaliser un mémoire de fin d'étude sur une durée d'un an qui a pour objectif de clôturer cette formation (licence) de trois ans et de nous mener au diplôme d'Etat puis vers la vie professionnelle. Ce travail de recherche permet de mobiliser davantage de connaissances en réalisant des recherches, des entretiens ou encore des enquêtes de terrain qui peuvent affirmer ou réfuter des hypothèses que l'on a rédigé au départ. De plus, ce mémoire va me permettre d'étudier en tant que future professionnelle une situation qui m'a interpellé et qui me donne envie d'aller plus loin dans ma réflexion et mes différents questionnements qui ressortent de cette situation.

C'est à partir de cette situation que ma question de départ pourra se préciser et ainsi m'éclairer sur mes différentes recherches. En effet, ces dernières mèneront à l'élaboration d'un cadre contextuel et conceptuel afin d'apporter de la théorie. Ce travail de recherche permettra ainsi de confirmer ou de réfuter l'ensemble des données qui seront recueillies lors des enquêtes de terrain. Des entretiens avec des professionnels de santé seront réalisés puis analysés en plusieurs parties pour permettre de répondre à la question de départ.

Enfin, nous mettrons un terme à ce travail de recherche en confrontant les données recueillit des entretiens et celles du cadre théorique lors de la discussion.

La conclusion permettra l'élaboration d'une ouverture sur ma possible future orientation professionnelle.

---

<sup>1</sup> Institut de Formation des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale

# I - De la situation de départ à la question de départ

## I-1 Description de la situation de départ

Durant mon stage d'échographie au cours de ma seconde année MERM<sup>2</sup>, j'ai eu la chance de pouvoir apprendre à la fois aux côtés d'un radiologue et d'un manipulateur radio ayant le DIU (Diplôme Inter-Universitaire) d'échographie. Je me suis alors questionnée sur la différence de prise en charge d'un patient en échographie par un radiologue et par un MERM. C'est à partir de cette situation que ma réflexion sur le sujet a débuté.

J'ai tout d'abord accompagné un radiologue pour effectuer des échographies. Il me propose de prendre en charge le patient directement et de commencer l'examen avec l'accord de ce dernier puis il repassera derrière moi pour vérifier ce que j'ai fait. Je me dirige donc vers la salle d'attente pour prendre en charge Monsieur X pour une échographie rénale. Une fois dans la salle d'échographie, je me présente au patient en lui expliquant que je suis étudiante en 2ème année de manipulatrice en électroradiologie médicale et je lui demande son accord pour que je commence l'examen, je rajoute que le médecin arrivera après pour le poursuivre. Puis je lui demande de retirer veste, pull et de relever seulement le tee-shirt pour l'examen ainsi que de s'allonger.

Je revérifie l'identité et la date de naissance du patient puis je choisis ma sonde en l'occurrence l'abdominale. J'applique du gel sur ma sonde puis je cherche les deux reins, je les mesure et les balaye de haut en bas et de gauche à droite pour les explorer entièrement pour voir des kystes par exemple. Enfin je termine par la vessie en la balayant de même que les reins. Au fur à mesure, je prends mes images, les anote et les sauvegarde.

Le radiologue arrive à son tour après avoir vérifié mes images et reprend l'examen pour se pencher plus précisément sur l'indication de l'examen et la symptomatologie du patient pour ainsi rechercher une anomalie possible. Il m'explique en même temps ce que j'ai mal compris ou ce que je n'avais pas vu sur les images. Une fois cela terminé, il fait un point diagnostic avec le patient en lui expliquant qu'il n'y a rien d'anormal selon lui. Parfois il peut suggérer des examens complémentaires si l'examen échographique n'est pas assez contributif. Je nettoie ensuite la sonde utilisée, donne du papier au patient pour s'essuyer et désinfecte le brancard. Une fois que le patient est reparti, l'examen est coté et le radiologue rédige le compte rendu qui sera ensuite envoyé à son médecin traitant ainsi qu'au patient par courrier.

---

<sup>2</sup> Manipulateur en électroradiologie médicale

Par la suite, j'ai suivi le manipulateur radio diplômé du DIU d'échographie. J'ai alors observé une prise en charge différente. J'ai pu réaliser une comparaison précise car il s'agissait du même examen, à savoir une échographie rénale. Le MERM va donc chercher le patient en salle d'attente puis il lui demande de se déshabiller comme précédemment et de s'allonger sur le brancard. Le manipulateur commence alors directement à explorer toute la région abdominale même si ce n'est qu'une échographie rénale qui est demandée. Il explore non seulement tous les organes concernés (foie, reins, pancréas) en les mesurant mais aussi en étudiant leur vascularisation (tronc porte, veines sus hépatiques, artères rénales, ...). En prenant plus d'images, le radiologue qui repassera derrière ensuite aura plus d'éléments avant de commencer l'examen et gagnera donc du temps sur sa réalisation. Le MERM dispose d'un temps confortable pour réaliser l'examen, ce qui lui permet de prendre des images de qualité et de les annoter. De surcroît, plus le MERM est expérimenté et plus il sera efficient. Il appelle ensuite le radiologue pour vérifier les susceptibles anomalies qu'il aurait pu découvrir. Il s'agit d'une seconde vérification obligatoire, car le manipulateur ne peut pas déterminer un diagnostic seul. À la fin, le radiologue présente au patient les résultats de l'examen puis le patient peut repartir. Le MERM termine en nettoyant les sondes utilisées, la table d'examen et nous rangeons la salle pour le patient suivant. Enfin, il côtoie l'examen et le radiologue rédige le compte rendu de l'examen.

Le manipulateur avec qui j'étais, réalise seul les examens d'élasticité du foie mais il peut être amené à rédiger le compte rendu en lien avec le protocole de coopération qui sera co-signé par le radiologue. Pour les autres examens c'est le radiologue qui rédige les comptes rendus.

## I-2 Émergence du questionnement

A la suite de cette situation d'appel, plusieurs questionnements ont émergé.

- Comment sont organisées les vacations du MERM (temps d'examen, images indispensables...) ?
- Pourquoi le binôme Radiologue - MERM se révèle être une bonne alliance dans certains cas et pas dans d'autres ?
- Qu'est ce qui fait que ce binôme fonctionne ? Et à l'inverse, Qu'est ce qui fait que ce binôme ne fonctionne pas ?
- La confiance est-elle vraiment un élément qui pourrait favoriser l'autonomisation du MERM en échographie ?
- Le niveau hiérarchique (études) est-il un frein à l'autonomisation du MERM en échographie ?
- Certains radiologues sont-ils réticents à l'idée de déléguer quelques tâches alors que le but est de pallier le manque de radiologues ? et si oui pourquoi ?
- L'environnement (secteur public ou privé) peut-il favoriser l'autonomisation du MERM en échographie ?

## I-3 Vers la question de départ

Une fois ma situation de départ posée, j'ai commencé à réaliser plusieurs recherches à partir de cette situation et des questionnements qui en ressortaient. J'ai donc lu de nombreux articles qui m'ont aidé à me diriger plus précisément vers ma question de départ afin de savoir ce que je voulais aborder ou pas dans mon mémoire et de travailler sur des notions qui m'intéressent vraiment étant donné le temps que cette production demande.

Pendant mes recherches j'ai notamment étudié des témoignages de plusieurs MERM titulaires du DIU d'échographie, racontant leur plutôt bonne ou moins bonne expérience notamment concernant la coopération avec les radiologues.

#### I-4 Question de départ

Mes recherches m'ont fait aboutir à ma question de départ qui est l'amorce de ce travail de recherche, de ce fait des hypothèses ont pu être émises à partir de cette question. Ces hypothèses seront soit affirmées ou réfutées durant mon travail d'enquête.

Après plusieurs reformulations ma question de départ s'intitule : **En quoi la relation radiologue MERM peut influencer l'autonomisation de ce dernier en échographie ?**

## II - Cadre contextuel

Le protocole de coopération qui existe actuellement entre radiologues et MERM fait suite à l'AVIS N° 2012.0007/AC/SEVAM du 8 mars 2012 du collège de la Haute Autorité de Santé relatif au protocole de coopération n°016 « le protocole de coopération autorisé entre médecins radiologues ou nucléaires et manipulateurs d'électroradiologie médicale formés à l'échographie, exerçant au minimum 50 % de leur temps de travail dans ce domaine ».

Depuis, pour davantage répondre à la demande croissante de certains actes et optimiser le temps médical, deux autres protocoles ont aussi été autorisés sur l'ensemble du territoire par deux arrêtés distincts du 19 mai 2021. L'un des arrêtés concerne les radiologues et MERM salariés hospitaliers, tandis que l'autre vise les radiologues libéraux et les MERM salariés exerçant en cabinet libéral.

Une condition est exigée pour la mise en place ce protocole de collaboration : le MERM doit cependant être titulaire du DIU d'échographie d'acquisition et avoir 2 ans d'expérience post DE<sup>3</sup>. Ils doivent exercer au moins 50 % de leur temps de travail dans le domaine de l'échographie.

De la même manière, le doppler veineux des membres inférieurs, le suivi abdominal en cancérologie à la recherche de localisations secondaires, ou encore les échographies cérébrales trans-fontanelles systématiques des prématurés font partie des actes échographiques qui sont présents dans le référentiel de délégation de la HAS<sup>4</sup> et peuvent être donc délégués aux MERM.

En revanche, les échographies pratiquées au service d'accueil urgences, les actes réalisés en salle de soins et au lit du malade, en unité de déchoquage ou en soins intensifs et certains actes spécialisés comme l'échographie obstétricale ne sont pas concernés par cette délégation des tâches.

---

<sup>3</sup> Diplôme d'Etat

<sup>4</sup> Haute Autorité de Santé

### III - Cadre conceptuel

A partir de mon questionnement, deux concepts sont mis en évidence, la confiance et l'autonomie qui sont deux termes essentiels à développer afin de pouvoir répondre à la question de départ.

#### III-1 La confiance

Le premier concept que nous souhaitons développer est la confiance. Tout d'abord, la confiance est le « sentiment de sécurité ou la foi (la sûreté) qu'a une personne vis-à-vis de quelqu'un ou de quelque chose. » (lesdéfinitions.fr, Définition de confiance - Concept et Sens, 2011)

Dans la relation entre radiologue et MERM, le MERM doit se sentir en sécurité vis-à-vis du radiologue pour pouvoir plus facilement apprendre à ses côtés afin d'acquérir une confiance solide envers lui. Une fois la confiance acquise, le MERM sera plus en confiance dans ses différents actes qu'il sera amené à réaliser durant la prise en charge d'un patient pour un examen échographique. De plus si le MERM sait qu'il peut dans tous les cas compter sur le radiologue ce qui pourra renforcer ce sentiment de sécurité l'un envers l'autre. Du côté du radiologue, il aura probablement besoin de ressentir ce sentiment de sécurité envers le MERM et pourra donc davantage le laisser pratiquer, pour mener vers une bonne formation pour le MERM. Plus le sentiment de sécurité envers le MERM ou le radiologue sera présent et réciproquement plus la confiance sera présente et pourra grandir de jour en jour.

D'autre part, la confiance se définit aussi par une « Croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompetence. » (CNRTL, 2012)

Cette définition nous montre que la confiance est très difficile à acquérir, d'ailleurs elle n'est jamais pleinement acquise. Pour gagner la confiance du radiologue envers le MERM ou l'inverse, il doit le prouver par des actes. La confiance doit chaque jour être renforcée en fonction de chaque situation ou contexte dans la relation afin de prouver à l'individu qu'il peut davantage lui faire confiance. Aussi difficile à acquérir, elle peut très bien vite être perdue en fonction de l'attitude et des actes réalisés par le MERM ou bien par le radiologue par exemple. Alors la confiance est quelque chose de très précieux dans une relation comme celle-ci et se doit d'être protégé sinon la confiance pourra être brisée pour toujours.

« Comme le relève Holland (1998) il existe tant de définitions du terme de confiance qu'une seule définition serait insuffisante pour capturer l'essence du concept. Pour Holland, il existe deux types de confiance : la confiance naturelle et la confiance subjective. Naturelle en référence à la tendance naturelle d'un individu à croire les autres personnes et qui varie suivant ses attitudes, sa personnalité et ses expériences passées. Elle est indépendante d'une situation spécifique ; elle varie d'un individu à l'autre et peut changer dans le temps. La confiance subjective dépend d'un ensemble particulier de circonstances et d'un partenaire économique spécifique. Elle est donc fonction de la confiance naturelle et de facteurs conjoncturels. » (Cairn.info, 2007)

« De plus à l'instar de Granovetter, Barney et Hansen (1994) définissent la confiance comme étant une croyance mutuelle en ce qu'aucune partie dans l'échange ne profitera des faiblesses de l'autre » (Cairn.info, 2007)

Lorsqu'il y a confiance mutuelle, une confiance naturelle s'installe instinctivement, le MERM et le radiologue vont donc pouvoir travailler en étroite collaboration plus facilement grâce à cette confiance instaurée, pour fournir des soins de qualité aux patients et peuvent ainsi discuter de cas compliqués ou encore échanger des idées pour assurer des résultats optimaux. Cette confiance mutuelle pourrait donc favoriser le respect professionnel, chacun reconnaît et valorise les compétences de l'autre, ce qui crée un environnement de travail plus respectueux.

On remarque alors que la confiance peut induire une communication efficace, ouverte entre le radiologue et le MERM en échographie. De plus cela permet de partager des informations importantes sur les patients, les résultats des examens de manière claire et précise.

Selon l'article du site de coaching « Elveor », il existe plusieurs formes de confiance, celle qui nous intéresse ici est celle de la confiance et de la coopération qui sont deux notions essentielles dans ce mémoire. « Quand nous faisons confiance à quelqu'un nous envisageons possiblement une certaine forme de coopération. S'il existe une bonne coopération c'est parce que la confiance favorise les processus de coordination entre les professionnels, elle diminue aussi les interprétations négatives, les erreurs d'information et permet de développer la critique constructive. La coopération repose sur la confiance car le fait de faire confiance à quelqu'un (en lui déléguant des tâches par exemple) donne une forme de responsabilisation, ce qui donne envie à l'individu d'aller plus loin dans ses différents objectifs professionnels. » (Chernet, 2016)

Dans la relation entre le radiologue et le MERM, la confiance est importante. Dans la confiance, il y a aussi une forme de coopération qui se construit en plus pour renforcer cette confiance entre le MERM et le radiologue. Quand le radiologue accepte de travailler en

collaboration avec le MERM, il lui fait confiance donc il engage un travail de coopération avec le MERM. Pour une coopération efficace, il faut obligatoirement une confiance solide entre le radiologue et le MERM car la confiance favorise la coopération. Une bonne coopération poussera davantage le MERM à prendre des responsabilités (dans le cadre de ses compétences) pour ainsi se donner de plus en plus d'objectifs à atteindre. De plus la confiance et la coopération peuvent peut-être faire diminuer le risque d'erreurs que ce soit sur les interprétations ou sur certaines informations, car le MERM et le radiologue communiquent sur le dossier du patient. Le MERM explique tout l'examen qu'il a réalisé, les anomalies qu'il a pu observer au cours de sa prise en charge. En lui faisant confiance, le radiologue ne revient pas sur les tâches déjà effectuées par le MERM et peut donc avancer sur autre chose, comme se concentrer sur une autre pathologie par exemple. Tous ces éléments résultent donc d'une coopération efficace en rendant le radiologue et le MERM complémentaire malgré leurs formations différentes.

Pour conclure, la confiance semble donc être facilitateur du bon fonctionnement du binôme radiologue et MERM en responsabilisant davantage le MERM et en libérant du temps pour le radiologue. Le MERM sait que s'il a besoin, il pourra toujours compter sur le radiologue, pour l'appeler en cas de difficulté, il y a donc une certaine forme de sécurité pour le binôme qui se crée. Lorsque le MERM en échographie a confiance en l'expertise du radiologue, il sera donc plus convaincu à suivre ses recommandations et à mettre en œuvre les protocoles appropriés. Et inversement si le radiologue fait confiance au MERM en échographie, il pourra plus facilement lui déléguer plusieurs actes sans appréhension.

Enfin, plus la confiance sera grande et plus chacun des deux s'épanouira dans son rôle, c'est ce qui nous conduit vers le prochain concept, celui de l'autonomie.

### III-2 L'autonomie

Le second concept que j'ai souhaité développer est celui de l'autonomie.

Selon l'OMS<sup>5</sup> « l'autonomie se définit par le fait d'être indépendant et capable de prendre ses propres décisions » (Québec, 2018).

Dans la relation entre le radiologue et le MERM en échographie, l'autonomie est une base essentielle sur laquelle le MERM s'appuie pour se former tout en apprenant chaque jour pour un peu plus s'améliorer. Si l'autonomie n'est pas assez présente le MERM ne pourra pas progresser dans son apprentissage puisqu'il n'aura pas l'occasion de pratiquer et donc de s'auto évaluer sur ses compétences. Pour que le MERM soit autonome, l'indépendance est très importante dans son activité, dans la relation avec les patients pour pouvoir prendre ses propres décisions cependant toujours sous le contrôle d'un radiologue car c'est lui le responsable de chaque examen réalisé par le MERM. Si le MERM en échographie ne réalise pas toutes ces tâches seul (le radiologue repasse derrière le MERM, refait l'examen, ne fait pas confiance aux dires du MERM) alors il n'est pas autonome dans son domaine de compétence et donc le protocole de coopération instauré n'est pas respecté, de plus la confiance est elle aussi fragilisée. Du côté du radiologue, en aidant le MERM en échographie à être un maximum autonome au bout d'un certain temps, pourra possiblement bénéficier d'une meilleure organisation de travail mais aussi d'améliorer l'efficacité des examens tout en réalisant un examen optimal. De plus cela peut aussi permettre de réduire sa charge de travail.

« Selon Kant, l'autonomie est le choix qui ne repose que sur la volonté propre de l'homme, établissant une « législation universelle ». Tout choix qui serait soumis à un élément « extérieur » tel que l'attrait, l'intérêt, la contrainte, le devoir, la loi, la nécessité, etc., relèverait, au contraire, de l'hétéronomie ; d'autre part, la législation propre de l'homme est universelle dans la mesure où il agit « selon la maxime qui peut en même temps s'ériger elle-même en loi universelle ». Autrement dit, selon Kant, face à une situation donnée, un individu est autonome, si réfléchissant à sa conduite, il choisit volontairement et librement de se comporter de la façon qu'il juge être universellement la meilleure. Dans tout autre cas (si, par exemple, il suit les ordres qu'il a reçus, s'il obéit à la loi, s'il se conforme à son désir, etc.), il se comporte de façon hétéronome. » (Cairn.info, L'autonomie, illusion ou projet de société, 2007)

Cependant, la volonté même à la propre initiative du MERM de devenir complètement autonome dans son domaine de compétence ne dépend pas que de lui. Les radiologues y jouent un rôle important dans sa progression afin qu'il acquière toutes les connaissances

---

<sup>5</sup> Organisation Mondiale de la Santé

nécessaires mais cette coopération entre eux n'est-elle pas toujours évidente ? Certains peuvent peut-être faire preuve d'une certaine réticence. Ils se demandent probablement si le DU d'échographie est suffisant pour assurer la pratique par la suite. Mais aussi si le MERM qui vient d'être diplômé est apte pour le poste directement ou qu'il doit peut-être bénéficier avant d'une période de formation obligatoire avec le radiologue avec lequel il travaillera.

L'autonomie pour qu'elle fonctionne doit venir de l'initiative du MERM dans un premier temps mais pour que cela dure il faut probablement l'aide du radiologue. Cela montre bien que le transfert de compétence nécessaire à la formation du MERM en échographie pour être apte à pratiquer l'échographie est alors parfois compliqué.

De plus, l'autonomie dans le champ de l'éthique médicale serait « la capacité à choisir librement, sans contrainte ni incitation de quelque nature que ce soit. Elle inclut le consentement informé sans pour autant s'y réduire. Être autonome, en effet, c'est vouloir s'engager dans une démarche, en être à l'initiative. Il y a une intention de participer à une décision et pas uniquement d'acquiescer à une proposition. » (Gouriot, 2022)

On peut alors remarquer que le MERM ne doit en aucun cas agir sous la contrainte ou la pression pour être suffisamment autonome. Il ne doit pas être incité à faire quoi que ce soit demandé par le radiologue, qui ne rentrera pas dans le cadre de ses compétences en tant que MERM en échographie. Si le MERM souhaite un maximum d'autonomie, il se doit d'être pleinement engagé dans son apprentissage, il doit être acteur de sa formation pour acquérir une bonne courbe de progression. Le rôle du MERM n'est pas seulement de réaliser les prémices ou la totalité d'un examen mais aussi de discuter avec le radiologue du dossier du patient et de pourquoi pas, confronter leurs différentes théories malgré un niveau de formation différent avec le MERM. Car le but de cette coopération pour le MERM est d'enrichir ses connaissances médicales grâce au radiologue qui avec sa formation et son expérience en connaît davantage.

« L'autonomie se définit donc comme la capacité à avancer selon ses propres règles, valeurs et croyances. Quand une personne est autonome, elle sait comment agir seule dans différentes situations. C'est-à-dire qu'elle a sa propre organisation en utilisant ses compétences et savoirs d'après sa conscience personnelle et professionnelle sans avoir besoin des connaissances d'une tiers personne. Il faut cependant faire preuve d'une certaine maturité, avoir le sens des responsabilités pour développer pleinement l'autonomie et se diriger vers l'idée de liberté au travail. » (Swile, s.d.)

« Il existe différents niveaux d'autonomie au travail créés par Katherine Symor puis popularisés par Vincent Lenhardt. Le premier niveau est celui de l'incompétence, c'est un danger pour la personne et pour l'entreprise, car le salarié n'ose pas forcément poser les questions. Le

second niveau est celui de l'implication qui désigne l'investissement dans le travail. Ensuite celui de la responsabilité, c'est le début du développement de la conscience professionnelle tout en réalisant des compromis. Puis le dernier niveau, qui est la remise en cause, ou la confiance en soi est acquise, il maîtrise la plupart des compétences et est capable de chercher des solutions pour pouvoir améliorer le bon fonctionnement de l'entreprise. » (Swile, s.d.)

Ces deux citations montrent que l'autonomie permettra donc au MERM d'agir de manière plus indépendante et de prendre certaines décisions tout en restant dans le cadre de ses compétences, le MERM doit connaître les limites et doit toujours s'auto-évaluer, se questionner sur ses pratiques. L'autonomie permettra également au MERM de s'adapter à chaque patient. Ils peuvent également être confronté à différentes situations auxquelles il faut s'acclimater. De plus, les différents niveaux d'autonomie montrent que l'autonomie s'acquière petit à petit pour que le MERM soit pleinement autonome dans son domaine de compétence.

L'autonomie pourrait possiblement servir en grande partie au développement professionnel du MERM. Alors, le but de l'autonomie est-il de développer davantage ses compétences et son expertise, et ainsi développer sa prise de décision indépendante ? Les différents entretiens réalisés tenteront d'y répondre.

Pour conclure, l'autonomie pourrait favoriser une répartition des tâches équilibrée entre le MERM et le radiologue ce qui conduit à une collaboration efficace tout en préservant une prise en charge du patient optimale.

De plus, le fait de rendre le MERM autonome en échographie pourrait avoir pour but de réduire les délais de rendez-vous pour les patients, de faire gagner du temps aux radiologues au vu de la demande exponentielle en échographie. L'autonomisation d'un MERM en échographie permettra aussi de davantage valoriser leur métier et d'avoir la capacité de se donner de nouveaux objectifs. Plus un MERM sera autonome et meilleure sera la prise en charge des patients car en travaillant en étroite collaboration ils pourront plus rapidement détecter des anomalies ou des complications et le radiologue déléguera petit à petit de plus en plus de tâches au MERM, ce qui permet une prise en charge plus optimale et rapide pour le patient.

### III-3 La relation de travail et professionnelle

La relation est un terme intégré à mon sujet que je trouve intéressant de définir, c'est pour cela qu'il fait l'objet d'un concept supplémentaire.

La relation a pour origine « le rapport, le lien qui unit deux ou plusieurs choses, deux ou plusieurs phénomènes, connexion qu'on peut établir entre différents faits. Ou encore le lien qui existe ou se crée entre deux ou plusieurs personnes. » (Carrère, 2019)

La relation est le lien qui unit le radiologue et le MERM en échographie dans ce travail de coopération, ce lien est essentiel pour assurer une collaboration efficace ainsi assurer des examens de qualité pour les patients.

Cette relation pour qu'elle fonctionne nécessite une compréhension mutuelle entre le radiologue et le MERM ainsi qu'une communication claire entre les eux afin d'optimiser le bon déroulement de l'examen et contribuer à des diagnostics plus précis.

Plus particulièrement, c'est une relation de travail qui existe ici entre le radiologue et le MERM, c'est pour cela qu'il est intéressant de se pencher sur ce type de relation, la relation de travail.

« La relation de travail est donc définie par le lien légal entre les employeurs et les salariés. Elle existe quand une personne exerce une activité ou fournit des services sous certaines conditions et en échange d'une rémunération.

C'est à travers la relation de travail, quelle qu'en soit la définition, que des droits et des obligations réciproques se créent entre le salarié et l'employeur. La relation de travail a été et reste le moyen majeur permettant aux travailleurs d'obtenir les droits et avantages liés à l'emploi dans les domaines du droit du travail et de la sécurité sociale. L'existence d'une relation de travail est la condition qui détermine l'application des dispositions de droit du travail et de sécurité sociale concernant les salariés. » (Organisation internationale du travail, n.d)

Cette citation précise le type de relation qu'entretiennent le radiologue et le MERM en échographie qui est une relation de travail. Le MERM exerce sous la responsabilité d'un radiologue donc sous les conditions du radiologue car le MERM n'est pas habilité à valider un examen seul. Le MERM est donc soumis à certaines obligations envers le radiologue tout comme le radiologue envers le MERM. Cependant chacun d'eux dispose de droits qui peuvent faire valoir s'ils en ressentent le besoin.

« Ensuite, il y a aussi la relation dite « professionnelle » qui fait référence à tout type de relations entre employeurs et travailleurs, que ce soit au niveau national, régional ou à l'échelle

de l'entreprise, ayant trait à des questions sociales et économiques, telles que la fixation des salaires, le temps de travail et les conditions de travail. » (Relations professionnelles)

La relation qui unit le radiologue et le MERM en échographie est aussi une relation dite professionnelle, en ce qui concerne une structure privée c'est plutôt une relation d'employé à employeur étant donné que le radiologue reste le supérieur hiérarchique du MEM en échographie et est le responsable de l'examen, ce qui diffère d'une structure publique. Ces différences entre ces deux structures pourraient t'elles aller au-delà du type de relation qu'entretienne le radiologue et le MERM en échographie ?

Tout de même, cette relation met en œuvre une collaboration interdisciplinaire et complémentaire. C'est-à-dire qu'ils se partagent des responsabilités dans la réalisation de l'examen puis dans l'interprétation des images pour définir un diagnostic plus précis.

Cette relation professionnelle inclut aussi le fait d'échanger des informations pertinentes à propos des patients mais aussi des résultats.

De plus dans cette relation chacun doit respecter le rôle de l'autre et chacun connaît ses compétences à mettre en œuvre au cours d'un examen échographique.

Pour conclure, la relation de travail ou professionnelle est le lien qui unit le MERM et le radiologue dans leur étroite collaboration qui est important de ne pas rompre. C'est pour cela que la communication est d'autant plus importante entre les deux pour ainsi renforcer ce lien et construire une relation de travail davantage plus solide. Cette relation solide pourra plus facilement aider à surmonter certains conflits ou problème qu'ils pourraient rencontrer au cours de leur collaboration.

### III-4 Synthèse du cadre conceptuel

Pour résumer ces deux premiers concepts montrent que la confiance et l'autonomie se complètent, il n'y a pas d'autonomie sans confiance et inversement. Si le radiologue ne fait pas preuve de confiance envers le MERM, il ne lui laissera pas l'opportunité de pouvoir être autonome dans la réalisation de son examen. La confiance sera alors peu à peu rompue des deux côtés car le MERM n'aura plus confiance en lui pour réaliser l'examen, ce qui peut conduire à une certaine démotivation pour lui. D'autre part, si le radiologue repasse faire l'examen une seconde fois après le MERM, cela montre une faiblesse dans cette confiance mutuelle. Il serait donc intéressant de pouvoir confronter les points de vue des radiologues et des MERM au cours des entretiens. Ceci pourrait peut-être mettre en exergue des différences ou similitudes afin de confirmer ou réfuter certaines des hypothèses qui vont être émises.

La confiance et l'autonomie sont donc deux concepts importants.

Tout d'abord parce que la confiance favorise une communication efficace et harmonieuse entre le radiologue et le MERM mais implique nécessairement un respect professionnel entre eux tout en assurant la sécurité des patients.

Mais pour autant, l'autonomie est aussi importante car elle permet au MERM d'être plus indépendant dans ses actions et d'en assumer toute la responsabilité mais aussi de davantage développer ses compétences professionnelles tout en mettant en œuvre une collaboration efficace avec le radiologue.

Ces deux concepts suggèrent aussi que des qualités autres que le savoir-faire doivent être présente dans la pratique de ce métier comme les qualités d'écoute avec le patient ainsi que la valorisation du rôle du soignant en montrant qu'il met réellement en pratique ses qualités au service de la personne soignée pour qu'elle soit au mieux lors d'une prise en charge.

En ce qui concerne la relation, c'est plutôt un concept qui englobe la confiance et l'autonomie car c'est ce qui compose la relation qui influence par la suite sur la qualité de l'examen et de la prise en charge du patient. Si la confiance et l'autonomie sont insuffisante, la relation entre le radiologue et le MERM sera donc altéré et inversement.

## IV - Hypothèses

Après ces recherches et avant de réaliser mes entretiens j'ai formulé des hypothèses selon mon ressenti, mes observations antérieures. Ainsi mes enquêtes de terrains vont me permettre de les affirmer ou au contraire de les réfuter.

- La confiance est essentielle au sein de la coopération entre le radiologue et le MERM en échographie.
- L'autonomie favorise l'indépendance du MERM en échographie et permet une meilleure progression dans les réalisations d'examens.
- Le niveau hiérarchique est un frein à l'autonomisation du MERM en échographie.
- La structure où travaille le MERM joue un rôle important dans son autonomisation en échographie.

## V - Méthodologie

### V-1 Choix de la méthode

Pour répondre à ma question de départ j'ai choisi d'utiliser la méthode de l'analyse qualitative et hypothético déductive.

L'analyse qualitative permet d'analyser, de comprendre des sujets ou des faits. Cette méthode favorise la qualité des données de fond par rapport à une quantité importante de données. A partir de cette méthode, il y a plusieurs outils pour effectuer une étude qualitative comme l'observation ou encore la réalisation d'entretien.

Concernant la méthode hypothético déductive, elle consiste à premièrement élaborer un cadre théorique du sujet puis émettre des hypothèses avant d'aller sur le terrain.

Une fois sur le terrain cela nous permet de vérifier nos hypothèses par des outils d'enquête (entretiens, observations, questionnaires), cela va ainsi nous permettre de répondre à la question de départ.

La méthode de l'analyse qualitative a été retenue car elle permet d'explorer les opinions et les expériences des individus. De plus elle soumet une forme de flexibilité car on s'adapte face à chaque individu selon l'enquête réalisée. Le contexte est aussi à analyser dans l'analyse qualitative car cela peut influencer sur l'étude qui est menée.

La méthode hypothético-déductive a été choisie car elle établit une démarche logique et structurée, elle suit une organisation de rédaction de la formulation d'hypothèses aux résultats récoltés. De plus, c'est un outil efficace pour tester ses hypothèses et pouvoir les affirmer ou les réfuter grâce aux enquêtes de terrain. Cette méthode permet donc de renforcer la crédibilité des résultats obtenus.

### V-2 Choix et construction de l'outil d'enquête

L'outil d'enquête le plus pertinent pour apporter des réponses à mes hypothèses est l'entretien semi-directif. En effet, ces derniers poussent le chercheur à s'appuyer sur un guide d'entretien et laisser une certaine souplesse de réponse à l'enquêté (faible directivité). Il peut, au besoin, recentrer l'enquêté en cas de digression trop importante. L'entretien semi-directif permet un

suivi du questionnement tout au long de la recherche. De plus il permet de recueillir des données auprès d'une population restreinte.

Les objectifs de l'entretien semi-directif sont l'exploration et la préparation d'une enquête par questionnaire, d'analyser un problème et de compléter une enquête.

« Selon Blanchet et Gotman, l'intérêt de l'entretien est qu'il repose tout d'abord sur un rapport égalitaire des acteurs. Ce type de rapport permet à l'enquêté de moins se sentir sous la loupe de l'enquêteur. Par ailleurs, les auteurs mentionnent aussi que l'information récoltée relève de la « réponse discours » contextualisée qui est particulièrement profonde, riche et porteuse de sens. Cette information, non pas obtenue par interventions directes de l'interviewé, mais de façon indirecte, n'est plus considérée comme étant ponctuelle.

L'entretien s'avère utile lorsque l'enquêteur veut analyser la perception des participants vis-à-vis de leurs pratiques, leurs expériences ou lorsqu'il veut déterminer les valeurs et les normes qu'ils valorisent. De plus, Blanchet et Gotman soulèvent la flexibilité de la méthode de collecte de données puisque cette technique requiert que les questions soient formulées in situ et non au préalable. Ainsi, dépourvu d'un questionnaire, le chercheur peut s'attarder à certains propos plus qu'à d'autres et ainsi approfondira sa compréhension. En d'autres termes, le chercheur n'établit pas préalablement la structure dans laquelle l'information perçue sera organisée. » (Dionne, 2010)

Pour préparer mon outil d'enquête j'ai rédigé un guide d'entretien qui contient entre 7 et 8 questions maximum par personne. Le lieu choisi pour réaliser mes entretiens est un endroit propice à l'échange dans l'enceinte de l'établissement hospitalier.

### V-3 Population enquêtée

Afin de répondre à ma question de départ, j'ai réalisé plusieurs entretiens.

J'ai établi certains critères d'inclusion et d'exclusion selon mes hypothèses formulés auparavant :

- J'ai interrogé 2 radiologues et 2 MERM possédant le DIU d'échographie
- Dans chaque catégorie professionnelle, un travaille dans une structure privée et l'autre dans une structure publique.
- Au final, l'échantillon se concentre donc sur 2 radiologues et 2 MERM possédant le DIU d'échographie, 4 individus interrogés au total.

## V-4 Méthode de l'analyse des données

La méthode consiste à analyser les données qualitatives recueillies et comparer les résultats observés avec le cadre théorique pour réviser les hypothèses de recherche ainsi que la problématique.

L'analyse qualitative que nous utilisons ici est le résultat d'une opération intellectuelle consistant à décomposer un entretien en ses éléments essentiels afin d'en saisir les rapports et de donner un schéma de l'ensemble.

- Nous recherchons d'abord les informations
- Nous classons ensuite les informations
- Nous transformons les informations en résultats
- Et enfin nous dégageons le ou les sens des informations contenues

Il y a deux phases dans l'analyse, l'analyse descriptive où on découpe le contenu des entretiens en données, nous classons et regroupons les données par thème puis présentons les résultats. Et la deuxième phase, l'analyse explicative où nous croisons les résultats entre eux et les interprétons avec le cadre théorique.

Le but est de faire du lien entre la question de départ, le cadre théorique et les objectifs des entretiens.

Afin de sélectionner les données essentielles, il est possible d'extraire les items en rapport avec la notion théorique, c'est-à-dire prendre en compte l'ensemble de l'entretien ou procéder question par question ou encore de dissocier ou pas deux entretiens. (MUCCHIELLI R. (1984), L'analyse de Contenu des Documents et des Communications, 5ème Ed. ESF, p. 17)

## V-5 Les avantages et les limites de l'enquête

Les différentes enquêtes de terrain présentent plusieurs avantages ainsi que plusieurs limites qui influent sur le travail d'analyse des entretiens par la suite.

Concernant les avantages, étant dans un entretien semi-directif, j'ai pu poser les questions que je souhaitais à mon interlocuteur et donc cela a permis de le diriger tout en le laissant répondre librement.

De plus, j'ai pu respecter mes critères d'inclusion et d'exclusion en trouvant rapidement les individus que je souhaitais interroger et la plupart étaient intéressés par le sujet.

Les échanges étaient très variés, au besoin j'ai pu relancer l'individu interrogé sur certaines questions pour développer un peu plus certains de leurs points de vue pour enrichir l'analyse des données par la suite.

Enfin ces entretiens ont l'avantage de permettre d'en savoir plus sur les expériences de chacun ce qui est très important pour mieux interpréter l'analyse des données récoltées.

Mais l'enquête présente également certaines limites que j'ai pu constater, notamment lors d'un de mes entretiens où on ne m'a pas accordé le temps nécessaire pour réaliser mon entretien et poser toutes mes questions. En conséquence, cet entretien résulte de réponses assez courtes et trop peu développées. Malgré tout, après une observation plus approfondie de cet entretien, j'ai eu assez d'éléments pour en construire une analyse et ainsi pouvoir les comparer avec mes autres entretiens qui ont été effectués.

De plus, la réalisation de ces entretiens nécessite de se dégager du temps pour s'y consacrer pleinement. Il faut d'abord établir son guide d'entretien et le tester afin que les réponses soient développées en conséquence, la préparation en amont est donc très importante. Puis, il faut contacter plusieurs professionnels et convenir d'un rendez-vous avec chacun pour pouvoir réaliser chaque entretien, cela prend donc du temps avant de passer directement au travail d'analyse de ses données.

Une autre limite est aussi la non-représentativité, dû à un échantillon trop faible, les résultats ne peuvent pas être généralisables à l'ensemble de la population. Cela est aussi dû à un manque de temps pour pouvoir réaliser plus d'entretiens et donc avoir des résultats plus représentatifs.

## VI - Guide d'entretien

J'ai réalisé 2 guides d'entretien car j'ai interrogé 2 catégories professionnels différente et donc quelques questions sont adaptées à chaque profession.

### Questions pour les radiologues :

- En quoi la confiance est importante pour vous dans la relation MERM/ Radiologue ?
- Pour vous l'autonomisation du MERM en échographie est-elle indispensable, et pourquoi ?
- Comment favoriser vous cette autonomisation dans la formation du MERM ?
- Selon vous, quels sont les critères essentiels pour qu'un MERM puisse assurer la bonne pratique de l'échographie ?
- Pour vous qu'est ce qui fait que cette coopération entre radiologues et MERM peut fonctionner ou ne pas fonctionner ?
- Pensez-vous qu'il est plus facile d'exercer l'échographie dans le secteur public ou le secteur privé ou pensez-vous au contraire que le lieu d'exercice n'a aucune influence ?
- Quels sont pour vous les avantages et les limites de la relation entre radiologues et MERM en échographie ?
- Etes-vous favorable à la formation des MERM au DIU d'échographie et pourquoi ?

### Questions pour les MERM :

- En quoi la confiance est importante pour vous dans la relation MERM/ Radiologue ?
- Pour vous l'autonomisation du MERM en échographie est-elle indispensable, et pourquoi ?
- Comment décririez-vous la relation entre radiologue / MERM dans le cadre de la formation du MERM en échographie ?

- Pour vous qu'est ce qui fait que cette coopération entre radiologues et MERM peut fonctionner ou ne pas fonctionner ?
- Pensez-vous qu'il est plus facile d'exercer l'échographie dans le secteur public ou le secteur privé ou pensez-vous au contraire que le lieu d'exercice n'a aucune influence ?
- Quels sont pour vous les avantages et les limites de la relation entre radiologues et MERM en échographie ?
- Encourageriez-vous les MERM à se former au DIU d'échographie ? Et pourquoi ?

## VII - Analyse des entretiens

Pour débiter l'analyse de mes entretiens, j'ai d'abord réalisé un tableau pour me permettre de trier et d'ordonner mes verbatims afin de les regrouper par thématiques.

A partir de ce tableau, j'en ai déduit mes thèmes puis mes sous-thèmes grâce aux données recueillies dans mes entretiens afin de répondre aux hypothèses.

### VII - 1 La confiance

#### VII-1-1 L'importance de la confiance

Tout d'abord, le premier thème est basé sur l'importance de la confiance au sein de la coopération entre le radiologue et le MERM en échographie.

Le radiologue 1 dit, « C'est une prise en charge des malades donc c'est important, aussi pour la fluidité du travail. Cela permet de voir plus de malades dans la vacation. La facilité à voir plus de patients et à la détection des pathologies ».

Le radiologue 2 dit, « S'il n'y a pas de confiance entre manipulateur et radiologue, il n'y a pas d'échographie pour le manipulateur. Si vous n'avez pas confiance en votre dans votre échographiste, ce n'est pas la peine ».

Les radiologues sont donc en accord sur le fait que la confiance est indispensable dans cette relation avec le MERM en échographie.

Du côté des MERM, le MERM 1 dit, « C'est d'abord de pouvoir travailler déjà sereinement avec le médecin qui va nous chapeauter ou nous coacher et puis surtout de gagner en autonomie avec la confiance que le médecin nous accorde sans qu'il passe obligatoirement derrière nous à refaire des images. Surtout en échographie, où c'est parfois difficile d'interpréter des images fixes ».

« Donc la confiance, c'est surtout la confiance du médecin envers le manipulateur qui nous permet d'avancer dans la pratique quotidienne, de gagner en temps, en vitesse d'exécution puis en autonomie de réalisation ».

Le MERM 2 dit, « C'est hyper important parce qu'en gros on fait des examens qui sont interprétés par le radiologue et donc s'il n'a pas confiance en nous, la relation va être très difficile ».

« S'il n'a pas confiance en nous, la relation ne va pas être très bonne et puis ça engendre plein de choses négatives, dans le sens où les examens peuvent durer très, très longtemps ».

« Pour le patient ce n'est pas bien non plus parce que si le radiologue passe toujours derrière après, ça risque plus de l'inquiéter qu'autre chose. Donc oui, c'est hyper important ».

« Toute la base c'est la relation, la confiance entre le manipulateur et le radiologue. Donc, à partir de là, s'il a confiance en toi, même s'il y a un examen qui prend du temps, ça ne le dérange pas parce qu'il sait que si tu as pris du temps c'est qu'il y a une raison ».

Ce thème nous montre alors que pour l'ensemble des individus interrogés la confiance est essentielle pour que cette relation entre eux fonctionne.

## VII-1-2 L'acquisition de la confiance

La confiance est donc essentielle dans la relation entre le MERM et le radiologue mais comment s'acquière t'elle et cette acquisition est-elle définitive ?

A ce sujet le MERM 1 dit, « La confiance s'installe aussi petit à petit, comme ça, tu leur montre que tu connais un peu ton sujet quand même donc après, il y a beaucoup de choses à apprendre, donc c'est de l'investissement. Elle peut être vite perdue ».

« C'est assez long à acquérir, moi je travaille depuis 20 ans avec des mêmes médecins, donc oui elle est un peu longue à acquérir et elle peut être très facilement détruite. Involontairement mais ce n'est pas simple pour eux de faire confiance quand même sur un acte qui vont signer. Il faut qu'ils soient sûr d'eux et sûr de toi mais ça s'apprend petit à petit ».

« Il faut raisonner sur du moyen terme, sur plusieurs années donc la confiance, elle vient vraiment petit à petit au fil des mois. Je pense que très vite, on peut perdre la confiance du médecin et là ça devient très compliqué et il faudrait recommencer tout à zéro, refaire ses preuves ».

Le MERM 2 dit, « Sur le compte rendu c'est le nom du médecin, ce n'est pas forcément le nôtre. Donc si tu racontes n'importe quoi, c'est sa responsabilité. Si après, il a des retours négatifs, là par contre, la confiance sera rompue ».

Les MERM sont donc en accord sur le fait que la confiance entre le radiologue et le MERM en échographie s'acquière petit à petit et peut être facilement rompue.

Du côté des radiologues, le radiologue 2 n'a pas forcément précisé que la confiance mettait du temps à s'acquérir.

Quant au radiologue 1, il dit « La pratique, se fait sur des années pour avoir la confiance et l'autonomie nécessaire ».

« Il faut faire plus régulièrement et pendant plusieurs années pour avoir une bonne confiance et une bonne performance ».

« Plus ils ont de l'expérience, de la confiance et ils font moins d'erreurs ».

Le radiologue confirme donc les propos des MERM sur le fait que l'acquisition de la confiance se fait sur plusieurs années et est nécessaire pour faire le moins d'erreurs possible.

## VII - 2 L'autonomie

### VII-2-1 L'importance de l'autonomie

Le second thème se concentre sur l'importance de l'autonomisation du MERM en échographie au sein de sa relation avec le radiologue.

Le MERM 1 dit, « Alors c'est indispensable dans le sens où les manipulateurs qui font de l'échographie, c'est pour dégager du temps médical. Je pense que c'est la première des raisons pour laquelle les manip se forment ».

« C'est indispensable dans la pratique quotidienne où on sait ce qu'il faut faire par rapport à la demande d'examen, par rapport à l'indication. On sait où aller, on sait quoi faire et puis ça reste un protocole de coopération, donc on reste dans notre rôle de manip et pas de médecin ».

« C'est plus confortable d'être autonome, ne pas aller demander à chaque fois pour tout et n'importe quoi, d'aller chercher le médecin, d'aller le déranger toutes les 2 minutes ».

Le MERM 2 dit, « C'est indispensable d'être autonome, si on n'est pas autonome ça ne sert à rien. Dans le sens où on est censé faire gagner du temps au médecin donc si le médecin est toujours appelé à venir nous aider, à contrôler ce qu'on fait de façon récurrente, ça ne fait pas avancer grand-chose ».

Les deux MERM ont le même avis sur le fait que l'autonomie est essentielle dans leur pratique pour progresser davantage et dans l'optique de faire gagner du temps au radiologue.

Le radiologue 2 explique, « C'est super important parce que s'il n'est pas autonome, c'est moi qui travaille. Donc ça ne sert à rien d'avoir quelqu'un si vous êtes obligés de passer derrière et de refaire le travail ».

Le radiologue 2 est donc du même avis que les MERM concernant l'importance de l'autonomie dans leur apprentissage.

### VII-2-2 L'apprentissage de l'autonomie

L'autonomie est donc indispensable pour les MERM mais cette autonomie est-elle complète pour les MERM en échographie ?

Le MERM 1 dit, « C'est de l'autonomie qui n'est pas complète dans le sens où on ne va pas libérer les patients tout de suite une fois que l'examen est fini, il y a toujours une validation par le médecin ».

« En échographie, c'est un petit peu différent, on est obligé de demander la validation avant de libérer le patient ».

« L'autonomie est indispensable mais il y a toujours des bémols parce que ce sera toujours validé quand même en fin d'examen ».

« On est autonome, dans la pratique par rapport aux demandes d'examen, maintenant on est toujours en attente d'une validation par un médecin ».

Le MERM 2 dit, « Déjà il y a un cadre législatif qui fait qu'on est en partie autonome ».

Les MERM confirme bien qu'ils sont autonomes seulement pour une partie de l'examen mais que le mot de la fin sera toujours donné par le radiologue.

Le radiologue 1 dit « Seul à 100% c'est impossible, il y a toujours une couverture médicale parce que c'est impossible en fait d'être autonome à 100 %. Peut-être après, c'est vrai avec la courbe d'apprentissage, après 2 ans, 3 ans, 4 ans d'expérience, c'est normal, il sera de plus en plus autonome, mais à 100 %, c'est quasiment impossible ».

Le radiologue 1 confirme cela et explique bien que le MERM ne pourra jamais être autonome sur la totalité de l'examen.

L'autonomie est donc indispensable comme vu précédemment mais comment les radiologues favorisent cette autonomie auprès des MERM, comment s'acquière-t-elle ?

Le MERM 1 dit, « On devient autonome petit à petit mais on est toujours en lien avec le radiologue ou le médecin avec qui on travaille ».

« Il y a un peu deux volets, il y a le volet acquisition d'images donc ça demande un certain temps pour réussir à bien faire les images, comme le médecin, il veut. Ça vient assez rapidement. Et puis il y a le deuxième volet, compte rendu. Et le compte rendu, bah moi je commence à en faire un petit peu sur des trucs pas trop, trop compliqués. Et ça petit à petit c'est pareil, ça s'installe, on fait des comptes rendu simple et puis de plus en plus compliqués avec un peu de pathologie. Et donc là pareil, l'acte un peu intellectuel du compte rendu, c'est toujours relu bien sûr et validé par le médecin ».

« Cette partie du compte rendu est finalement un peu plus longue à acquérir, à être à l'aise sur un compte rendu. Parce que quand on les lit comme ça, ça paraît assez simple mais quand

il faut le dicter ce n'est pas tout à fait pareil finalement et ça, ça demande un peu d'investissement aussi ».

Le MERM 2 dit, « J'ai été formé essentiellement quand j'ai fait ma formation. Et après quand on arrive sur place, on est formé mais ils n'ont pas toujours le côté forcément pédagogique pour apprendre les notions. Mais quand tu vas en stage, pendant ta formation, tu as affaire à des manip et des radiologues qui ont des stagiaires, comme ça, tout le temps, tout le temps. Du coup ils savent comment expliquer, ils savent comment former les gens. Donc quand tu arrives sur ton lieu de travail, des fois le radiologue il t'explique, il fait ce qu'il peut, il est hyper compétent, il connaît son travail, mais des fois il n'a pas forcément les mots ou il n'a pas forcément le temps de t'expliquer plus que quand tu es en stage ».

Tout comme la confiance, l'autonomie s'apprend par étape, il faut un temps nécessaire afin que le MERM en échographie soit le plus autonome possible. C'est ce que démontre les deux MERM.

Du côté des radiologues, le radiologue 1 explique comment il procède pour favoriser l'autonomie du MERM en échographie : « Au début bien sûr, on contrôle tous les malades. Au début déjà, il regarde sur quelques mois comme ça, en double en fait, il rentre dans la salle. Il regarde les premiers mois, puis il commence à faire en premier, moi je fais en deuxième. Après, voilà au bout de quelques mois, voire années, il fait l'examen tout seul. Il envoie les images, comme ça moi je regarde un petit peu, on discute le contexte clinique, et cetera. Et s'il y a pas de doute, moi je vais aller directement à la fin ».

« Après pour des pathologies comme je dis complexes, certaines urgences, moi je passe toujours un deuxième coup d'œil, parce que cela peut-être parfois dangereux. Parfois même moi en tant que radiologues j'ai des doutes et je suis obligé de faire d'autres examens, des scans, des contrôles échographiques, c'est très important ». « Ce n'est pas en quelques mois qu'on devient autonome ».

Le radiologue 2 explique, « Le rendre autonome en le laissant travailler lui-même. » « Cela se fait sur un peu près un an ou 6 mois, un an ».

Les radiologues sont d'accord sur le fait que pour acquérir une autonomie suffisante il faut du temps et beaucoup d'accompagnement dans un premier temps durant les examens afin de lui en déléguer petit à petit quelques-uns.

### VII-2-3 Le lien avec la confiance

L'autonomie ne rapprocherait-elle pas de la notion de confiance dans la pratique du MERM en échographie ?

Le MERM 1 dit, « Le fait qu'on soit autonome, bah on ne va pas forcément, non plus déranger le médecin pour tout et n'importe quoi. C'est à dire quand on voit juste quelque chose de banal, on va le signaler mais le médecin ne va pas forcément regarder. Il nous fait confiance à ce moment-là, au bout d'un certain temps ».

« Donc c'est aussi le lien entre autonomie et confiance du médecin envers le manip qui pratique, c'est aussi en lien ces 2 choses-là ».

Le MERM 2 dit, « Toute la base c'est la relation, la confiance entre le manipulateur et le radiologue. Donc, à partir de là, s'il a confiance en toi, même s'il y a un examen qui prend du temps, ça ne le dérange pas parce qu'il sait que si tu as pris du temps c'est qu'il y a une raison ».

Le radiologue 1 dit, « La pratique se fait sur des années pour avoir la confiance et l'autonomie nécessaire ». Le radiologue confirme alors l'union entre l'autonomie et la confiance.

Dans ces entretiens est donc aussi ressorti le lien qui réunit la confiance et l'autonomie, ces deux notions se complètent bien dans la relation qui unit le MERM en échographie et le radiologue.

## VII-3 Le niveau hiérarchique

Le thème suivant explore les différences entre le radiologue et le MERM en échographie et plus particulièrement, le niveau hiérarchique. Ainsi voire comment il peut influencer sur l'autonomisation du MERM.

### VII-3-1 Les avantages

Concernant les avantages, le MERM 1 raconte, « Une discussion un peu plus médicale, je n'aime pas trop le mot, mais une discussion plus sur les pathologies ».

Le MERM 2 dit, « On acquière des connaissances et dès qu'on apprend une nouvelle échographie, que ce soit l'épaule, le coude ou le genou, tu apprends l'anatomie, tu apprends des nouvelles techniques, tu apprends des nouvelles pathologies, pleins de trucs, c'est hyper intéressant ».

### VII-3-2 Les inconvénients et limites

Mais il y a aussi certains inconvénients comme le dit le MERM 1 « Ce qui nous manque finalement, nous en manip, bon l'acquisition d'images, elle se fait assez rapidement, mais on manque de connaissances un peu médicales ».

« Les limites, c'est le manip qui mettrait plus des limites par rapport à ses connaissances, parce qu'on ne connaît pas assez de choses peut être ? ».

« Donc les limites, elles viennent de la recherche de certaines pathologies, nous, en tant que manip on va être limité ».

Le MERM 2 dit, « Les limites c'est notre domaine de compétence. Dans le sens où forcément eux, ils ont une formation béton que nous on n'a pas. On acquière pleins de choses mais on n'aura jamais leurs connaissances médicales. Pour moi c'est ça la limite, c'est qu'il faut savoir faire que ce que l'on sait faire et bien le faire ».

Ces inconvénients peuvent donc devenir des limites tant du côté des MERM que des radiologues. Il faut donc bien prendre en compte ses limites qui pourraient porter préjudice à une possible collaboration entre le MERM et le radiologue.

Du côté des radiologues, le radiologue 1 dit, « Il n'y a pas que l'échographie, le patient a déjà un historique, plusieurs examens avant, contexte clinique, ça aide beaucoup, il n'y a pas que les images. C'est comme la médecine, il faut faire l'interrogatoire, demander ses antécédents, la sémiologie un petit peu. C'est ça le problème chez les manip comme ils n'ont pas fait de la médecine, c'est ça qui est difficile ».

« C'est la formation médicale qui manque donc il faut faire attention à ça. C'est bien d'avoir un bagage un peu médical pour les pathologies ».

« C'est surtout ce qui différencie le radiologue d'un technicien, même un technicien qui a 3 ans, 4 ans d'expérience, s'il n'a pas de bon bagage clinique médical, il va toujours faire des erreurs ».

Le radiologue 2 dit, « La limite, et bien, c'est l'indication médicale que le manipulateur n'a pas toujours. C'est la formation médicale qui manque quand même aux manipulateurs ».

Les radiologues vont dans la même direction que les MERM puisque sur la totalité des interrogés, il en ressort que la limite majeure serait la formation médicale que le MERM en échographie n'a pas forcément.

## VII-4 Le lieu d'exercice

Ce thème s'interroge sur le lieu d'exercice du MERM en échographie, le lieu d'exercice pourrait-il exercer une influence sur l'autonomisation du MERM en échographie ?

### VII-4-1 Structure publique

Le MERM 1 dit, « Il y a un certain confort dans le public. A l'hôpital en tout cas, parce qu'on a aussi accès aux autres modalités d'imagerie, on a accès facilement au scanner. Donc une échographie qui est complètement anormale, on va vite basculer sur une autre modalité que dans le privé ils vont arrêter l'examen ».

« Il y a plus de médecins aussi, donc parfois, ils peuvent discuter entre eux aussi, c'est plus facile ».

« Dans le privé, ils vont forcément faire plus de volume, donc passer moins de temps sur chaque patient ».

« Je dirais que c'est un peu plus simple dans le public, mais ça ne pose pas vraiment de problème dans le privé non plus. Hormis une pression un peu de nombres d'examen qui il y a un petit peu moins dans le public ».

Le radiologue 1 dit « C'est plus intéressant pour le technicien d'exercer en public. En libéral, les radiologues n'ont pas le temps de contrôler systématiquement le technicien. En plus ils n'ont pas les moyens que l'on a ici, à l'hôpital, nous on a un système de PACS qui nous aident beaucoup. Quand le patient rentre, on a déjà l'historique, peut-être des scanners récents que l'on peut utiliser pour voir ce qu'a le patient, on compare les images. Chose qui n'ont pas en libéral ».

« Et la cadence des examens en libéral, ce n'est pas comme à l'hôpital. C'est plus tranquille ici, le technicien il peut faire 5-6 examens dans la matinée, alors quand libéral ils en font une quinzaine. En libéral, il y a aussi tous types d'échographies, le radiologue il passe de l'épaule au coude, du coude à l'abdomen et de l'abdomen à la gynéco ».

« Il faut une expérience assez importante pour exercer en libéral. A l'hôpital, il peut sélectionner les patients, il y a une certaine liberté. En plus, nous les radiologues on est plus disponible ici, qu'en libéral. S'ils sont recrutés en libéral, il faut vraiment qu'il y ait une aide

avec radiologue, qu'ils travaillent en parallèle. Ils n'ont pas beaucoup de temps en libéral, et donc c'est différent d'ici ».

« C'est plus compliqué en libéral qu'en public c'est sûr ».

Les avis sont assez partagés sur ce sujet. Le MERM et le radiologue exerçant dans une structure publique sont d'accord sur le fait qu'il y a plus d'avantages à travailler dans le public par rapport à une structure privée.

Cependant le MERM 2 dit, « Je pense que dans le public, il y a peut-être plus de temps. Dans le sens où entre 2 échographies il y a peut-être plus de temps, je ne sais pas mais eux ils ont peut-être une demi-heure pour faire les échos, nous c'est un quart d'heure. Donc chez un nous c'est peut-être un peu plus speed ».

Le MERM 2 qui exerce dans une structure privée est donc sur ce point du même avis concernant le temps d'examen consacré pour chaque patient.

#### VII-4-2 Structure privée

Le MERM 2 dit, « Tout dépend de la relation avec le radiologue, parce que si tu as beaucoup d'échos à faire en 1 heure et que le radiologue est derrière toi, « Dépêche toi, tu ne vas pas assez vite ! », c'est pas du tout agréable. Mais si le temps est égal de chaque côté, que ce soit dans le public ou dans le privé c'est la même chose, tout dépend du rapport avec le médecin ».

Le radiologue 2 dit, « Aucune influence, parce que moi je le fais à l'hôpital, avec d'autres manipulateurs. Il y a des manipulateurs de l'hôpital qui sont venus se former ici. Ça ne change absolument rien ».

Du côté du MERM et du radiologue travaillant dans une structure privée, ils ne sont pas totalement du même avis car pour eux la structure ou le MERM exerce l'échographie n'a pas tellement d'influence sur son autonomisation.

Toute fois le MERM 1 reconnaît, « Dans le privé, il y a un lien des fois un peu plus fort entre le médecin et le manip. C'est encore plus de la coopération proche après, il n'y a pas réellement de différence, je ne pense pas ».

« Mais en tant que manip c'est accessible aussi dans le privé après il y a des temps d'examens qui ne sont pas pareils ».

Donc le point de divergence qui diffère entre les structures privées et publiques est le temps par examen et donc le nombre d'examen réalisé sur la vacation qui est supérieur dans une structure privée par rapport à une structure publique.

## VII- 5 Succès de la relation entre le radiologue et le MERM

Le prochain thème se penche sur les éléments qui font que la relation entre le radiologue et le MERM se déroule bien tout au long de la prise en charge d'un patient.

Le MERM 1 dit, « Ça fonctionne bien si le radiologue aime bien enseigner ou former ».

« Quand il y a des médecins qui aiment bien former, expliquer, on gagne beaucoup de temps ».

« Il faut vraiment que le médecin soit formateur ».

Le MERM 2 dit, « C'est le truc essentiel donc si la confiance n'est pas présente ça ne fonctionnera pas et si elle est présente, ça roulera tout seul ».

« À partir du moment où le radiologue te fait confiance et que toi forcément, tu effectues un travail consciencieux, il n'y aura pas de problème ».

« Toute la base c'est la relation, la confiance entre le manipulateur et le radiologue. Donc, à partir de là, s'il a confiance en toi, même s'il y a un examen qui prend du temps, ça ne le dérange pas parce qu'il sait que si tu as pris du temps c'est qu'il y a une raison ».

Du côté des MERM c'est l'apprentissage et l'accompagnement qui est davantage primordial, le fait d'être bien formé.

Quant aux radiologues, le radiologue 1 dit, « Il faut que le manip soit aussi sérieux, ça dépend quel profil de manipulateurs. Il y a des techniciens qui sont sérieux, qui demandent quand ils ont un doute ».

« Ça peut fonctionner avec la confiance, surtout la confiance et il faut que le technicien ait une expérience longue et une bonne théorie aussi. Plus il est formé théoriquement et une bonne expérience pratique, ça marche très bien. Il faut qu'il ait un profil sérieux, méticuleux ».

« Il faut vraiment qu'il soit sérieux, qu'il continue à travailler comme au début, comme il a commencé, de façon systématique et prendre son temps ».

Le radiologue 2, explique très simplement, « Il faut qu'il connaisse l'anatomie échographique ».

« Et qu'il soit motivé, sérieux et puis dès qu'il y a un problème qu'il nous appelle, c'est surtout ça ».

« Si le manipulateur connaît l'échographe et les zones à échographier, il y a aucun problème. Surtout s'il a un problème qu'il nous appelle. C'est pour ça qu'il faut avoir confiance en son manipulateur ».

Les radiologues se base plutôt sur un certain profil avec des critères pour pouvoir travailler en toute confiance avec le MERM.

Pour que cette relation de confiance fonctionne entre le radiologue et le MERM en échographie, plusieurs critères sont à considérer et ainsi maintenir une relation la plus saine possible.

C'est pourquoi tant les MERM que les radiologues sont d'accord sur le fait qu'il y a certaines exigences à maintenir pour contribuer à la réussite de cette coopération.

Ensuite le fait de faire fonctionner cette relation entre le radiologue et le MERM aurait-il un but précis pour chacun d'entre eux ?

Le MERM 1 dit, « Les avantages c'est de connaître un peu plus le milieu médical et puis les pathologies ».

« C'est dans le but d'être aussi gagnant-gagnant à la fin. C'est à dire eux de se libérer du temps et je reviens sur la confiance mais de gagner leur confiance en leur prouvant qu'on est aussi volontaire de notre côté et puis qu'on cherche à toujours s'améliorer, à améliorer sa pratique ».

Le MERM 2 dit, « Ils sont hyper aidants, parce qu'en gros c'est gagnant-gagnant, plus je maîtrise le sujet, plus je suis bon et plus ils peuvent déléguer. Donc voilà, c'est vraiment gagnant-gagnant ».

Les MERM ont bien compris que la réussite de cette relation entre eux est gagnant-gagnant, ils sont présents pour libérer un maximum de temps au radiologue. Les MERM ont donc l'opportunité d'en apprendre plus sur un milieu qui ne connaissent pas bien et gagne en expérience.

Concernant les radiologues, le radiologue 1 dit, « Pour nous c'est une aide supplémentaire. Premièrement, le manip prépare le dossier, recueille les renseignements cliniques, regarde l'historique du patient. Il fait son échographie déjà, il recueille ce qu'il a vu, on discute et ça nous fait gagner du temps, nous, en tant que radiologues.

Et puis, moi je regarde l'échographie, si c'est suffisant ou pas. Et même si je regarde après, c'est un autre type de détection, lui il a déjà détecté des choses et moi il me reste qu'à les caractériser donc cela me fait gagner du temps. Je risque de rater moins de choses quand je suis avec quelqu'un que quand je suis seul ».

« Donc c'est utile aussi pour la cadence, on peut augmenter le nombre de patients dans la vacation. »

« C'est une aide très importante pour nous, ça nous permet de se concentrer sur des choses difficiles ».

« On a aussi beaucoup de demandes, de plus en plus importante de la part des médecins généralistes, maintenant la moindre chose, ils demandent une échographie systématiquement. Il y a un flux important de demandes maintenant, donc il faut plus de personnes et nous on n'est pas suffisamment de médecins, comme c'est le cas partout, donc cela nous fait gagner beaucoup de temps et beaucoup d'efforts aussi ».

« Plus il y a de techniciens, plus cela nous aide à absorber un petit peu ces demandes. On est moins, on sera moins sous pression ».

Le radiologue 2 dit, « Ça nous soulage parce qu'il y a de plus en plus d'échographies ».

« Ça manque d'échographistes, il y a de plus en plus besoin d'échographies ».

Les radiologues sont d'accord avec les MERM, ces derniers soulagent davantage les radiologues par rapport à la demande d'échographies qui augmente de plus en plus.

## VII- 6 Echec de la relation entre le radiologue et le MERM

Contrairement au thème précédent, nous verrons ce qui peut faire que cette relation ne fonctionne pas si bien.

Le MERM 1 dit, « Il faut être quand même motivé, ça demande un investissement en tout cas au départ, l'année du DU il y a quand même pas mal de d'infos à ingurgiter. Maintenant, c'est super enrichissant intellectuellement, faut avoir envie d'apprendre encore ».

« Ça ne marche pas si le médecin n'a vraiment pas envie de former. De toute façon, ce sont des protocoles qui se font, ils acceptent ou pas, ils ne sont pas obligés d'accepter. Ceux qui acceptent en général aiment bien former un petit peu ».

« C'est aussi un investissement pour eux au départ, ça change un peu leur routine quotidienne. Pour aussi gagner du temps après dans un futur plus proche, mais dans un premier temps, pour eux, ça demande un certain investissement aussi ».

Le MERM 2 dit, « Il faut être motivé parce que pendant quasiment 1 ans, après ce n'est pas un an, tous les jours mais il faut vraiment bosser parce qu'on apprend des choses, que l'on n'a pas forcément apprises à l'école, ne serait-ce que l'anatomie et puis il y a quand même un petit domaine médical que l'on n'a jamais eu, donc c'est vachement intéressant ».

« Si le radiologue n'a pas confiance dans le manip, ça fonctionnera pas. C'est tout simple. C'est juste ça ».

Les MERM sont d'accord sur le fait qu'il faut s'investir pleinement dans la formation pour pouvoir gagner la confiance du radiologue.

Donc cette relation peut être vouée à l'échec s'il n'y a aucun investissement tant du côté du MERM que du côté du radiologue.

Le radiologue 1 dit, « Elle ne peut pas fonctionner s'il n'y a pas de confiance, ça ne peut pas fonctionner si le manip n'a pas assez d'expérience, il faut que le manip soit aussi sérieux, ça dépend quel profil de manipulateurs ».

« Il y en a d'autres, ils peuvent ne pas demander au radiologue et dans ces cas je ne peux pas lui faire confiance ».

« Ça ne peut pas marcher s'il est négligent, s'il ne demande pas. Il n'a pas du tout d'expérience au début, forcément et il faut du temps, il faut du temps pour que ça marche bien ».

« Il ne faut jamais relâcher, jamais trop croire en son expérience ».

« L'échographie, il faut que je fasse confiance, c'est opérateur dépendant donc si le premier opérateur n'a pas fait correctement son examen, c'est fini, sinon il faut reconvoquer le patient, refaire un autre examen. Donc vraiment il faut que l'examen soit réalisé dans les normes, il faut que ce soit sérieux, sérieux, sérieux ! ».

Le radiologue 2 lui semble plutôt déléguer complètement au MERM et compte vraiment sur lui pour le prévenir s'il y a quelque chose d'anormal, il ne dit rien d'autre en particulier.

Le radiologue 1 est du même avis que les MERM, c'est-à-dire que s'il n'y a pas de confiance entre le radiologue et le MERM, ça ne fonctionnera pas. Il précise aussi l'importance de ne jamais trop croire en son expérience et de toujours rester sérieux lors de chaque examen réalisé.

## VIII - Discussion

Tout au long de ce travail de recherche, j'ai voulu comprendre en quoi la relation radiologue MERM peut influencer l'autonomisation de ce dernier en échographie ?

Pour répondre à cette question, plusieurs hypothèses ont été formulées afin que le travail d'enquête de terrain me permette d'y répondre.

Premièrement, mon hypothèse portait sur le fait que la confiance serait essentielle au sein de la coopération entre le radiologue et le MERM en échographie.

Grâce aux données recueillies lors de mes entretiens, je peux dire que pour les MERM et les radiologues la confiance est essentielle et indispensable au sein de leur coopération car la confiance permet de gagner en autonomie pour les MERM mais aussi en vitesse d'exécution. De plus, concernant les examens réalisés par les MERM, le radiologue étant le responsable, celui-ci doit donc avoir un maximum de confiance en le MERM.

On le remarque davantage avec cette définition de la confiance qui est le « sentiment de sécurité ou la foi (la sûreté) qu'a une personne vis-à-vis de quelqu'un ou de quelque chose. » (lesdéfinitions.fr, Définition de confiance - Concept et Sens, 2011). Pour davantage faire confiance au MERM, le radiologue doit se sentir en sécurité et doit être sûr de lui en laissant le MERM en autonomie lors d'un examen. Plus le sentiment de sécurité envers le MERM ou le radiologue sera présent et réciproquement plus la confiance sera présente et pourra grandir de jour en jour.

Cependant j'ai pu remarquer que cette confiance qui est pourtant essentielle ne s'acquiert pas aussi rapidement qu'on pourrait le croire.

En effet pour l'ensemble des interrogés, la confiance entre le MERM et le radiologue s'installe petit à petit, parfois même sur plusieurs années. De plus afin de gagner la confiance du radiologue les MERM s'accordent à dire qu'il faut faire ses preuves pour ainsi pouvoir davantage progresser et gagner la confiance du radiologue.

Les radiologues insistent plus sur l'expérience qu'il faut acquérir pour avoir plus de confiance en soi et donc faire moins d'erreurs et pour avoir cette expérience, cela se fait sur plusieurs années et régulièrement.

Bien que cette confiance soit longue à acquérir, elle peut être très vite perdue comme l'explique bien les MERM. Si cette confiance est rompue entre le radiologue et le MERM, la relation va devenir très compliquée, il faudrait que le MERM refasse à nouveau ses preuves et recommencer tout à zéro.

Comme le confirme cette citation sur la confiance « Croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence. » (CNRTL, 2012)

La confiance est donc quelque chose de très précieux dans une relation comme celle-ci et se doit d'être protégée sinon elle pourrait être brisée pour toujours.

Cette hypothèse est donc avérée puisque à l'unanimité, la confiance est essentielle au sein de la coopération entre le radiologue et le MERM en échographie bien que soit longue à acquérir.

Ma seconde hypothèse était que l'autonomie favoriserait l'indépendance du MERM en échographie et permettra une meilleure progression dans les réalisations d'exams.

Je peux donc dire, à la suite de l'analyse des entretiens que les MERM sont en accord. Ils affirment que l'autonomie est essentielle pour davantage progresser dans la pratique de l'échographie. Deuxièmement, l'objectif est de dégager du temps médical aux radiologues donc cette autonomie recherchée devient indispensable tant pour les MERM que pour les radiologues.

De plus l'autonomie favorise l'indépendance du MERM, on peut l'illustrer avec cette citation « Être autonome, en effet, c'est vouloir s'engager dans une démarche, en être à l'initiative. Il y a une intention de participer à une décision et pas uniquement d'acquiescer à une proposition. » (Gouriot, 2022)

Le MERM doit donc être acteur de sa formation pour acquérir une bonne courbe de progression.

L'autonomie est indispensable comme nous avons pu le voir mais le MERM ne peut pas être complètement autonome. Cela s'explique d'abord par le cadre législatif que les MERM ont bien pris en compte, « le protocole de coopération qui existe actuellement entre radiologues et MERM fait suite à l'AVIS N° 2012.0007/AC/SEVAM du 8 mars 2012 du collège de la Haute Autorité de Santé relatif au protocole de coopération n°016 « le protocole de coopération autorisé entre médecins radiologues ou nucléaires et manipulateurs d'électroradiologie médicale formés à l'échographie, exerçant au minimum 50 % de leur temps de travail dans ce domaine ». (HAS, 2012, Mars)

C'est-à-dire que c'est le radiologue qui est responsable de l'examen donc il y aura systématiquement une validation de l'examen par ce dernier avant de libérer le patient. Comme l'explique le radiologue 1, il y a toujours une couverture médicale par rapport à la réalisation de l'examen.

Comme la confiance, l'autonomie n'est pas innée, les radiologues accompagnent donc le MERM pour qu'il soit le plus autonome possible dans sa pratique par la suite.

Les radiologues prennent donc du temps afin de rendre autonome le MERM, cela se fait sur plusieurs mois. Petit à petit le radiologue va déléguer certaines tâches au MERM et au fil du temps il deviendra davantage autonome. Le radiologue 1 rappelle tout de même l'autonomie ne s'acquière pas seulement en quelques mois et qu'il repassera toujours derrière le MERM pour des pathologies plus complexes.

Durant les entretiens, est aussi ressorti cette notion du lien de l'autonomie et de la confiance qui sont aussi deux concepts importants que j'ai souhaité exploiter.

En effet, les MERM s'accordent à dire qu'il y a vraiment un lien entre l'autonomie et la confiance puisque si la confiance est bien présente, le radiologue sera plus convaincu à laisser pratiquer seul le MERM ce qui renforce ce lien entre l'autonomie et la confiance.

Cela confirme donc l'hypothèse que l'autonomie favorise l'indépendance du MERM en échographie et permet une meilleure progression dans les réalisations d'examen. Si elle ne s'acquière pas tout de suite elle se trouve indispensable pour la progression du MERM.

L'hypothèse suivante suppose que le niveau hiérarchique serait un frein à l'autonomisation du MERM en échographie.

Sur ce sujet, les MERM ainsi que les radiologues sont d'accord sur le fait que les connaissances trop peu médicales du MERM sur les pathologies peut-être une limite dans la pratique du MERM. Cette limite peut donc se révéler être un frein à son autonomisation car le radiologue, du fait du manque de formation du MERM aura plus de difficulté à lui faire confiance dû à ses connaissances plus limitées sur certaines pathologies.

C'est pour cela qu'il est demandé aux MERM avant de se former d'avoir acquis deux ans d'expérience après l'obtention de leur DE de Manipulateur en électroradiologie médicale. Puis, un an de formation pour se former avant de pouvoir pratiquer. Comme expliqué dans mon cadre contextuel, « Une condition est exigée pour la mise en place de ce protocole de collaboration : le MERM doit cependant être titulaire du DIU d'échographie d'acquisition et avoir 2 ans d'expérience post DE<sup>6</sup>. Ils doivent exercer au moins 50 % de leur temps de travail dans le domaine de l'échographie. » (HAS, 2012, Mars)

---

<sup>6</sup> Diplôme d'Etat

Et pour davantage progresser dans leur pratique il est demandé au MERM d'exercer au moins 50 % en échographie afin de rester régulier dans son apprentissage et pour ne pas perdre les bénéfices de la formation effectuée.

Le manque de formation du MERM par rapport aux radiologues peut-être un frein à son autonomisation si le radiologue ne lui fait pas forcément confiance et si le MERM ne s'investit pas, ne se documente pas auprès des cas cliniques présentés pour évoluer et être davantage en autonomie.

La dernière hypothèse avait pour but de vérifier si la structure où travaille le MERM joue un rôle important dans son autonomisation en échographie.

Sur ce point, les avis sont assez partagés. Le MERM 1 et le radiologue 1 exerçant dans une structure publique affirme que le secteur aurait de l'influence puisqu'il y a plus d'avantages à travailler dans le public. Le MERM 1 trouve qu'il y a un meilleur accès à d'autres modalités d'imagerie, il y a plus de médecins et une pression moindre sur le nombre d'examens dans la vacation.

Le radiologue 1 affirme aussi qu'il a une plus grande disponibilité pour contrôler le MERM et que la cadence des examens est moins rapide que dans une structure privée. De plus, le système de PACS leur permet d'explorer l'historique du patient et de comparer avec d'autres examens. Pour le radiologue 1, c'est plus compliqué d'exercer dans une structure privée qu'une publique.

Cependant, concernant le MERM 2 et le radiologue 2 travaillant dans une structure privée n'ont pas le même avis car pour eux la structure où le MERM exerce l'échographie n'a pas tellement d'influence sur son autonomisation.

Le MERM 2 est d'accord avec le MERM 1 et le radiologue 1 seulement sur le fait que le rythme est plus rapide dans une structure privée. Autrement la structure pour lui n'exerce aucune influence sur l'autonomisation du MERM, tout dépend de la relation avec le médecin.

Pour le radiologue 2 ayant exercé dans plusieurs structure public et privé, le lieu d'exercice n'exerce aucune influence sur l'autonomisation du MERM en échographie.

Selon l'OMS<sup>7</sup> « l'autonomie se définit par le fait d'être indépendant et capable de prendre ses propres décisions » (Québec, 2018). C'est-à-dire que le MERM doit choisir la meilleure structure pour lui et où il pense pouvoir développer cette autonomisation pour l'aider à progresser dans sa pratique.

---

<sup>7</sup> Organisation Mondiale de la Santé

Cette hypothèse ne peut donc pas être totalement affirmée puisque que seulement la moitié des interrogés pensent que la structure où exerce le MERM pourrait jouer un rôle important dans son autonomisation en échographie. De plus, ceux exerçant dans le secteur public affirment qu'il y a un confort supérieur à travailler au sein de leur structure mais ceci est réfuté par le MERM 2 et le radiologue 2 exerçant dans une structure privée. On ne peut donc pas généraliser l'hypothèse de départ.

En plus de ces hypothèses, après analyse des entretiens, j'ai aussi remarqué que pour entretenir une bonne relation, plusieurs éléments entrent en compte. Pour les MERM, le radiologue doit aimer enseigner et former pour maintenir une bonne relation de coopération.

Il faut également que la confiance soit présente dans la relation entre le MERM et le radiologue. L'accompagnement dans leur formation est donc très important pour eux.

Les radiologues insistent plus sur le fait que le MERM doit les prévenir dès qu'il a le moindre doute, c'est donc ainsi que la confiance s'installera au sein de leur relation. La confiance est primordiale aussi les concernant.

Comme le montre cette définition de la relation, « le rapport, le lien qui unit deux ou plusieurs choses, deux ou plusieurs phénomènes, connexion qu'on peut établir entre différents faits. Ou encore le lien qui existe ou se crée entre deux ou plusieurs personnes. » (Carrère, 2019)

Pour que cette relation fonctionne il faut un véritable lien, une connexion entre le MERM et le radiologue. En échographie ce lien doit donc être solide afin que chacun d'eux se fasse davantage confiance pour assurer une collaboration efficace et assurer des examens de qualité pour les patients.

En effet, dès que le MERM a un problème durant son examen, il prévient directement le radiologue donc la communication est très importante aussi afin d'optimiser le bon déroulement de l'examen et contribuer à des diagnostics plus précis.

Les MERM et les radiologues ont conscience que leur but commun est de pouvoir dégager du temps médical au radiologue et de permettre au MERM d'en apprendre plus sur les différentes techniques et pathologies en imagerie tout en gagnant la confiance du radiologue. Cette coopération entre le MERM et le radiologue permet alors d'absorber peu à peu les demandes d'échographie qui sont en constante augmentation.

Au contraire, si le radiologue n'a pas l'envie de former, si la confiance n'est pas présente, la coopération sera donc plus compliquée avec le MERM.

Du côté du MERM, s'il ne communique pas avec le radiologue, s'il n'est pas sérieux et qu'il croit trop en son expérience, ce sera difficile pour le radiologue de lui faire confiance. D'autre

part, l'échographie est un examen où le MERM doit être opérateur dépendant (aucune possibilité de revenir sur les images de l'examen s'il est mal réalisé) donc c'est un argument en plus qui fait que le radiologue aura plus de mal à faire confiance au MERM.

Enfin, tous les interrogés pensent que le MERM doit être motivé et investi au cours de sa formation pour que la relation entre eux soit la plus sereine possible pour envisager de travailler ensemble tout en se faisant confiance. Cependant, cette relation pourrait être voué à l'échec s'il n'y a au contraire aucun investissement tant du côté du MERM que du côté du radiologue.

Si le MERM et le radiologue réussissent à construire un lien solide entre eux, établir une bonne communication et se faire confiance mutuellement, ils pourront plus facilement surmonter certains conflits ou problèmes qu'ils pourraient rencontrer au cours de leur collaboration.

Grâce à cette discussion et à l'analyse de mes entretiens, je peux en conclure que la relation entre le radiologue et le MERM influe bien sur l'autonomisation de ce dernier en échographie de plusieurs manières. Comme démontré, au sein de la relation il faut que la confiance soit présente pour rendre le MERM plus autonome. L'autonomie qui est en lien avec la confiance est primordial pour favoriser son autonomisation dans la pratique par la suite. De plus, l'autonomisation du MERM pourrait être aussi influencé par les connaissances un peu plus limitées du MERM par rapport au radiologue dans la pratique échographique ce qui pourrait être un frein à son autonomisation.

Néanmoins, la structure que choisi le MERM pour exercer a très peu d'influence sur son autonomisation en échographie.

Cette approche m'a ainsi permis d'en apprendre plus sur ce protocole de délégation de tâches qui consiste à déléguer aux MERM un acte habituellement réalisé par le radiologue mais toujours sous la responsabilité du radiologue. Ce qui m'amène vers ma problématique d'ouverture qui serait intéressante à explorer, « En quoi les différents protocoles de délégation de tâches pourraient permettre aux MERM de transformer leur orientation professionnelle ? »

## IX - Conclusion

En conclusion, les recherches effectuées et les entretiens ont démontré que la relation radiologue et MERM influe sur l'autonomisation de ce dernier en échographie de plusieurs manières. En effet, la confiance et l'autonomie sont deux composantes centrales de la relation et sont donc indispensables pour que cette coopération fonctionne. Enfin, le radiologue reste vigilant face aux connaissances plus restreintes du MERM en échographie.

Le fait d'avoir produit ce mémoire m'a beaucoup apporté en termes de connaissances, de recherches effectuées. De plus, cela nous donne une idée sur la construction d'un travail de recherche en étant méthodique et organisé.

Ce mémoire m'a permis d'en apprendre plus sur la relation entre le radiologue et le MERM en échographie et donc sur le protocole de délégation de tâches, de coopération qui est en jeu.

J'ai pu également observer que la plupart de mes hypothèses et donc mes opinions étaient proches des discours des différents professionnels interrogés. Mais j'ai pu aussi remarquer la difficulté de construire une relation de confiance entre le radiologue et le MERM que je ne soupçonnais pas forcément.

Plus largement, j'ai découvert davantage sur ce protocole de coopération qui a été mis en place depuis plusieurs années et pourtant ce n'est que très récemment que les MERM ont commencé à se former.

Ce qui me donne réflexion sur ma future orientation professionnelle, où je pourrais peut-être envisager de m'engager dans un de ces protocoles de coopération toujours dans l'idée de pouvoir faire évoluer cette profession afin de mettre à profit nos compétences.

## X - Bibliographie

### **Phase exploratoire :**

#### Bibliographie articles :

- Ouest-France, S. H. (2022, avril 9). "Manip radio", elle va pratiquer l'échographie à l'hôpital des Sables-d'Olonne. Récupéré sur Ouest-France : <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/les-sables-dolonne-85100/sante-manip-radio-elle-va-pratiquer-l-echographie-a-l-hopital-des-sables-d-olonne-772aa432-b697-11ec-844d-c3466274d131>
- afppe. (2016, Avril). Le Manipulateur. *Le retour du manipulateur en échographie*, pp. 13-37.

#### Bibliographie sites consultés :

- Santé, H. A. (2012, Mars). *Haute Autorité de Santé*. Récupéré sur Haute Autorité de Santé : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-09/a\\_2012\\_0007\\_pc\\_016\\_cooperation\\_erm.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-09/a_2012_0007_pc_016_cooperation_erm.pdf)

### **Phase de rédaction :**

#### Bibliographie sites et ouvrages :

- IDE, F. (s.d.). Méthodologie de l'entretien. Récupéré sur Fiches-ide.fr : <https://www.fiches-ide.fr/cours/ue-1-sciences-humaines-sociales-droit/ue-1-2-sante-publique-economie-de-sante/methodologie-de-l-entretien/#:~:text=L'entretien%20est%20un%20outil,temps%20et%20de%20la%20disponibilit%C3%A9>.
- Gélinas Proulx, A. & Dionne, É. (2010). Compte rendu de [Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien (2e éd. refondue). Paris : Armand Colin.] *Mesure et évaluation en éducation*, 33(2), 127–131. <https://doi.org/10.7202/1024898ar>
- MUCCHIELLI R. (1984), *L'analyse de Contenu des Documents et des Communications*, 5ème Ed. ESF, p. 17

- Carrère, H. (2019, Février). Relation, dictionnaire de l'académie française, 9e édition. Récupéré sur [www.dictionnaire-academie.fr](http://www.dictionnaire-academie.fr) : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9R1460#:~:text=Emprunt%C3%A9%20du%20latin%20relatio%2C%20%C2%AB%20action,porter%20en%20arri%C3%A8re%2C%20rapporter%20%C2%BB>.
  
- OIT. (s.d.). La relation de travail. Récupéré sur [ilo.org](http://ilo.org) : [https://ilo.org/ifpdial/areas-of-work/labour-law/WCMS\\_CON\\_TXT\\_IFPDIAL\\_EMPREL\\_FR/lang--fr/index.htm#:~:text=La%20relation%20de%20travail%20est,en%20%C3%A9change%20d'une%20r%C3%A9mun%C3%A9ration](https://ilo.org/ifpdial/areas-of-work/labour-law/WCMS_CON_TXT_IFPDIAL_EMPREL_FR/lang--fr/index.htm#:~:text=La%20relation%20de%20travail%20est,en%20%C3%A9change%20d'une%20r%C3%A9mun%C3%A9ration).
  
- Relations professionnelles. (s.d.). Récupéré sur [ioe-emp.org](http://ioe-emp.org) : <https://www.ioe-emp.org/fr/priorites-daction/relation-professionnelles>
  
- Cairn.info. (2007, Juillet 1). *La confiance dans tous ses états*. Récupéré sur Cairn.info : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2007-6-page-83.htm>  
  
Simon, É. (2007). La confiance dans tous ses états. *Revue française de gestion*, 175, 83-94. <https://doi.org/10.3166/rfg.175.83-94>
  
- Cairn.info. (2006, octobre 3). *L'autonomie, illusion ou projet de société*. Récupéré sur Cairn.info : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2006-2-page-317.htm>  
  
Le Coadic, R. (2006). L'autonomie, illusion ou projet de société ? *Cahiers internationaux de sociologie*, 121, 317-340. <https://doi.org/10.3917/cis.121.0317>
  
- [lesdefinitions.fr](http://lesdefinitions.fr). (2011, Juin 29). *Définition de confiance - Concept et Sens*. Récupéré sur [lesdefinitions.fr](http://lesdefinitions.fr) : <https://lesdefinitions.fr/confiance#:~:text=La%20confiance%20est%20le%20sentiment,des%20choses%20difficiles%20voire%20p%C3%A9nibles>

- Québec, G. d. (2018). *Note conceptuelle : réunion technique internationale*. Récupéré sur extranet.who.int/agefriendlyworld: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2018/12/Note-Conceptuelle.pdf>
- Cairn.info. (2010, Janvier 1). *Qu'est-ce que la confiance ?* Récupéré sur Cairn.info : <https://www.cairn.info/revue-etudes-2010-1-page-53.htm>
- Marzano, M. (2010). *Qu'est-ce que la confiance ? Études*, 412, 53-63. <https://doi.org/10.3917/etu.4121.0053>
- Chernet, D. (2016). *Elveor*. Récupéré sur Elveor : <http://www.elveor.com/le-principe-de-confiance/#:~:text=La%20confiance%20est%20un%20pari,motivation%20%C3%A0%20%C3%AAtre%20en%20lien>
- L'autonomie au travail, pour un style de management efficace. (s.d.). Récupéré sur [blog.swile.co](https://blog.swile.co) : <https://blog.swile.co/fiches-pratiques/engagement/autonomie/>
- Everaere, C. (2007). Proposition d'un outil d'évaluation de l'autonomie dans le travail. *Revue française de gestion*, 180, 45-59. <https://doi.org/10.3166/rfg.180.45-59>
- Gouriot, M. (2022, Septembre 13). *Les différentes définitions de l'autonomie*. Récupéré sur EREN : <https://www.espace-ethique-normandie.fr/13746/>
- CNRTL. (2012). *Centre national de ressources textuelles et lexicales*. Récupéré sur Centre national de ressources textuelles et lexicales : <https://www.cnrtl.fr/definition/confiance>

## XI - Annexes

### Annexe 1 : Retranscription entretien manip 1

**Cécilia** : Bonjour, donc merci d'avoir accepté de réaliser cet entretien avec moi aujourd'hui. Je vais commencer par la première question donc, en quoi la confiance est importante pour vous, dans la relation manipulateur-radiologue ?

**MERM** : Alors c'est une vaste question. Bah la confiance, c'est d'abord de pouvoir travailler déjà sereinement avec le médecin qui va nous chapeauter ou nous coacher et puis surtout de gagner en autonomie avec la confiance que le médecin nous accorde sans qu'il passe obligatoirement derrière nous à refaire des images. Surtout en échographie, où c'est parfois difficile d'interpréter des images fixes.

Donc la confiance, c'est surtout la confiance du médecin envers le manipulateur qui nous permet d'avancer dans la pratique quotidienne, de gagner en temps, en vitesse d'exécution puis en autonomie de réalisation.

**Cécilia** : OK, alors justement pour vous, l'autonomisation du manipulateur en échographie est-elle indispensable, et pourquoi ?

**MERM** : Alors c'est indispensable dans le sens où les manipulateurs qui font de l'échographie, c'est pour dégager du temps médical. Je pense que c'est la première des raisons pour laquelle les manip se forment.

C'était quoi la question, pardon ?

**Cécilia** : Pour vous, l'autonomisation du manipulateur en échographie est-elle indispensable et pourquoi ?

**MERM** : En fait, on devient autonome petit à petit mais on est toujours en lien avec le radiologue ou le médecin avec qui on travaille. Donc c'est de l'autonomie qui n'est pas complète dans le sens où on ne va pas libérer les patients tout de suite une fois que l'examen est fini, il y a toujours une validation par le médecin, au contraire des autres modalités où une fois que l'examen est fait, en général on libère des patients sans demander l'accord du radiologue. Donc en échographie, c'est un petit peu différent, on est obligé de demander la validation avant de libérer le patient.

Et le fait qu'on soit autonome, bah on ne va pas forcément, non plus déranger le médecin pour tout et n'importe quoi. C'est à dire quand on voit juste quelque chose de banal, on va le signaler mais le médecin ne va pas forcément regarder. Il nous fait confiance à ce moment-là, au bout

d'un certain temps. Donc c'est indispensable, mais il y a toujours des bémols parce que ce sera toujours validé quand même en fin d'examen.

C'est indispensable dans la pratique quotidienne où on sait ce qu'il faut faire par rapport à la demande d'examen, par rapport à l'indication. On sait où aller, on sait quoi faire et puis ça reste un protocole de coopération, donc on reste dans notre rôle de manip et pas de médecin. C'est à dire qu'on va, on va chercher à dépister des choses. Un examen qui est normal, on va quand même le présenter au médecin si tu veux.

**Cécilia** : Oui, oui, pour être sûr.

**MERM** : Donc dans ce sens-là on est autonome, dans la pratique par rapport aux demandes d'examen, maintenant on est toujours en attente d'une validation par un médecin.

Bon, nous, c'est plus confortable d'être autonome, ne pas aller demander à chaque fois pour tout et n'importe quoi, d'aller chercher le médecin, d'aller le déranger toutes les 2 minutes.

Donc c'est aussi le lien entre autonomie et confiance du médecin envers le manip qui pratique, c'est aussi en lien ces 2 choses-là.

**Cécilia** : Ok, très bien, merci. Je vais continuer avec la prochaine question. Comment décririez-vous la relation entre radiologue et manip, dans le cadre de la formation du manipulateur en échographie ?

**MERM** : Alors c'est une relation qui est un peu moins technique et un peu plus de discussion sur la pathologie. On va se poser plus de questions par rapport aux pathologies justement. Donc là dans ce sens-là, le radiologue il va nous apporter beaucoup plus d'informations que sur les autres modalités où on ne va pas demander au médecin. On va regarder le compte rendu a posteriori, en écho, c'est du direct.

La relation elle est un peu plus, ..., comment qualifier ça ?

Une discussion un peu plus médicale, je n'aime pas trop le mot, mais une discussion plus sur les pathologies.

**Cécilia** : D'accord, donc ensuite pour vous qu'est ce qui fait que cette coopération entre radiologues et manipulateurs justement peut fonctionner ou ne pas fonctionner ?

**MERM** : Ça fonctionne bien si le radiologue ou le médecin vasculaire ici, c'est ça, aime bien enseigner ou former. S'il n'aime pas ça, ça n'avance pas parce qu'on va réussir à avancer mais en fournissant un travail personnel plutôt du côté manip. Quand il y a des médecins qui aiment bien former, expliquer, on gagne beaucoup de temps. Parce que ce qui nous manque

finalement, nous en manip, bon l'acquisition d'images, elle se fait assez rapidement, mais on manque de connaissances un peu médicales.

Donc ouais, ça marche et ça ne marche pas si le médecin n'a vraiment pas envie de former. De toute façon, ce sont des protocoles qui se font, ils acceptent ou pas, ils ne sont pas obligés d'accepter. Ceux qui acceptent en général aiment bien former un petit peu.

**Cécilia** : Oui, il faut avoir de la bonne volonté.

**MERM** : Ouais, parce que c'est aussi un investissement pour eux au départ, ça change un peu leur routine quotidienne. Pour aussi gagner du temps après dans un futur plus proche, mais dans un premier temps, pour eux, ça demande un certain investissement aussi.

En tout cas, dans un hôpital périphérique comme le nôtre. Dans les CHU, c'est certainement différent il y a plus d'enseignement. Donc si, il faut vraiment que le médecin soit formateur.

**Cécilia** : OK.

**MERM** : Et dans ces cas-là, ça marcherait.

**Cécilia** : Très bien alors maintenant, pensez-vous qu'il est plus facile d'exercer l'échographie, donc dans le secteur public ou le secteur privé, ou au contraire que le lieu d'exercice, n'a aucune influence ?

**MERM** : Alors, ce n'est pas plus facile dans l'un ou dans l'autre, mais par contre il y a un certain confort dans le public. A l'hôpital en tout cas, parce qu'on a aussi accès aux autres modalités d'imagerie, on a accès facilement au scanner.

Donc une échographie qui est complètement anormale, on va vite basculer sur une autre modalité que dans le privé ils vont arrêter l'examen. Et ils auront un scanner, une autre modalité dans un 2e temps, un peu plus tard donc ce n'est pas tout à fait pareil. Après, dans le privé, il y a un lien des fois un peu plus fort entre le médecin et le manip.

**Cécilia** : Oui, c'est ce que j'allais demander au niveau de la relation comment ça se passe ?

**MERM** : C'est encore plus de la coopération proche après, il n'y a pas réellement de différence, je ne pense pas.

C'est vraiment en fonction des radiologues aussi, de leur spécialité, de ce qu'ils font plus ou moins comme examen. Il y a des examens en échographie pour les manips plus accessibles que d'autres. Notamment tout ce qui est abdo, c'est plus simple que tout ce qui est ostéo articulaire pour nous en tout cas.

Voilà il y a plus un petit confort dans le public, je pense, parce qu'on a accès à d'autres modalités, il y a plus de médecins aussi, donc parfois, ils peuvent discuter entre eux aussi, c'est plus facile. Mais en tant que manip c'est accessible aussi dans le privé après il y a des temps d'examens qui ne sont pas pareils. Dans le privé, ils vont forcément faire plus de volume, donc passer moins de temps sur chaque patient.

Pour les manips, parfois ça peut être un inconvénient aussi parce que nous on a besoin on échographie de faire des images quand même à la base donc des fois, ça prend plus de temps de réussir à faire des belles images qui puissent être relues derrière.

Je dirais que c'est un peu plus simple dans le public, mais ça ne pose pas vraiment de problème dans le privé non plus. Hormis une pression un peu de nombres d'examen qui il y a un petit peu moins dans le public.

**Cécilia** : Ok, donc il n'y a pas vraiment de différence.

**MERM** : Non, non.

**Cécilia** : OK, donc ensuite quels sont les pour vous les avantages et les limites de la relation entre radiologue et manipulateur en échographie ?

**MERM** : Bah les avantages c'est de connaître un peu plus le milieu médical et puis les pathologies. Les limites c'est plutôt c'est le manip qui mettrait plus des limites par rapport à ses connaissances, parce qu'on ne connaît pas assez de choses peut être ?

Après les limites, il y a certains types d'examens qui sont, comme je te disais tout à l'heure, plus accessibles pour nous donc les limites sont un petit peu là je dirais. Dans la formation du manip qui va être beaucoup plus longue sur les examens. Ceci dit, dans la relation avec le médecin c'est aussi intéressant de lui montrer aussi qu'on bosse un peu à côté, qu'on progresse. Voilà, c'est satisfaisant aussi pour eux de voir aussi qu'ils ne nous forment pas pour rien. D'ailleurs, ici, ça marche bien puisqu'ils chercheraient peut-être à reformer d'autres après un collègue et moi.

Alors après bah les limites on va être limitées dans certains examens qui sortent de de la routine qui vont être un peu plus compliqué où on ne sera pas à l'aise. Donc ça, ça va vraiment rester médical quoi.

Les limites, c'est dans certains types d'examen, où par exemple, moi je parle de mon expérience. Pour l'instant recherche une appendicite par c'est compliqué pour moi en écho. Il y a des examens je vais avoir beaucoup de mal à faire, même dans quelques années je pense que ce sera difficile.

Donc les limites, elles viennent de la recherche de certaines pathologies, nous, en tant que manip on va être limité. Après on revient un peu sur la confiance, mais il y a des médecins qui vont quand même essayer de nous pousser à faire des choses qu'on ne ferait pas de base parce qu'ils ont vraiment envie de qu'on soit performant.

Enfaite avec ceux avec qui moi je travaille, ils essaient toujours essayer de nous pousser un petit peu pour en faire plus donc c'est plutôt bien pour nous mais aussi des fois c'est un peu chiant, tu n'as pas envie, tu sais que tu ne vas pas être terrible mais bon faut quand même aller au charbon mais sachant qu'ils vont repasser derrière nous.

**Cécilia** : OK.

**MERM** : Voilà mais bon, les limites il n'y en a pas tant que ça, c'est plus des morphologies de patients, et puis certaines pathologies rares, que nous, on ne saura jamais vraiment détecter.

Bon après les avantages c'est aussi d'avoir un discours un peu plus axé sur la pathologie qu'on n'a pas toujours avec des médecins des fois. Ouais, des discussions un peu plus intéressantes que tu me fais un 80 secondes, un T2, T1, ....

**Cécilia** : OK et pousser tout à l'heure vous disiez « pousser » dans le sens, dans le nombre d'examens ou plus dans le sens des pathologies pas habituelles ?

**MERM** : Ah non, plus dans le sens des pathologies. Voilà des examens où on va essayer de les faire, on va essayer de trouver quelque chose en sachant qu'on n'y arrivera pas forcément mais on essaye quand même de le faire. Ils nous poussent à le faire quand même, même si eux vont repasser derrière, où vont reprendre la sonde. C'est comme ça qu'on se forme aussi en pratiquant de toute façon.

C'est dans le but d'être aussi gagnant-gagnant à la fin. C'est à dire eux de se libérer du temps et je reviens sur la confiance mais de gagner leur confiance en leur prouvant qu'on est aussi volontaire de notre côté et puis qu'on cherche à toujours s'améliorer, à améliorer sa pratique.

**Cécilia** : D'accord, mais ils vous encouragent aussi, si vous n'y arrivez pas ?

**MERM** : Oui, même eux, ils savent mieux que nous les difficultés des fois de l'exercice. Après pour tout dire, ici à la base le chef de service n'était pas forcément pour mettre des manip en écho. Donc au départ il n'était pas trop pour et puis finalement il nous a lancé dedans.

Moi je suis le premier, il y a un 2e et ils sont contents. Ils s'aperçoivent qu'on fait du boulot, qu'on leur libère un peu de temps et qu'on va leur en libérer de plus en plus quand on sera vraiment très, très bien formé, ce qui demande du temps.

Donc en fait, il a un peu changé son fusil d'épaule, à un moment il refusait un peu, puis finalement il a accepté et puis maintenant il ne reviendrait pas en arrière. Il se dit que finalement, les manips sont capables aussi de faire des échos.

**Cécilia** : Et qu'est ce qui ? Pourquoi il n'était pas pour au début ?

**MERM** : Alors je ne sais pas, je pense que c'est un problème de .....

**Cécilia** : Niveau d'études ?

**MERM** : ouais, je pense que y a de ça. Il y a aussi peut-être le sentiment qu'on remplace le radiologue petit à petit, alors que non, jamais de la vie, on est juste complémentaire. Et puis on est là surtout pour essayer de leur faire gagner du temps sur les examens.

**Cécilia** : Oui, c'est pour que tout le monde soit gagnant finalement.

**MERM** : Bah nous, c'est une modalité en plus qu'on connaît moins à la base. Moi, j'ai toujours été un peu curieux de ça et c'est une corde de plus à notre arc. Après, faire que ça tout le temps je ne sais pas, mais peut-être petit à petit, on tend un peu vers là, j'ai l'impression.

**Cécilia** : À faire 100% d'échographie ?

**MERM** : Ouais, ouais.

**Cécilia** : Parce que là, c'est minimum 50 % c'est ça ?

**MERM** : Alors c'est 50% minimum normalement. Alors ce n'est jamais vraiment vérifié ou quoi ? Mais oui moi sur mon planning je suis à 50 % d'échographie, ouais.

Il y a des manips qui font que de l'échographie, 100%. C'est intéressant de garder les autres modalités aussi, je trouve.

**Cécilia** : Oui, oui tout à fait. Et ma dernière question, encourageriez-vous les manipulateurs à se former DU d'échographie et pourquoi ?

**MERM** : Alors, moi j'encourage les manips, oui. Après faut être quand même motivé, ça demande un investissement en tout cas au départ, l'année du DU il y a quand même pas mal de d'infos à ingurgiter. Maintenant, c'est super enrichissant intellectuellement, faut avoir envie d'apprendre encore.

Et puis c'est assez gratifiant finalement d'avoir cette collaboration un peu plus directe avec le radiologue et le patient. C'est aussi nous ce qu'on a un peu perdu en manip, on est de moins en moins avec les patients. Enfin, on passe de moins en moins de temps, en tout cas avec eux, avec les autres modalités ou les examens sont de plus en plus rapides.

En échographie, on retrouve un peu ce contact un peu plus avec le patient. On peut discuter un peu plus, on peut interroger un peu mieux les gens surtout que derrière, on va être nous-mêmes questionnés par le radiologue.

Donc voilà, c'est ce contact avec le patient que je retrouve. Et puis cette collaboration avec le médecin aussi, qu'on a en direct parce que parfois on passe des journées, on ne voit pas le médecin, on l'a au téléphone 10 fois dans la journée mais on ne va pas le voir forcément avec des discussions téléphoniques de quelques secondes, voilà.

Il y a ouais, vraiment un côté un peu intellectuel, un peu plus sympa et le côté contact patients donc moi j'encourage les manips qui sont motivés à le faire, après il faut quand même avoir un projet derrière parce que si c'est pour faire 2 échos dans ta journée ce n'est pas la peine.

Après voilà une échographie, on peut vite passer une demi-heure, une heure sur un patient donc les journées passent très vite. Après, il faut avoir envie d'apprendre, encore et envie de se former. Parce qu'après ça engage aussi de se former sur plusieurs années petit à petit bien sûr, mais c'est un gros investissement l'année du diplôme et après c'est plus un investissement qui est plus dans la routine mais on va plus facilement aller chercher justement, quelle pathologie, qu'est-ce que ça fait ?

Mais moi, j'encourage vivement les manips à le faire, il y en a de plus en plus. Il y a aussi des confrontations avec des médecins qui ne veulent pas entendre parler de ça.

Il y a aussi des conflits entre radiologues et médecins généralistes ou d'autres médecins qui font de l'écho sans, sans trop savoir en faire au final donc nous en tant que manip on a plus cette légitimité à travailler finalement avec des radiologues qui maîtrisent mieux le sujet en échographie.

Aujourd'hui, il y a des échographes qui coûtent très cher et il y a beaucoup de de médecins qui s'équipent d'échographes, mais qui ne savent pas en faire. Je ne juge pas, je m'en fous.

Mais si moi je moi j'encourage les manips mais c'est un investissement et un projet de se développer derrière quoi. Ce n'est pas pour faire juste bien dans un CV.

C'est toujours intéressant, à mon avis de 50% du temps en manip, c'est un minimum pour moi. Et c'est toujours intéressant de garder au moins une ou deux autres modalités à côté quoi. Après, en fonction des projets, ça dépend aussi. Je travaille aussi avec des médecins vasculaires, ils sont contents de venir me voir pour regarder les images d'un scanner ou d'un angioscanner qui ne savent pas vraiment lire. Donc voilà, on est dans la collaboration, coopération.

Et puis la confiance s'installe aussi petit à petit, comme ça, tu leur montre que tu connais un peu ton sujet quand même donc après, il y a beaucoup de choses à apprendre, donc c'est de l'investissement.

**Cécilia** : Ouais et puis c'est de l'investissement sur plusieurs années parce qu'il y a l'année du diplôme et après vous continuez ?

**MERM** : Alors il y a l'année du diplôme et on travaille en même temps hein, on a du temps détaché pour ça. Mais c'est un médecin qui dit ça souvent « c'est comme le permis, on te donne le permis, le papier mais ce n'est pas pour autant que tu sais hyper bien conduire ». C'est un peu pareil.

On te donne le diplôme, tu as le droit de faire de l'écho sous couvert d'un médecin. Par contre, tu as encore tellement de choses à apprendre, à connaître et à maîtriser petit à petit, ça reste un projet sur plusieurs années quand même.

Après, nous, ici, on est un peu généralistes donc on va faire un peu de tout. Il y a des endroits, les manip vont faire que du vasculaire par exemple. Je pense que ça reste un avantage de faire un petit peu de tout. On est peut-être un peu moins bon dans un certain domaine, mais c'est plus intéressant d'avoir un panel d'examen plus élargi.

**Cécilia** : D'accord, et est-ce que plus ça va dans le temps, plus ils vous laissent en autonomie même si vous devez toujours appeler le radiologue à la fin ?

**MERM** : Alors, il y a un peu deux volets, il y a le volet acquisition d'images donc ça demande un certain temps pour réussir à bien faire les images, comme le médecin, il veut. Ça vient assez rapidement. Et puis il y a le deuxième volet, compte rendu. Et le compte rendu, bah moi je commence à en faire un petit peu sur des trucs pas trop, trop compliqués. Et ça petit à petit c'est pareil, ça s'installe, on fait des comptes rendu simple et puis de plus en plus compliqués avec un peu de pathologie. Et donc là pareil, l'acte un peu intellectuel du compte rendu, c'est toujours relu bien sûr et validé par le médecin.

Mais voilà, ça montre aussi que tu as compris ce que tu fais. Et que t'as bien tout vu ce qu'il faut voir et que ce que tu n'as pas vu, il faut le dire, il faut par faire le « super manip » qui croit tout savoir. Et cette partie du compte rendu est finalement un peu plus longue à acquérir, à être à l'aise sur un compte rendu. Parce que quand on les lit comme ça, ça paraît assez simple mais quand il faut le dicter ce n'est pas tout à fait pareil finalement et ça, ça demande un peu d'investissement aussi.

**Cécilia** : Donc, moi j'ai terminé au niveau de mes questions. Avez-vous un dernier mot à dire en plus ?

**MERM** : Non non, mais c'est un sujet qui n'est pas si simple que ça je pense. Il y a aussi des personnalités qui s'affrontent parfois, nous on est employés d'un médecin on va dire. Dans la hiérarchie, on est en dessous si tu veux, donc il faut aussi jongler avec les personnalités. Mais bon, ce n'est pas qu'en échographie ça. Mais dans une coopération tu essayes de bien t'entendre aussi de ne pas aller au conflit pour des conneries, la confiance, elle vient aussi comme ça, on peut te pousser un petit peu dans tes retranchements, il faut rester dans le cadre du manip radio quand même.

Ce n'est pas toujours facile aussi entre les différents médecins, comment ils travaillent, des fois t'as l'impression de bien faire, mais pour un autre médecin ce ne sera pas bien. Il faut s'adapter, ça, je pense que les manip savent le faire pas mal, s'adapter aux patients, médecins. Mais en tout cas, c'est super intéressant.

**Cécilia** : OK, parce que la confiance, elle peut-être vite perdue ?

**MERM** : Elle peut être vite perdue. Ouais tu as raison, c'est assez long à acquérir, moi je travaille depuis 20 ans avec des mêmes médecins, donc oui elle est un peu longue à acquérir et elle peut être très facilement détruite.

Involontairement mais ce n'est pas simple pour eux de de faire confiance quand même sur un acte qui vont signer. Il faut qu'ils soient sûr d'eux et sûr de toi mais ça s'apprend petit à petit. Il faut raisonner sur du moyen terme, sur plusieurs années donc la confiance, elle vient vraiment petit à petit au fil des mois. Je pense que très vite, on peut perdre la confiance du médecin et là ça devient très compliqué et il faudrait recommencer tout à zéro, refaire ses preuves

Ce n'est pas toujours une science exacte il y a une part de subjectivité aussi dans cette modalité qui faut essayer de réduire au maximum. Il reste cette petite zone grise où il y a des discussions avec le médecin, parfois ils ne sont pas non plus d'accord entre médecins. Ce n'est pas l'incompétence forcément du manip qui va dégrader la relation mais il y a une petite part de subjectivité quand même. Après, ça s'est intégré, ils le savent aussi, même eux ils se sont aussi déjà plantés.

Mais ouais, c'est un travail de long terme, moyen terme.

**Cécilia** : Donc il faut que vous vous adaptiez en fonction de la personnalité de chacun ?

**MERM** : Tu es obligé de jouer un peu avec, j'entends des discours, des fois d'un médecin à l'autre, il n'y a pas le même raisonnement, moi je me garde de dire, j'écoute, j'intègre ce que l'on me dit. Je ne vais pas aller au conflit où mettre en conflit des gens, il faut savoir aussi rester à sa place.

**Cécilia** : Neutre ?

**MERM** : Ouais c'est ça, il faut rester neutre. Ouais c'est le mot, je pense.

**Cécilia** : Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé pour cet entretien, à bientôt.

## Annexe 2 : Retranscription entretien manip 2

**Cécilia** : Bonjour, donc merci à vous d'avoir accepté cet entretien avec moi aujourd'hui, donc je vais commencer par la première question.

En quoi la confiance est importante pour vous dans la relation manipulateur et radiologue en échographie ?

**MERM** : La confiance, de lui envers moi ou de moi envers lui ?

**Cécilia** : Les 2.

**MERM** : Ah bah c'est hyper important parce qu'en gros on fait des examens qui sont interprétés par le radiologue et donc s'il n'a pas confiance en nous, la relation va être très difficile. Parce qu'on fait l'examen quasiment tout seul et lui il intervient simplement, si on a un doute ou quelque chose auquel on n'est pas habitué à être confronté.

Ce qui fait que s'il n'a pas confiance en nous, la relation ne va pas être très bonne et puis ça engendre plein de choses négatives, dans le sens où les examens peuvent durer très, très longtemps.

Pour le patient ce n'est pas bien non plus parce que si le radiologue passe toujours derrière après, ça risque plus de l'inquiéter qu'autre chose.

Donc oui, c'est hyper important.

**Cécilia** : Très bien !

Ensuite, pour vous l'autonomisation du manipulateur en échographie est-elle indispensable, et pourquoi ?

**MERM** : Déjà il y a un cadre législatif qui fait qu'on est en partie autonome. C'est quoi la quoi la question déjà ?

**Cécilia** : Pour vous, l'autonomisation du manipulateur en échographie est-elle indispensable, et pourquoi ? En quoi cela peut vous aider si c'est indispensable ?

**MERM** : Oui, oui, c'est indispensable d'être autonome, si on n'est pas autonome ça ne sert à rien. Dans le sens où on est censé faire gagner du temps au médecin donc si le médecin est toujours appelé à venir nous aider, à contrôler ce qu'on fait de façon récurrente, ça ne fait pas avancer grand-chose.

**Cécilia** : D'accord, OK, et c'est par palier j'imagine ?

**MERM** : C'est vachement aléatoire, en gros moi j'ai été formé essentiellement quand j'ai fait ma formation. Et après quand on arrive sur place, on est formé mais ils n'ont pas toujours le côté forcément pédagogue pour apprendre les notions. Mais quand tu vas en stage, pendant ta formation, tu as affaire à des manips et des radiologues qui ont des stagiaires, comme ça, tout le temps, tout le temps. Du coup ils savent comment expliquer, ils savent comment former les gens.

Donc quand tu arrives sur ton lieu de travail, des fois le radiologue il t'explique, il fait ce qu'il peut, il est hyper compétent, il connaît son travail, mais des fois il n'a pas forcément les mots ou il n'a pas forcément le temps de t'expliquer plus que quand tu es en stage.

**Cécilia** : OK, très bien ! Ensuite, passons à la prochaine question.

Comment décririez-vous la relation entre radiologue et manipulateur dans le cadre de la formation du manipulateur en échographie ?

**MERM** : Le rapport ?

**Cécilia** : Oui, enfaite vous avez un an de d'école et ensuite vous continuez d'être formé sur le terrain ?

**MERM** : Ouais mais par les radiologues privés. Enfin tu parles plutôt des formateurs en stage ou sur notre lieu de travail ?

**Cécilia** : Oui, sur votre lieu de travail.

**MERM** : Eh bien, la relation elle est très bonne. Moi, je travaille avec 2 radiologues, les 2 sont super à l'écoute. Dès que j'ai un souci, ils viennent m'aider, donc non aucun souci.

Ils sont hyper aidants, parce qu'en gros c'est gagnant-gagnant, plus je maîtrise le sujet, plus je suis bon et plus ils peuvent déléguer. Donc voilà, c'est vraiment gagnant-gagnant.

**Cécilia** : D'accord, très bien.

Ensuite, pour vous, qu'est-ce qui fait que cette coopération entre radiologues et manipulateurs, peut fonctionner ou au contraire ne pas fonctionner ?

**MERM** : Ça rejoint un peu les premières questions. Si le radiologue n'a pas confiance dans le manip, ça fonctionnera pas. C'est tout simple. C'est juste ça.

**Cécilia** : D'accord, juste ça, la confiance ?

**MERM** : Oui c'est le truc essentiel donc si elle n'est pas présente ça ne fonctionnera pas et si elle est présente, ça roulera tout seul.

**Cécilia** : Ok, très bien ! Alors la prochaine question.

Pensez-vous qu'il est plus facile d'exercer l'échographie dans le secteur public ou le secteur privé ou pensez-vous au contraire que le lieu d'exercice n'a aucune influence ?

**MERM** : Après ce qu'il y a, c'est que moi je travaille que dans le privé donc je ne peux pas trop comparer avec ce qui passe dans le public mais après je pense que dans le public, il y a peut-être plus de temps.

Dans le sens où entre 2 échographies il y a peut-être plus de temps, je ne sais pas mais eux ils ont peut-être une demi-heure pour faire les échos, nous c'est un quart d'heure. Donc chez un nous c'est peut-être un peu plus speed.

Et puis, tout dépend de la relation avec le radiologue, parce que si tu as beaucoup d'échos à faire en 1 heure et que le radiologue est derrière toi, « Dépêche toi, tu ne vas pas assez vite ! », c'est pas du tout agréable. Mais si le temps est égal de chaque côté, que ce soit dans le public ou dans le privé c'est la même chose, tout dépend du rapport avec le médecin.

Si le médecin te fait confiance et qu'il te laisse le temps, c'est bon. Maintenant si tu as quelqu'un derrière toi qui te speed, qui te dit « Tu ne vas pas assez vite, machin », ce n'est pas intéressant.

**Cécilia** : Ok, donc ici c'est peut-être un peu plus speed alors ?

**MERM** : Ouais mais non justement, ici ils ne sont pas du tout embêtants avec ça. Et dans le sens où, moi quand que je fais un examen par exemple, si j'ai un doute sur quelque chose, même si cela intervient au tout début de l'examen, j'arrête directement. Je ne vais pas continuer tout le truc, je vais voir le médecin, je lui dis « j'ai un souci », il vient, puis il termine.

Comme ça, ça ne prend pas trop de temps. Après je te dis, l'essentiel dans toutes tes questions, c'est le rapport entre le rapport au médecin, radiologue. Parce que à partir du moment où le radiologue te fait confiance et que toi forcément, tu effectues un travail consciencieux, il n'y aura pas de problème.

Il faut faire en gros que ce que tu connais, si tu fais des examens et que tu ne les maîtrise pas, ça ne sert à rien. Après, c'est ta conscience aussi pour toi, tu ne vas pas faire un examen ou tu n'es pas sûr, on va perdre plus du temps.

Donc toute la base c'est la relation, la confiance entre le manipulateur et le radiologue. Donc, à partir de là, s'il a confiance en toi, même s'il y a un examen qui prend du temps, ça ne le dérange pas parce qu'il sait que si tu as pris du temps c'est qu'il y a une raison.

**Cécilia** : Donc la confiance c'est vraiment la base ?

**MERM** : Ah oui, c'est la base. C'est la base parce qu'en gros sur le compte rendu c'est le nom du médecin, ce n'est pas forcément le nôtre. Donc si tu racontes n'importe quoi, c'est sa responsabilité. Si après, il a des retours négatifs, là par contre, la confiance sera rompue.

Et puis en gros, il sera toujours derrière toi, à te demander pleins de trucs et du coup cela fait perdre du temps à tout le monde, au radiologue, à toi et puis au patient. Quand un patient voit que les personnes ne sont pas d'accord sur un truc, « si un dit oui, l'autre dit non, ils ne sont pas d'accord », le patient n'aura pas confiance en toi, ni dans le radiologue et puis après il n'a plus du tout confiance dans le cabinet. Et cela peut amener une mauvaise réputation par le bouche à oreille, le patient va dire ailleurs quand il va discuter avec les gens : « dit donc, j'ai été là, ils n'étaient pas en accord », fin c'est vraiment nul.

**Cécilia** : Oui, oui. Ok, très bien !

Ensuite, quels sont pour vous les avantages et les limites de la relation entre radiologues et manipulateurs en échographie ?

**MERM** : Les limites c'est notre domaine de compétence. Dans le sens où forcément eux, ils ont une formation béton que nous on n'a pas. On acquière pleins de choses mais on n'aura jamais leurs connaissances médicales. Pour moi c'est ça la limite, c'est qu'il faut savoir faire que ce que l'on sait faire et bien le faire. Moi, il y a des choses que je ne fais pas parce que je n'ai pas été forcément très bien formé dessus et quand tu ne l'as pas pratiqué beaucoup, tu ne peux pas le faire bien.

Donc, je fais petit à petit des choses mais avant que je le fasse vraiment tout seul, je me laisse quand même pas mal de temps. Donc tu vois, moi je fais tout ce qui est, échographies abdo-pelv, tout ce qui est doppler. Tout ça, je l'ai bien appris en stage quand j'étais au CHU de Tours, donc là j'étais bien formé là-dessus, donc ça je le fais il n'y a pas de problème. Par contre tout ce qui est musculo squelettique, notamment les épaules et les coudes, là je commence à faire des coudes et les épaules je n'ai pas encore commencé parce que même les médecins me disent bien, quand ils font des échos d'épaule, ce n'est pas hyper facile.

**Cécilia** : Très bien et les avantages de la relation ?

**MERM** : Les avantages de la relation avec le médecin, c'est qu'on acquière des connaissances et dès qu'on apprend une nouvelle échographie, que ce soit l'épaule, le coude ou le genou, tu apprends l'anatomie, tu apprends des nouvelles techniques, tu apprends des nouvelles pathologies, pleins de trucs, c'est hyper intéressant.

**Cécilia** : D'accord, très bien.

Ensuite, prochaine question. Encourageriez-vous les MERM à se former au DIU d'échographie ? Et pourquoi ?

**MERM** : Oui, j'encouragerai parce que c'est vrai que c'est hyper intéressant. Moi ça faisait quasiment, presque 20 ans que je faisais de la radio. Et en plus, je suis sur un site où on ne fait pas de scanner ni d'IRM donc cela m'a permis « de rompre la monotonie » et aussi d'apprendre des trucs encore, pleins de choses. Quand tu sors de l'école et que tu fais, que de la radio classique, les bouquins tu n'en a pas beaucoup. Alors que là, ça m'a permis de me remettre dans le bain, après il faut aimer ça aussi parce que pendant 1 an, tu ne fais que ça mais moi je trouve ça hyper intéressant d'un point de vue intellectuel, c'est bien.

**Cécilia** : D'accord, et donc vous aviez combien d'années d'expérience en tant que manip avant de vous former à l'échographie ?

**MERM** : Alors, j'ai été diplômé en 2002 en tant que manipulateur et diplômé en 2020 pour l'échographie. Quasiment 18 ans après. Avant, j'ai aussi bossé pendant 3-4 ans à Paris, où j'ai fait du scanner, de l'IRM, des choses comme ça. Et quand je suis arrivé ici, pendant presque 18 ans je n'ai fait que de la radio.

Mais je m'étais toujours un petit peu intéressé à l'écho, dans le sens où j'allais souvent voir ce qu'ils faisaient, je prenais un petit peu la sonde, enfin voilà je faisais des petites choses comme ça. Et dès que j'ai pu faire la formation, je n'ai pas hésité et je me suis inscrit.

**Cécilia** : Oui, donc cela vous intéressait déjà bien avant de faire la formation.

**MERM** : Oui tout à fait, j'aimais bien, franchement c'est intéressant.

**Cécilia** : Il faut être quand même un peu intéressé pour se former ?

**MERM** : Ah bah oui, il faut être motivé parce que pendant quasiment 1 an, après ce n'est pas un an, tous les jours mais il faut vraiment bosser parce qu'on apprend des choses, que l'on n'a pas forcément apprise à l'école, ne serait-ce que l'anatomie et puis il y a quand même un petit domaine médical que l'on n'a jamais eu, donc c'est vachement intéressant. Et il faut bosser, même si c'est quand même assez accessible, au niveau des résultats à l'examen, il y a peut-être 90% de reçu donc celui qui bosse, ça passe.

**Cécilia** : Et durant ces 1 an, c'est une alternance entre cours et stages ?

**MERM** : Oui, ouais. Mais ce n'est pas très, très long, il doit y avoir 1 mois de stage cumulé et la théorie, c'est 3 semaines. Mais par contre après, on a des épreuves, des QCM, donc ça, ce sont des choses qu'il faut apprendre sur 1 an, parce que c'est tellement énorme.

**Cécilia** : Ok très bien ! Moi pour mes questions, j'ai terminé. Je ne sais pas si vous avez quelque chose à rajouter sur le sujet.

**MERM** : Non, ça va j'ai été clair ?

**Cécilia** : Oui, oui, c'était très bien. Eh bien, merci beaucoup de m'avoir accordé ce temps pour cet entretien. A bientôt !

### Annexe 3 : Retranscription entretien radiologue 1

**Cécilia** : Alors, merci à vous d'avoir accepté cet entretien avec moi aujourd'hui, je vais commencer par la première question. En quoi la confiance est importante pour vous dans la relation manipulateur et radiologue en échographie ?

**Radiologue** : Pourquoi elle est importante ?

**Cécilia** : Oui, la confiance.

**Radiologue** : C'est une prise en charge des malades donc c'est important, aussi pour la fluidité du travail. Cela permet de voir plus de malades dans la vacation.

Donc le malade déjà est une sorte de filtre en fait. Ça dépend en fait déjà de la façon dont on travaille, est-ce que on contrôle systématiquement ou pas systématiquement, ça dépend en fait.

L'utilité, ça nous permet de voir plus de patients, il y a un premier filtre, le MERM donc il explore et puis moi je regarde. Ça dépend en fait aussi du contexte clinique dans lequel on fait l'échographie. Si c'est pour faire des mesures, de la biométrie, ça passe très vite, moi généralement je ne contrôle pas.

Après, si ce sont des urgences, des pathologies un peu complexes, je fais un contrôle systématique, déjà pour moi ça m'aide beaucoup déjà. Comme je vous ai dit, « 4 yeux, c'est mieux que 2 », parfois le MERM vois des choses que je peux rater aussi.

Il n'y a pas de performance à 100 % en échographie, donc là ça nous aide beaucoup, la facilité à voir plus de patients et à la détection des pathologies. Après, la caractérisation, ils peuvent caractériser si ce sont des pathologies courantes faciles, ils ont déjà une idée. Si ce sont des pathologies rares ou difficiles, c'est plus mon rôle. Et mêmes nous les radiologues, parfois on fait des examens complémentaires.

**Cécilia** : Très bien. Alors la question suivante pour vous, l'autonomisation du manipulateur en échographie est-elle indispensable dans sa pratique et pourquoi ?

**Radiologue** : Seul à 100% c'est impossible, il y a toujours une couverture médicale parce que c'est impossible en fait d'être autonome à 100 %. Peut-être après, c'est vrai avec la courbe d'apprentissage, après 2 ans, 3 ans, 4 ans d'expérience, c'est normal, il sera de plus en plus autonome, mais à 100 %, c'est quasiment impossible.

**Cécilia** : Oui, le radiologue est responsable de l'examen, mais dans la prise en charge du patient c'est plus le MERM qui gère cette partie.

**Radiologue** : Oui

**Cécilia** : Ok, ensuite, comment favorisez-vous cette autonomisation dans la formation du manipulateur ?

**Radiologue** : Donc au début bien sûr, on contrôle tous les malades. Au début déjà, il regarde sur quelques mois comme ça, en double en fait, il rentre dans la salle. Il regarde les premiers mois, puis il commence à faire en premier, moi je fais en deuxième.

Après, voilà au bout de quelques mois, voire années, il fait l'examen tout seul. Il envoie les images, comme ça moi je regarde un petit peu, on discute le contexte clinique, et cetera. Et s'il y a pas de doute, moi je vais aller directement à la fin.

Après pour des pathologies comme je dis complexes, certaines urgences, moi je passe toujours un deuxième coup d'œil, parce que cela peut-être parfois dangereux. Parfois même moi en tant que radiologue j'ai des doutes et je suis obligé de faire d'autres examens, des scans, des contrôles échographiques, c'est très important.

**Cécilia** : Ensuite, selon vous, quels sont les critères essentiels pour qu'un manipulateur puisse assurer la bonne pratique de l'échographie ?

**Radiologue** : D'abord, il y a la formation théorique et la formation continue en échographie, parce que ce n'est jamais suffisant le DU. Et puis, la pratique, la pratique se fait sur des années pour avoir la confiance et l'autonomie nécessaire.

Ce n'est pas en quelques mois qu'on devient autonome. Moi, cela fait 17 ans que je fais de la radiologie, il y a plein de choses que je ne connais pas, il y a des choses qui sont difficiles.

Donc surtout une bonne formation théorique et une bonne expérience pratique, il faut voir beaucoup. Il faut une courbe d'apprentissage quand même assez importante.

Par exemple, 2-3 malades par semaine ce n'est pas suffisant, 10 malades par semaine non plus ce n'est pas suffisant, il faut faire plus régulièrement et pendant plusieurs années pour avoir une bonne confiance et une bonne performance.

Voilà, c'est ça. C'est une courbe d'apprentissage comme les chirurgiens, plus ils opèrent, plus ils ont de l'expérience, de la confiance et ils font moins d'erreurs.

Il faut lire aussi pendant la formation continue et théorique, il faut suivre à chaque fois qu'il y a un cas pratique, il faut lire derrière, c'est comme ça qu'on apprend. Il faut demander au radiologue, discuter du cas et voir aussi tout le dossier quand on fait une échographie, c'est très intéressant.

Il n'y a pas que l'échographie, le patient a déjà un historique, plusieurs examens avant, contexte clinique, ça aide beaucoup, il n'y a pas que les images. C'est comme la médecine, il faut faire l'interrogatoire, demander ses antécédents, la sémiologie un petit peu. C'est ça le problème chez les manips comme ils n'ont pas fait de la médecine, c'est ça qui est difficile.

Il faut faire comme un généraliste, il faut demander au patient « qu'est-ce qu'il a comme douleur ? », « quel type de douleur ? », la sémiologie de la douleur pour savoir ce qu'on cherche. Parce que si on ne sait pas ce qu'on cherche, on ne va pas trouver la cause, c'est ça la différence entre médecins et techniciens.

**Cécilia** : Oui, ce n'est pas le même niveau d'études entre radiologues et manipulateurs ?

**Radiologue** : C'est la formation médicale qui manque donc il faut faire attention à ça. C'est bien d'avoir un bagage un peu médical pour les pathologies. Pour l'échographie abdomino-pelvienne, il faut qu'ils lisent un petit peu sur la clinique. L'appendice par exemple, il faut qu'ils lisent un petit peu sur la sémiologie de l'appendicite, la douleur comment elle est, l'endroit, les différents types d'appendicite. Parce qu'il n'y a pas que l'appendicite classique, elle peut-être un peu ectopique, les diagnostics différentiels, tout ça c'est clinique.

Et à partir de ça, on sait ce qu'on cherche pour ne pas faire d'erreurs, donc c'est surtout ce qui différencie le radiologue d'un technicien, même un technicien qui a 3 ans, 4 ans d'expérience, s'il n'a pas de bon bagage clinique médical, il va toujours faire des erreurs.

Parce que nous on nous appelle déjà, les médecins nous expliquent la symptomatologie du patient, il y a un contexte clinique et c'est dans ce contexte là qu'il faut faire une échographie en fait. Il faut des renseignements cliniques, sinon les demander au patient, il faut les chercher, examiner le patient parfois c'est nécessaire pour savoir vraiment ce que l'on cherche. On interprète en fonction des images et de la clinique aussi.

Une image par exemple, je donne une image simple par exemple, la vésicule biliaire, une paroi épaissie, ça ne veut pas dire cholécystite aiguë. Parce que quand ils font la théorie, ils leur disent un petit peu ça, mais on n'interprète pas toujours une cholécystite avec un épaississement de la paroi comme pathologique. Si on sait que le patient, il a une insuffisance cardiaque, une insuffisance rénale, des épanchements partout, on sait que c'est juste de l'œdème de la paroi vésiculaire, ce n'est pas une cholécystite. Donc voilà, il faut vraiment connaître le contexte clinique.

**Cécilia** : Très bien alors ensuite, pour vous, qu'est-ce qui fait que cette coopération entre le radiologue et le manipulateur peut fonctionner ou ne pas fonctionner ?

**Radiologue** : Elle ne peut pas fonctionner s'il n'y a pas de confiance, ça ne peut pas fonctionner si le manip n'a pas assez d'expérience, il faut que le manip soit aussi sérieux, ça dépend quel profil de manipulateurs. Il y a des techniciens qui sont sérieux, qui demandent quand ils ont un doute et il y en a d'autres, ils peuvent ne pas demander au radiologue et dans ces cas je ne peux pas lui faire confiance.

Dans tous les cas, nous on va contrôler pendant plusieurs années, on le sait.

Donc ça peut fonctionner avec la confiance, surtout la confiance et il faut que le technicien ait une expérience longue et une bonne théorie aussi. Plus il est formé théoriquement et une bonne expérience pratique, ça marche très bien. Il faut qu'il soit un profil sérieux, méticuleux, vous voyez ce que je veux dire ?

**Cécilia** : Oui

**Radiologue** : Comme partout, enfaite. Et ça ne peut pas marcher s'il est négligent, s'il ne demande pas. Il n'a pas du tout d'expérience au début, forcément et il faut du temps, il faut du temps pour que ça marche bien.

**Cécilia** : Ensuite prochaine question, pensez-vous qu'il est plus facile d'exercer l'échographie dans le secteur public ou le secteur privé ou pensez-vous au contraire que le lieu d'exercice n'a aucune influence ?

**Radiologue** : Si, si, il a de l'influence.

C'est plus intéressant pour le technicien d'exercer en public. En libéral, les radiologues n'ont pas le temps de contrôler systématiquement le technicien. En plus ils n'ont pas les moyens que l'on a ici, à l'hôpital, nous on a un système de PACS qui nous aident beaucoup. Quand le patient rentre, on a déjà l'historique, peut-être des scanners récents que l'on peut utiliser pour voir ce qu'a le patient, on compare les images. Chose qui n'ont pas en libéral.

Et la cadence des examens en libéral, ce n'est pas comme à l'hôpital. C'est plus tranquille ici, le technicien il peut faire 5-6 examens dans la matinée, alors quand libéral ils en font une quinzaine. En libéral, il y a aussi tous types d'échographies, le radiologue il passe de l'épaule au coude, du coude à l'abdomen et de l'abdomen à la gynéco.

Il faut une expérience assez importante pour exercer en libéral. A l'hôpital, il peut sélectionner les patients, il y a une certaine liberté. En plus, nous les radiologues on est plus disponible ici, qu'en libéral. S'ils sont recrutés en libéral, il faut vraiment qu'il y ait une aide avec radiologue, qu'ils travaillent en parallèle. Ils n'ont pas beaucoup de temps en libéral, et donc c'est différent d'ici.

**Cécilia** : D'accord, donc plus compliqué, peut-être en en en libéral ?

**Radiologue** : Oui, c'est plus compliqué en libéral qu'en public c'est sûr.

**Cécilia** : D'accord, très bien. Ensuite, quels sont pour vous les avantages et les limites de la relation entre radiologue et manipulateur en échographie ?

**Radiologue** : Alors, pour nous c'est une aide supplémentaire. Premièrement, le manip prépare le dossier, recueille les renseignements cliniques, regarde l'historique du patient. Il fait son échographie déjà, il recueille ce qu'il a vu, on discute et ça nous fait gagner du temps, nous, en tant que radiologues.

Et puis, moi je regarde l'échographie, si c'est suffisant ou pas. Et même si je regarde après, c'est un autre type de détection, lui il a déjà détecté des choses et moi il me reste qu'à les caractériser donc cela me fait gagner du temps. Je risque de rater moins de choses quand je suis avec quelqu'un que quand je suis seul. Par exemple, je passe sur le rein, je peux rater un petit nodule mais comme il est déjà passé, il a le temps, il regarde bien, il détecte des choses que je peux rater aussi. Donc c'est utile aussi pour la cadence, on peut augmenter le nombre de patients dans la vacation.

Et les limites, comme j'ai dit, la confiance, le profil du technicien, il faut qu'il soit vraiment organisé, méticuleux, sérieux, il demande s'il ne sait pas. Il faut qu'il prenne vraiment son temps à faire l'échographie et faire son examen de façon systématique et détaillé, comme il a étudié en théorie.

Parce qu'au début, comme nous, on regarde bien. Et après quelques mois, voire 1 ou 2 ans, on pense qu'on sait, qu'on connaît tout, on commence à passer vite et rapidement sur l'exploration des organes et c'est là qu'on risque de rater des choses. Un manipulateur qui a 2 ans d'expérience, j'ai tendance à lui faire confiance, à ne pas faire une deuxième lecture.

Mais si lui il lâche, il commence à faire vite, à ne pas regarder dans le détail, là on risquerait de rater des choses. Il faut vraiment qu'il soit sérieux, qu'il continue à travailler comme au début, comme il a commencé, de façon systématique et prendre son temps. Il ne faut jamais relâcher, jamais trop croire en son expérience. De plus l'échographie est plus un outil de détection que de caractérisation, on caractérise plus en scanner ou en IRM. Donc il faut vraiment dépister, chercher la pathologie, c'est ça le truc essentiel. Il faut toujours rester méticuleux et prendre son temps, moi j'ai tendance à faire confiance comme le manipulateur a 3 ou 4 ans d'expérience et si lui il a plus confiance en lui-même ça peut être compliqué.

Même moi, je peux commettre des erreurs si je passe trop vite, c'est pour ça qu'il faut un minimum de temps d'examen.

**Cécilia** : Donc il vaut mieux prendre son temps ?

**Radiologue** : Toujours, même si on a 3 ans, 4 ans d'expérience. C'est un outil de détection.

Même au scanner par exemple, si on ne prend pas le temps de regarder le scanner, la lésion elle est là et on ne la voit pas, on est passé vite, un peu distrait. On était focalisé sur une autre pathologie, un autre organe. Donc systématiquement, il faut tout regarder et prendre son temps.

L'erreur en échographie, on ne peut pas revenir en arrière, le scanner on peut revenir en arrière, l'examen est fait, je peux le revoir demain, après-demain. L'échographie, il faut que je fasse confiance, c'est opérateur dépendant donc si le premier opérateur n'a pas fait correctement son examen, c'est fini, sinon il faut reconvoquer le patient, refaire un autre examen. Donc vraiment il faut que l'examen soit réalisé dans les normes, il faut que ce soit sérieux, sérieux, sérieux !

**Cécilia** : Très bien, et la dernière question, êtes-vous favorable à la formation des manipulateurs au DIU d'échographie et pourquoi ?

**Radiologue** : Oui, oui, je suis favorable. Déjà, c'est une aide très importante pour nous, ça nous permet de se concentrer sur des choses difficiles. Ils vont nous aider sur tous ce qui est biométrie, les mesures de fibrose, stéatose par exemple ou encore des biométries rénales. Tous ce qui est biométrie, ça ne pose pas de soucis, ils peuvent le faire et nous en général on ne contrôle pas derrière et nous ça nous laisse du temps pour se concentrer sur les pathologies en échographie.

On a aussi beaucoup de demandes, de plus en plus importante de la part des médecins généralistes, maintenant la moindre chose, ils demandent une échographie systématiquement. Il y a un flux important de demandes maintenant, donc il faut plus de personnes et nous on n'est pas suffisamment de médecins, comme c'est le cas partout, donc cela nous fait gagner beaucoup de temps et beaucoup d'efforts aussi.

**Cécilia** : Il y a un flux beaucoup plus important maintenant, qu'auparavant ?

**Radiologue** : Oui forcément, les indications s'élargissent, plus d'examens complémentaires maintenant. Les nouveaux médecins ce n'est pas comme les anciens, les anciens demandaient moins. Avant, déjà à leur époque il n'y avait pas d'IRM durant leur formation, les échographies non plus, ce n'était pas trop développés. Et maintenant, les nouveaux médecins formés, ils connaissent l'utilité des examens complémentaires ostéoarticulaire par exemple dans la prise en charge.

Même les prises en charge, ça se développe, les indications ce n'est pas les mêmes, ils ont besoins d'examens complémentaires pour préciser leurs indications. Il y a beaucoup de détails

maintenant qu'avant, les classifications des pathologies, les indications en fonction des classifications. Et la classification dépend des examens complémentaires donc on en fait de plus en plus.

Plus il y a de techniciens, plus cela nous aide à absorber un petit peu ces demandes. On est moins, on sera moins sous pression.

**Cécilia** : D'accord, très bien, j'ai terminé de mon côté. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé pour cet entretien, et à bientôt.

## Annexe 4 : Retranscription entretien radiologue 2

**Cécilia** : Bonjour, merci à vous d'avoir accepté cet entretien avec moi aujourd'hui. Je vais donc commencer par la première question. En quoi la confiance est importante pour vous dans la relation manipulateur et radiologue en échographie ?

**Radiologue** : Ah bah s'il n'y a pas de confiance entre manipulateur et radiologue, il n'y a pas d'échographie pour le manipulateur. Si vous n'avez pas confiance dans votre échographiste, ce n'est pas la peine.

**Cécilia** : D'accord ensuite question suivante. Pour vous, l'autonomisation du manipulateur en échographie est-elle indispensable, et pourquoi ?

L'autonomisation du manipulateur dans sa formation.

**Radiologue** : Dans sa formation, pourquoi que c'est important ? Bah c'est super important parce que s'il n'est pas autonome, c'est moi qui travaille. Donc ça ne sert à rien d'avoir quelqu'un si vous êtes obligés de passer derrière et de refaire le travail. Ça, c'est absolument évident donc automatiser, oui !

**Cécilia** : Ok, très bien donc ensuite, comment favorisez-vous cette autonomisation dans la formation du manipulateur justement ?

**Radiologue** : Ben puisqu'on le forme, il est autonome hein, je ne comprends trop pas cette question.

**Cécilia** : Et bien comment vous procédez pour qu'il soit autonome ?

**Radiologue** : En le laissant travailler lui-même.

**Cécilia** : Est-ce que vous procédez par palier ? Enfin, petit à petit ?

**Radiologue** : Oui, oui, oui, oui, mais ça se fait sur un peu près un an ou 6 mois, un an.

**Cécilia** : D'accord, très bien. Ensuite, selon vous, quels sont les critères essentiels pour qu'un manipulateur puisse assurer la bonne pratique de l'échographie ?

**Radiologue** : Critères essentiels ?

**Cécilia** : Un profil par exemple ?

**Radiologue** : Alors, il faut qu'il connaisse l'anatomie échographique. Puis une fois qu'il est formé, il est formé. Des critères essentiels ....

**Cécilia** : Des traits de caractères peut-être plus, sérieux, motivé ?

**Radiologue** : Ah oui mais ça oui, autrement on ne va pas le faire.

**Cécilia** : D'accord.

**Radiologue** : Mettez ça, motivé, sérieux et puis dès qu'il y a un problème qu'il nous appelle, c'est surtout ça.

**Cécilia** : OK, très bien.

Ensuite pour vous, qu'est ce qui fait que cette coopération entre le radiologue et manipulateur peut fonctionner ou ne pas fonctionner ?

**Radiologue** : Bah ça dépend du manipulateur. Si le manipulateur il connaît l'échographe et les zones à échographier, il y a aucun problème. Surtout s'il a un problème qu'il nous appelle. C'est pour ça qu'il faut avoir confiance en son manipulateur.

**Cécilia** : D'accord, très bien.

Ensuite, pensez-vous qu'il est plus facile d'exercer l'échographie dans le secteur public ou le secteur privé ou pensez-vous au contraire que le lieu d'exercice n'a aucune influence ?

**Radiologue** : Aucune influence, parce que moi je le fais à l'hôpital, avec d'autres manipulateurs. Il y a des manipulateurs de l'hôpital qui sont venus se former ici. Ça ne change absolument rien.

**Cécilia** : OK, ils sont compétents de la même manière ?

**Radiologue** : Ouais, pareil.

**Cécilia** : Très bien !

Ensuite, quels sont pour vous les avantages et les limites de la relation entre radiologue et manipulateur en échographie ?

**Radiologues** : Ben les avantages, c'est que ça nous soulage parce qu'il y a de plus en plus d'échographies. Et la limite, et bien, c'est l'indication médicale que le manipulateur n'a pas toujours. C'est la formation médicale qui manque quand même aux manipulateurs.

**Cécilia** : Et dernière petite question, êtes-vous favorable à la formation des manipulateurs aux DIU d'échographie et pourquoi ?

**Radiologue** : Oui. Et pourquoi, parce que ça manque d'échographistes, il y a de plus en plus besoin d'échographies. Nous, on en fait 30 tous les jours-là et le jour où je ne suis pas là, et bien il y en a plus.

**Cécilia** : D'accord, très bien. Merci beaucoup.

**Radiologue** : Je vous en prie, Madame.

NOM : Beurel

PRENOM : Cécilia

TITRE : L'incidence de la relation radiologue-MERM sur l'autonomisation de ce dernier en échographie.

TITLE : The impact of the radiologist-medical radiation technologist relationship on the autonomy of the latter in ultrasound.

Présentation synthétique du travail en **Français** : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales

Ce mémoire aborde le thème de l'incidence de la relation radiologue-MERM sur l'autonomisation de ce dernier en échographie. La problématique est : "En quoi la relation radiologue MERM peut influencer l'autonomisation de ce dernier en échographie ? »

Afin de répondre à cette problématique, j'ai réalisé quatre entretiens. Mes critères de sélection étaient d'en réaliser deux avec des radiologues et deux avec des MERM pratiquant l'échographie. De plus, parmi les radiologues et les MERM interrogés, l'un travaille dans une structure publique et l'autre dans une structure privée. L'objectif de ces entretiens est de comprendre comment la relation entre le radiologue et le MERM peut influencer sur l'autonomisation du MERM en échographie.

À partir de mes recherches, j'ai remarqué que la confiance et l'autonomie sont essentielles au sein d'une relation. J'ai donc étudié les concepts de la confiance, de l'autonomie et de la relation. Les entretiens réalisés ont aidé à mettre en évidence ces notions.

Les hypothèses formulées, les données recueillies dans les entretiens et les données théoriques ont permis d'obtenir des résultats. Ces derniers montrent que la confiance et l'autonomie sont essentielles pour construire une bonne relation entre le radiologue et le MERM. Néanmoins, la différence du niveau de formation entre les deux pourrait être un frein dans la formation du MERM.

Mes recherches m'ont alors permis d'en apprendre plus sur le protocole de coopération entre le radiologue et le MERM en échographie. Ce travail m'interroge sur d'autres protocoles à venir afin de valoriser la profession.

Présentation synthétique du travail en **Anglais** : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales

This research report deals with the impact of the radiologist - medical radiation technologist relationship on the empowerment of the latter in ultrasound. The problem is : "How can the radiologist-medical radiation technologist relationship influence the empowerment of the latter in ultrasound ?"

In order to answer this question, I conducted four interviews. My selection criteria were to conduct two with radiologists and two with medical radiation technologists practising ultrasound. In addition, of the radiologists and medical radiation technologists interviewed, one worked in a public structure and the other in a private structure. The aim of these interviews is to understand how the relationship between the radiologist and the medical radiation technologist can influence the empowerment of the medical radiation technologist in ultrasound.

From my research, I noticed that trust and autonomy are essential within a relationship. I therefore studied the concepts of trust, autonomy and the relationship. The interviews I conducted helped to highlight these concepts.

The hypotheses formulated, the data collected in the interviews and the theoretical data made it possible to obtain results. These show that trust and autonomy are essential for building a good relationship between the radiologist and the medical radiation technologist. Nevertheless, the difference in the level of training between the two could be a hindrance to the training of the medical radiation technologist.

My research enabled me to learn more about the protocol for cooperation between the radiologist and the ultrasound technician. This work has prompted me to think about other future protocols to enhance the value of the profession.

MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en **Français**.

Echographie, Confiance, Autonomie, Relation, Coopération

MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en **Anglais**.

Echography, Trust, Autonomy, Relationship, Cooperation