



Université TOULOUSE - JEAN JAURES

U.F.R Sciences Espaces et Sociétés

Département des Sciences de l'Éducation et de la Formation

**L'émergence des pratiques avancées au sein de la profession
de manipulateur en électroradiologie médicale.**

Un changement à accompagner.

Mémoire de MASTER 1 Sciences de l'Éducation

Soutenu par

Marjorie Boyer

Jury

**Michèle Saint- Jean, Maître de Conférences en Sciences de l'Éducation, Université
Toulouse - Jean Jaurès, Directrice de mémoire.**

**Dominique Broussal, Maître de Conférences en Sciences de l'Éducation, Université
Toulouse - Jean Jaurès, Assesseur.**

Année 2014- 2015.



Université TOULOUSE - JEAN JAURES

U.F.R Sciences Espaces et Sociétés

Département des Sciences de l'Éducation et de la Formation

**L'émergence des pratiques avancées au sein de la profession
de manipulateur en électroradiologie médicale.**

Un changement à accompagner.

Mémoire de MASTER 1 Sciences de l'Éducation

Soutenu par

Marjorie Boyer

Jury

**Michèle Saint- Jean, Maître de Conférences en Sciences de l'Éducation, Université
Toulouse - Jean Jaurès, Directrice de mémoire.**

**Dominique Broussal, Maître de Conférences en Sciences de l'Éducation, Université
Toulouse - Jean Jaurès, Assesseur.**

Année 2014- 2015.

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à Mme Saint Jean, en sa qualité de directrice de mémoire. Je la remercie de m'avoir encadrée et guidée tout au long de mon travail. Sa rigueur scientifique, sa disponibilité et ses qualités humaines m'ont profondément touchée.

Je remercie M Broussal, enseignant-chercheur à l'Université Toulouse Jean-Jaurès, pour avoir accepté de participer à ce jury et d'avoir pris le temps d'évaluer ce travail.

Je remercie tous mes camarades de Master inscrits au Sed, en particulier Claire, Roselyne, Laëtitia, Mathieu, grâce à qui j'ai passé d'agréables moments. Merci pour leur soutien bienveillant et leur conseil.

Je remercie tout particulièrement l'ensemble des 10 personnes interrogées, qui ont su m'accorder de leur temps et pour leur sympathie, faisant du travail de terrain l'un des meilleurs moments de cette étude.

Je remercie tous mes collègues « manip » de l'hôpital de Carcassonne et mes cadres de service Mme Saez et Mme Cabié pour leur soutien et leur encouragement.

Je remercie ma famille et mes amis pour leur compréhension face à mes nombreuses indisponibilités cette année durant.

Pour terminer, je remercie David, mon compagnon pour son soutien de chaque instant et pour avoir su entretenir ma motivation.

TABLE DES MATIERES

Introduction	2
I. Un contexte évolutif favorisant les pratiques avancées :	5
A. Le milieu professionnel du M.E.R.M :	5
1. Les Normes actuelles en France :	5
2. Situation internationale :	11
B. Les évolutions actuelles du métier de M.E.R.M:	12
1. L'apport de la technologie :	12
2. Une progression professionnelle nommée pratique avancée :	14
II. L'approche théorique :	18
A. Les représentations sociales et les représentations professionnelles :	18
1. Vers un regard psychologique :	18
2. Vers un regard spécifique :	24
B. Le changement :	29
C. La problématisation :	32
III. Protocole de recherche:	35
A. Démarche de recherche :	35
B. Choix et élaboration des outils de recueil de données :	35
C. Echantillon : choix et constitution, variables illustratives :	37
D. Ethique et confidentialité :	38
E. Analyse et interprétation des données :	38
1. Choix de l'outil de traitement des données :	38
2. Analyse des données :	39
3. Interprétations des données :	44
4. Recommandations dans l'accompagnement au changement :	64
Conclusion	65
Bibliographie	68
Annexes	72

Introduction

En France, le champ de la santé, sous l'influence de nouvelles lois et de nombreux rapports d'expertise, connaît un véritable changement, notamment avec l'émergence des pratiques avancées chez les professionnels de santé.

Les pratiques avancées ont été introduites par l'article 51 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire H.P.S.T du 21 juillet 2009, s'appuyant sur les différents rapports de Berland (2002, 2003, 2006), qui autorise « *la mise en place de protocoles de coopérations entre les professionnels de santé* ». Ainsi, l'article L. 4011-1 du Code de Santé Publique précise par dérogation que « *les professionnels de santé (inscrit au code de la santé publique) peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou des actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient* ».

Le rapport de Berland (2003) présente les avantages des pratiques avancées déjà expérimentées par ailleurs. Il s'agit en effet « *d'une adaptation franco-française de la réflexion et des pratiques déjà en place dans de nombreux autres pays, et notamment en Amérique du Nord, berceau des pratiques avancées* » (Bastiani, 2015, p. 128).

En effet, dès l'année 2011, des protocoles de coopération professionnelle concernant la réalisation d'échographies par les manipulateurs en électroradiologie médicale (M.E.R.M)¹ (délégués) validée par les médecins (délégants), ont été établis à partir d'expérimentations menées en 2006 sur trois sites français (deux sont des établissements publics et un appartient au secteur privé) et validées par la Haute Autorité de Santé H.A.S en 2008.

De plus, historiquement et avant 1997 (date du dernier décret relatif à la profession des M.E.R.M), les M.E.R.M de certains services de radiologie du territoire national, notamment le C.H.U² de Rouen, étaient fortement impliqués dans la réalisation des actes d'échographie. Mais, depuis la parution de l'article R4351-2 en 1997, le recueil du signal échographique est sorti du champ d'exercice des M.E.R.M. En effet, la réglementation actuelle permet aux M.E.R.M d'acquérir le signal pour tous les examens effectués en radiologie standard (radiologie, scanner et I.R.M³), interventionnelle et en médecine nucléaire, sauf relatif à l'échographie. Néanmoins,

¹ M.E.R.M Lire partout.

² Centre Hospitalier Universitaire.

³ Imagerie par Résonance Magnétique.

depuis 1997, cette activité a été maintenue malgré l'interdiction de la législation, sous la responsabilité du médecin- radiologue.

A partir de mon milieu professionnel initial (M.E.R.M depuis juin 2008), je me suis intéressée à ces pratiques émergentes dans le métier. Il s'agit, comme nous l'avons vu, de la possibilité de réaliser des examens d'échographies dits standards, sous certaines conditions dont l'obtention du D.I.U⁴ d'échographie (création depuis 2012). Ce changement dans des pratiques, jusque là exclusivement réservées aux professions médicales, m'interroge.

Cependant, dans la recherche engagée, je me trouve dans une posture d'apprenti chercheur mais plus précisément de praticien-chercheur comme elle se déroule dans mon champ professionnel et sur des pratiques directement liées à ma propre activité. Et, comme le souligne Saint-Jean (2002), cela génère un « *effet avantage/désavantage dans le sens ou effectivement nous avançons en terrain connu, sans nécessité de nous approprier une culture, un langage, des codes, des outils et des pratiques mais avec en contrepartie l'obstacle que représente cette proximité qui peut véhiculer des a priori à évacuer* » (p. 49).

Toute la difficulté réside dans le fait de faire le lien, le trait d'union, entre la posture de praticien et celle de chercheur, de ne pas être alternativement dans l'une ou dans l'autre. Pour cela, il apparaît essentiel de prendre conscience de ce que Bachelard (1938) définit comme un obstacle épistémologique « *l'expérience première* ». A partir de là, il s'agit de mener une réflexion sur nos a priori, nos opinions, nos prénotions, nos stéréotypes, c'est-à-dire tous les éléments qui renvoient à notre implication sur le terrain de recherche. Selon Mias (2003), « *conjuguer deux postures, praticien et chercheur, relève d'une position difficile à tenir, mais non impossible et plutôt enrichissante pour une compréhension des problèmes soulevés* » (p. 296).

Ainsi, la présente étude vise à comprendre ce changement et a pour objectif de relever les représentations professionnelles des M.E.R.M sur la pratique de l'échographie, comme pratique avancée. Nous nous intéressons à deux types de professionnels, ceux qui sont titulaires du D.I.U d'échographie et exerçant depuis un à deux ans, dans une salle d'échographie, au sein d'un service de radiologie, mais aussi ceux en cours de formation en vue d'une pratique de l'échographie. Notre recherche se déroule à la fois sur le secteur public et sur le secteur privé (ou semi-privé), elle englobe les deux formations initiales pour accéder à la profession de M.E.R.M, c'est-à-dire le D.E⁵ et le D.T.S⁶.

⁴ Diplôme Inter-Universitaire.

⁵ Diplôme d'Etat

Comme tout changement, il peut parfois être difficile et en cela demande à être accompagné, soutenu, pour permettre sa mise en œuvre dans des conditions efficaces. Les Sciences de l'éducation permettent une réflexion sur l'accompagnement dans le champ de la santé, où règne dans un contexte en mouvance, de profondes mutations, dû à des raisons à la fois économiques, sociales, politiques et technologiques. En effet, « *ce lien entre accompagnement et changement n'est pas un effet de mode, c'est une réponse à la multiplication des réformes* » (Saint Jean, Péoc'h et Bastiani, 2015, p. 2).

Pour conclure cette introduction, ce mémoire s'organise en trois parties portant respectivement sur le contexte évolutif favorisant les pratiques avancées dans le milieu professionnel des M.E.R.M, l'éclairage conceptuel avec les angles théoriques choisis et la démarche empirique.

Dans un premier temps, nous faisons état de la situation actuelle nationale et internationale et l'émergence progressive des pratiques avancées dans la profession M.E.R.M en France. Dans l'étape suivante, nous présentons le cadrage théorique avec les différents concepts convoqués, en particulier les représentations professionnelles, comme référence conceptuelle pour l'étude des entretiens, et le processus de problématisation. Et pour terminer, la troisième partie annonce le protocole de recherche avec l'analyse des entretiens effectués et les interprétations des données recueillies, en offrant des repères pour l'action d'accompagnement du changement.

⁶ Diplôme Technique Supérieur.

I. Un contexte évolutif favorisant les pratiques avancées :

A. Le milieu professionnel du M.E.R.M :

1. Les Normes actuelles en France :

a) La profession de M.E.R.M :

Le M.E.R.M est un professionnel de santé qui exerce ses fonctions paramédicales uniquement sur prescription et sous contrôle d'un médecin (radiologues le plus souvent, chirurgien vasculaire, chirurgien orthopédique, cardiologue, etc. ...).

Il exerce son art à l'aide de technologies dites sophistiquées nécessaires à la réalisation d'actes à visée diagnostique et/ou thérapeutique.

Le Code de la Santé publique (Article R. 4351- 1 du Décret 2004- 802 du 29 juillet 2004) nous fournit comme définition suivante : « *Le M.E.R.M contribue, dans les conditions définies aux articles de la présente section, à la réalisation :*

- *Des examens nécessaire à l'établissement d'un diagnostic qui relèvent soit des techniques d'électroradiologie médicale, soit des techniques d'imagerie médicales ou d'exploration fonctionnelle impliquant l'utilisation de rayonnements ionisants ou non ou d'autres agents physiques.*
- *Des traitements (comme la radiothérapie) mettent en œuvre des rayonnements ionisants ou non ou d'autres agents physiques ».*

D'après les conditions régies par le Code de la Santé, cette profession s'effectue uniquement à titre salarial, notamment dans des établissements de soins publics tels que les hôpitaux ainsi que des cliniques ou cabinets d'imagerie privés. Le secteur libéral n'est absolument pas autorisé légalement pour cette profession.

Malgré son rôle imprégné de médico-technique, le M.E.R.M a un double « costume », qui parfois semble se faire oublier, celui de soignant. En ce sens, il est convenable de rappeler ses nobles actions, centrées sur le patient, consistant à conduire ses interventions de façon déontologique afin de garantir le respect de la personne soignée et d'assurer, de ce fait, la continuité des soins de cette même personne. Tout comme le professionnel du soin, il est soumis

au secret professionnel. En revanche, il va de soi que le M.E.R.M n'est pas un médecin radiologue ainsi, l'interprétation des images et le compte rendu conduisant au diagnostic ne sont pas dans ses compétences.

La profession de M.E.R.M requiert une grande polyvalence et en fait un travail évolutif. Il faut toujours rester vigilant et se tenir au courant des nouveaux apports informatifs d'où un nombre constant de formations effectuées par le M.E.R.M chaque année. Néanmoins, malgré cette attractivité cognitive, il reste limité selon l'affectation du professionnel. En effet, celui-ci va développer des compétences spécifiques en fonction de son lieu d'exercice au scanner, à l'I.R.M, en coronarographie, etc. ... qui peut changer plusieurs fois au cours d'une carrière professionnelle.

Enfin, il existe deux diplômes, tous deux préparés en trois années de formation, avec comme pré-requis l'obtention du baccalauréat (de préférence scientifique) et reconnus comme équivalents sur le plan de la légalité et de la réglementation :

- **Diplôme d'État (D.E)** de manipulateur d'électroradiologie médicale délivré par le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées au sein d'Instituts de Formation dans des Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U).

- **Diplôme de Technicien Supérieur (D.T.S)** en Imagerie Médicale et Radiologie Thérapeutique délivré par le ministère de l'Education Nationale, dans des lycées.

Ces deux diplômes ont sensiblement le même contenu comprenant un enseignement théorique et divers stages pratiques pluridisciplinaires, visant à aborder tous les domaines d'activité, y compris en unité de soins (soins cliniques). La 3^{ème} année permet aux étudiants d'élaborer avec précision leur projet professionnel en fonction de leurs attentes et de leurs futures orientations professionnelles.

Malgré l'existence de cette double possibilité d'accéder à la profession de M.E.R.M, une récente transformation de la formation initiale s'opère avec la réforme L.M.D⁷, entrée en vigueur à la rentrée 2013 (été initialement prévue pour la rentrée 2011- 2012), soit 5 ans après celle concernant le diplôme d'état des infirmiers. Ce changement a pour mission, en partie mais pas seulement, d'uniformiser ces deux diplômes pour à la fin n'avoir qu'un seul et unique accès pour

⁷ Licence- Master- Doctorat.

cette profession. La prévision concernant ce projet final d'harmonisation, se situait deux ans après la mise en œuvre de la réforme au sein des Instituts de Formation. A ce jour, la possibilité d'un retard est à envisager.

b) **Domaines et compétences :**

Le M.E.R.M exerce ses fonctions dans trois grands domaines (Imagerie Médicale, Radiothérapie et Electrophysiologie) que l'on peut distinguer ainsi :

• **Imagerie Médicale :**

Ce secteur d'activité est l'un des plus imposants des trois domaines mentionnés. En effet, selon le professeur Berland (2003), 80 % des travailleurs manipulateurs sont actifs dans ce milieu professionnel. C'est aussi, et cela peut aisément expliquer ce pourcentage, du fait du nombre important de compétences envisagées :

- **Radiologie conventionnelle** (radiographies standards, radiopédiatrie, mammographie, Transit Oeso-Gastro-Duodéal (TOGD), arthrographies...): images statiques (film radiographique) et dynamiques (scopie, en direct) à l'aide de générateurs à rayons X sous forme de table télécommandée, d'appareil de radiologie mobile ou encore d'amplificateur de brillance.
- **Tomodensitométrie ou Scanner** : images en coupe 2D très fine grâce aux rayons X, avec ou non injection de produit de contraste iodé, à des fins purement diagnostiques.
- **I.R.M ou Résonance Magnétique** (apparue dans les années 1980) : images en coupe 2D ou 3D grâce à un champ magnétique très important pouvant aller à 11 Tesla (pour information : 1,6 Tesla équivaut à 30 000 fois le champ magnétique terrestre), avec ou non injection de Gadolinium, à des fins purement diagnostiques.
- **Radiologie interventionnelle** (coronarographie, chirurgie vasculaire, chirurgie orthopédique, etc. ...) : sous contrôle radiologique, examens de type invasif permettant de visualiser une lésion intra corporelle afin de réaliser un acte diagnostique (prélèvement de tissus pathologiques) ou thérapeutique (dilatation et pose de stent, petit ressort, dans une artère « malade »).

- **Médecine Nucléaire** : se réalise en deux temps. Tout d'abord, le M.E.R.M injecte un produit radioactif dit médicament radio- pharmaceutique (MPR), spécifique à certains types d'organes. Puis, dans un second temps à l'aide de gamma caméra (récepteur de signal), la détection de la zone où se fixe la radioactivité est obtenue dans le but d'analyser le fonctionnement d'un organe, à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. Ce secteur concerne 5% des M.E.R.M actifs.

- Radiothérapie :

Le MERM applique des procédures de traitement mises en œuvre par une équipe pluridisciplinaire composée de radiothérapeutes, de radiophysiciens et de dosimétristes. Pour réaliser ces actions, il utilise des rayonnements ionisants de forte énergie, ciblés sur une zone précise tumorale, en limitant au maximum à l'aide de divers dispositifs les tissus sains. Ce professionnel de santé reçoit les patients et effectue l'examen thérapeutique quotidiennement. Il requiert une grande disponibilité et un savoir- être (être à l'écoute du patient). Berland (2003) estime que 14% des M.E.R.M exercent en radiothérapie.

- Electrophysioradiologie :

Ce secteur est peu représenté. Berland (2003) écrit que 1% des M.E.R.M seulement travaillent en électrophysiologie.

Le M.E.R.M est en charge de mesurer par le biais d'électrodes des enregistrements de signaux électrophysiologiques (E.E.G⁸, E.M.G⁹...), afin de récolter des éléments permettant aux médecins de diagnostiquer ou d'infirmier la présence de pathologies.

Le domaine de compétence du M.E.R.M est défini par le décret n° 1997- 1057 du 19 Novembre 1997, modifié par le décret n° 2000- 509 du 16 Juin 2000, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession.

L'article R. 4351- 2 du décret 2004- 802 2004- 07- 29 du Code de la santé, apporte, de surcroît, une précision concernant les actes réalisés par le M.E.R.M, en fonction du domaine d'activité rencontré : « *Sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, le manipulateur d'électroradiologie médicale est habilité à accomplir les actes suivants :*

⁸ Electroencéphalogramme.

⁹ Électromyogramme.

- **Dans le domaine de l'imagerie médicale:**

- a) Préparation du matériel de ponction, de cathétérisme, d'injection, d'exploration et du matériel médico-chirurgical ;*
- b) Mise sous une forme appropriée à leur administration des substances, y compris des composés radioactifs, nécessaires à l'obtention d'une image ;*
- c) Administration orale, rectale, en injections intramusculaires, sous-cutanées et dans les veines superficielles ou dans les montages d'accès vasculaires implantables des substances, y compris des composés radioactifs, nécessaires à l'obtention d'une image (par exemple injection intraveineuse d'un produit de contraste iodé) ;*
- d) Mesure et vérification de l'activité des composés radioactifs ;*
- e) Réalisation de prélèvements de sang veineux et capillaire en vue du dosage par radio-analyse ou par d'autres techniques ;*
- f) Réglage et déclenchement des appareils ;*
- g) Recueil de l'image ou du signal, **sauf en échographie** ;*
- h) Traitement de l'image ou du signal ;*
- i) Aide à l'exécution par le médecin des actes d'échographie ;*
- j) Préparation, déclenchement et surveillance des systèmes d'injection automatique ;*
- k) Calcul des doses de produits radioactifs à visée diagnostique ou thérapeutique ;*
- l) Aide opératoire.*

A noter, l'exclusion du M.E.R.M de l'acquisition d'image d'échographie à partir du décret de 1997.

- **Dans le domaine de la radiothérapie :**

- a) La confection des moyens de contention et des caches ;*
- b) L'acquisition des données anatomiques des zones à traiter ;*
- c) Le réglage du simulateur et de l'appareil de traitement ;*
- d) La mise en place des modificateurs des faisceaux ;*
- e) L'application des procédures de contrôle des champs d'irradiation et de la dosimétrie ;*
- f) L'affichage du temps de traitement ;*
- g) Le déclenchement de l'irradiation ;*

- h) *La préparation et contrôle du matériel vecteur et radioactif en curiethérapie ;*
- i) *La mise à jour de la fiche d'irradiation et de traitement ;*
- j) *La participation aux procédures relatives à la dosimétrie et à la préparation des traitements ;*
- k) *L'acquisition des paramètres d'irradiation, repérage cutané, réalisation des clichés de centrage ;*
- l) *L'assistance du médecin dans la pose du matériel vecteur et radioactif en curiethérapie.*

- **Dans le domaine de l'électroradiologie :**

- a) *Enregistrement des signaux électrophysiologiques (comme l'E.C.G) ;*
- b) *En électrothérapie et selon les indications de la fiche de traitement, réglage et déclenchement des appareils, surveillance de l'application du traitement ;*
- c) *Dans le domaine des explorations fonctionnelles, enregistrement des signaux et des images au cours des épreuves d'effort ou lors de l'emploi de modificateurs de comportement ».*

L'article R. 4351-3 du Code de la santé nous apporte des précisions plus générales sur les compétences du M.E.R.M:

- « 1° *Participe à l'accueil du patient et l'informe du déroulement de l'examen ou du traitement ;*
- 2° *Participe à l'identification des besoins somatiques du patient en rapport avec les techniques utilisées ;*
- 3° *Met en place le patient, conformément aux exigences de la technique utilisée, en tenant compte de son état clinique ;*
- 4° *Participe à la surveillance clinique du patient au cours des investigations et traitements et à la continuité des soins ;*
- 5° *Participe à l'exécution des soins nécessités par l'acte réalisé ;*
- 6° *Accomplit, en cas d'urgence, les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention du médecin ;*
- 7° *Participe à la transmission écrite de toutes les informations relatives au déroulement des examens et traitements ;*

8° *Participe à l'application des règles relatives à la gestion des stocks et des déchets, y compris radioactifs ;*

9° *S'assure du bon fonctionnement du matériel qui lui est confié et en assure l'entretien courant;*

10° *Participe à l'application des règles d'hygiène et de radioprotection, tant en ce qui concerne le patient que son environnement ;*

11° *Participe à l'élaboration des programmes d'assurance de la qualité et à l'application des protocoles ».*

Pour terminer l'énumération d'articles du Code de la santé, nous finirons avec l'article R.4351-5 qui évoque l'adaptabilité du M.E.R.M sur « *sa pratique professionnelle à l'évolution des sciences et des techniques* », mais aussi que « *dans l'exercice de son activité* », il doit tenir « *compte des caractéristiques psychologiques et sociales de la personnalité de chaque patient à tous les âges de la vie* ».

2. Situation internationale :

Dans certains pays, la pratique de l'échographie est effectuée par un M.E.R.M ou technologue en radiodiagnostic (Québec) ou technicien en radiologie médicale (Suisse). En Europe, la pratique de l'échographie par les paramédicaux en radiologie¹⁰ est autorisée aux Royaume- Uni, aux Pays- Bas, en Norvège, en Finlande, en Grèce, en République Tchèque, en Hongrie, au Portugal et en Autriche. Il en est de même en Amérique du Nord avec les Etats- Unis, le Canada (depuis la Loi 90¹¹ de 2003, l'échographie est reconnue comme appartenant au champ des pratiques réservées aux technologues en radiologie), le Québec et pour finir, l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

Néanmoins, dans les pays cités, le M.E.R.M n'est en aucun cas autorisé à exercer l'échographie en libéral, sans l'aval d'un médecin- radiologue.

Le M.E.R.M réalise des examens échographiques standardisés, sous la responsabilité d'un médecin- radiologue, seul juge pour décider de la nécessité d'examens complémentaires. Le M.E.R.M n'intervient pas dans la rédaction des comptes- rendus (excepté en Angleterre) et n'est pas habilité à confronter les résultats d'échographies avec d'autres examens d'imagerie (scanner, I.R.M).

¹⁰ Terme générique recouvrant plusieurs appellations : manipulateur, technicien, technologue.

¹¹ Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé.

Le rôle du paramédical en radiologie consiste à accueillir le patient, à s'assurer au préalable du bon fonctionnement de son appareil échographique, à participer à la réalisation de l'examen exploratoire à partir des protocoles précis signés par le médecin responsable, puis à enregistrer l'ensemble de ses images. A la fin de son activité, il doit remettre au radiologue un récapitulatif, avec des images et si besoin, des informations supplémentaires, permettant au médecin d'interpréter l'examen. En cas de doute, le médecin peut compléter en réalisant lui – même l'échographie.

Cette pratique courante dans ces pays est complétée par une formation supplémentaire spécifique à l'échographie. En Europe et au Canada, elle est à la suite de la formation initiale et dure un an. Aux Etats- unis, les M.E.R.M, après leur formation de « *radiographers* » de deux ans, poursuivent leurs études, s'ils le souhaitent, de deux à trois ans en échographie et sont appelés des « *sonographers* ».

B. Les évolutions actuelles du métier de M.E.R.M:

1. L'apport de la technologie :

Le métier de M.E.R.M est indéniablement en corrélation étroite avec l'évolution technologique des équipements d'imagerie médicale.

Un des changements majeurs sera sans aucun doute celui concernant le support d'images.

L'apparition récente du capteur plan a profondément changé les pratiques professionnelles. Bien avant l'ère révolutionnaire du numérique, le M.E.R.M à ses débuts, tel un photographe spécialiste du squelette humain, utilisait la radiologie analogique. Pour le développement des films radiologiques argentiques insérés à l'intérieur d'une cassette, le M.E.R.M passait ce film radiographié dans différents bains de trempages (révélateurs, fixateurs, lavages, séchages) toxiques, contenant des sels d'argent.

Ensuite, vers les années 2000, ces bains hautement polluants pour l'environnement et des films bien trop sensibles à la lumière du jour ont été remplacés par des plaques de type E.R.L.M¹², c'est-à-dire un écran au phosphore. Ces images dites latentes sont « lues » par un balayage laser

¹² Ecrans Radio Luminescents à Mémoire.

et numérisées avec le recours d'un scanner dédié. C'était une grande avancée car deux modes d'obtention d'images étaient alors possibles : images statiques (radiographies) et images dynamiques sous scopie (mode de repérage à basse dose avant de prendre le cliché).

Mais depuis peu, le M.E.R.M pratique de la radiologie numérique directe et possède comme nouveau support d'images, des capteurs plans, dernière génération, sous forme de plaques ou insérés directement dans la table télécommandée. Cela permet un gain de temps considérable, avec une image instantanée sur l'écran (apparition en 3 secondes, pour tous types de formats) et une sortie du film quasi immédiate. Mais, c'est au niveau radioprotection des patients que cela a été le plus significatif, diminuant de moitié la dose. Tout comme un professionnel de la photographie à l'heure actuelle, il ajuste son image selon des critères photographiques et médico-légaux comme le contraste, la luminosité, le recadrage de l'image, le marquage du côté radiographié, pour produire une radiographie de qualité, en vue de faciliter le diagnostic du médecin.

Dans ce contexte évolutif, le M.E.R.M doit changer parfois radicalement de façon de travailler. Imaginons le ressenti de ces M.E.R.M au seuil de leurs 30 années de travail qui ont connu ces trois modifications (citées en exemple). Ils doivent effectuer différemment leurs tâches sur le terrain et appréhender un nouveau dispositif semi-automatique (protocole enregistré) car à l'époque de leurs apprentissages initiaux, cela n'existait tout simplement pas. Malgré un travail allégé (plus de manipulation de cassettes), celui-ci se transforme, devient alors nettement plus protocolisé et plus informatisé.

Son travail est axé sur la maîtrise des outils informatiques en raison du développement de réseaux d'images (P.A.C.S¹³), de la télémédecine (radiologues à distance) ou encore de la prescription informatisée. Il développe ainsi des aptitudes d'adaptabilité, améliore ses pratiques et élargit ses compétences malgré le décalage récurrent entre la pratique (la réalité) et sa formation initiale.

La dépendance des M.E.R.M aux équipements biomédicaux, nous venons d'en voir un parfait exemple, n'est pas seul responsable. La notion d'hygiène et l'évolution même de technologies médicales impliquant davantage la radiologie (radiologie interventionnelle) participent à ce phénomène.

¹³ Picture Archiving and Communication System.

Certains examens simples sont petit à petit laissés à la seule réalisation du M.E.R.M soit par faute de temps de la part du médecin, trop débordé, soit par expérience assidue du paramédical. L'existence de transfert de tâches est bien réelle et nous pouvons constater le détachement du médecin dans son rôle d'exécution au profit de temps consacré aux comptes rendus (les médecins laissent le soin aux M.E.R.M de calculer des angles ou la bascule de bassin qui sont pourtant des actes médicaux).

La télémédecine ou téléradiologie, de plus en plus utilisée, a facilité l'assurance pour réaliser des examens de scanner en particulier, la nuit et les weekends (obligation de respecter la continuité des soins). Après validation de l'examen par le radiologue à distance, le M.E.R.M doit suivre un protocole adapté aux exigences de la demande. Il est placé sous la responsabilité d'un médecin non spécialiste en imagerie médicale, le plus souvent de médecin urgentiste (voire interne), en cas d'urgence.

Ainsi, de nombreux facteurs ont été responsables, à l'insertion du M.E.R.M (mais aussi à d'autres paramédicaux comme les infirmières) dans l'émergence de, ce que nous nommons comme évolutions : les pratiques avancées. Nous pouvons dresser une liste non exhaustive des enjeux « coupables » du changement observé. Du fait, de l'augmentation démographique de la population et de son vieillissement, de la chute de la couverture médicale des médecins, des radiologues en particulier, sur le territoire français, de l'évolution qualitative de la demande de soins, de la lenteur d'obtenir un examen (I.R.M), ces différents facteurs ont contribué, en partie, à un développement conséquent de la fonction de M.E.R.M et de sa responsabilité qui ont de grandes chances de s'accroître dans l'avenir.

2. Une progression professionnelle nommée pratique avancée :

a) La dosimétrie, une pratique avancée éphémère :

La dosimétrie est historiquement réalisée par les physiciens médicaux mais l'évolution des techniques et des pratiques (logiciels simplifiés) ont permis de confier aux M.E.R.M la planification de distribution de doses.

Berland (2003) avait fait le constat qu'une grande majorité de centres de radiothérapie laissait cette activité aux M.E.R.M. (appelés « *dosimétristes* » aux États-Unis), sous la responsabilité des radiothérapeutes et des radiophysiciens. Il n'existe pas de statut officiel du technicien de dosimétrie ou dosimétriste dans la fonction publique hospitalière, ni même dans les centres

privés. Il est l'intermédiaire entre le M.E.R.M et le radiophysicien. Sa fonction consiste à mettre en place « la balistique du traitement », à définir les champs d'irradiation et à effectuer un calcul prévisionnel de la dose délivrée. En France, cet acte a fait l'objet d'une régularisation avec l'obligation d'une formation spécifique de dosimétriste d'une durée d'un an. Ainsi, la création d'un nouveau métier nommé technicien de planification de traitement a été établie. Cette évolution professionnelle s'est orientée vers l'émergence d'un nouveau métier, plutôt que d'intégrer professionnellement cette pratique en tant que pratique avancée. Cette activité non légitimée pendant des années était néanmoins une « pratique avancée ignorée ». La pratique avancée semble se situer entre l'acquisition de nouvelles compétences professionnelles et leurs limites.

b) L'émergence d'une évolution professionnelle :

Le principe de pratiques avancées nous vient des Etats-Unis au milieu du 20^{ème} siècle, de l'infirmière théoricienne Peplau (1952). En effet, les pratiques avancées sont tout d'abord issues du monde infirmier et se sont exportées dans différents pays.

Le Conseil International des infirmières CII (2008) nous donne comme définition : « *Une infirmière praticienne en pratique infirmière avancée est une infirmière diplômée d'Etat ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise est recommandée* ».

Berland (2011) évoque le double aspect des pratiques avancées. Comme son nom l'indique, elles reposent sur le domaine des pratiques cliniques mais aussi, souligne une action inhabituelle. En effet, une distinction s'impose avec pratiques qualifiées de « généralistes » (Ljiljana et al., 2009, p. 119). Ljiljana (2009) relate « *le profil théorique d'un professionnel paramédical, ayant des activités de pratiques avancées :*

- *avoir une formation généraliste et être titulaire du diplôme d'exercice professionnel,*
- *exercer des activités dans le champ de la clinique,*
- *avoir un niveau de compétence élevé,*

- *avoir une formation supérieure à la formation généraliste et être titulaire d'un diplôme de niveau maîtrise ou master,*
- *avoir une expérience professionnelle minimum de 5 ans. » (p. 120).*

Les divers rapports Berland (2002, 2003, 2008, 2011) ont été élaborés dans un contexte particulier. En effet, ils répondent à une pression ressentie (diminution démographique de radiologues, disparité dans la répartition médicale, exemples internationaux de transferts de tâches, législation en inadéquation avec la pratique et demande d'examen en augmentation).

En 2002, la mission Berland intitulée « *Démographie des professionnels de santé* » fait le constat d'une forte diminution (d'environ 35 % en 2020) de radiologues au cours des 20 prochaines années. De ce fait, Berland appelle à engager la mise en œuvre d'une collaboration entre médecins- radiologues et M.E.R.M.

A la suite de cette mission, en 2003, le Pr Berland a été chargé par le ministre de la Santé d'analyser les coopérations entre professions de santé éventuels. Son rapport « *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences* » a permis d'étudier les situations internationales et de préciser les modalités dans le cadre d'expérimentations. De ce fait, il recommande une formation complémentaire en échographie pour les M.E.R.M et propose de modifier l'article 2 (alinéa g) du décret n° 97-1057 du 19 Novembre 1997.

Cette prise de conscience fut concrétisée par l'autorisation du ministre de la Santé à lancer des expérimentations (5 en 2004, 10 en 2006 et 3 renouvelées de 2004) portant sur différents projets. La loi d'orientation en santé publique du 9 Août 2004 (arrêtés d'application de décembre 2004 et du 30 mars 2006), autorise la pratique de l'échographie temporairement (6 mois) par dérogation au titre expérimental.

En juin 2006, le rapport d'évaluation présenté par Berland et Bourgeuil dans « *Cinq expérimentations de délégations de tâches entre professions de santé* » et publié par l'O.N.D.P.S¹⁴ (organisme chargé du suivi des 5 premières expérimentations dont la coopération entre M.E.R.M et médecins-radiothérapeutes), conclut que « *tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients, au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins* ». Ce premier constat positif permit la poursuite de 13 autres actions de coopérations dont le domaine concernant la pratique de l'échographie par un M.E.R.M.

¹⁴ Observation Nationale de la Démographies des Professions de Santé (créé en 2003).

c) **Les expérimentations de coopération en échographie :**

Trois sites ont fait l'objet d'expérimentations sur la coopération entre médecins-radiologues et M.E.R.M. Dans l'ordre de participation, nous pouvons citer le C.H.U de Rouen, le C.H.R¹⁵ de Metz et la Clinique Pasteur à Toulouse. Ces divers sites ont été sélectionnés du fait que les M.E.R.M de ces services réalisaient des examens d'échographie avant le décret de 1997. L'étude de 6 mois s'est intéressée aux **5 actes fréquents en échographie** : l'échographie de l'abdomen, l'échographie de la thyroïde, l'échographie doppler veineuse des membres inférieurs, l'échographie doppler artérielle des troncs supra aortiques et l'échographie doppler artérielle des membres inférieurs.

Ces procédures ont été menées en deux temps. En premier lieu, l'évaluation a consisté à vérifier la faisabilité, la qualité et la sécurité de la réalisation des actes par le M.E.R.M. Des résultats d'examens d'échographies entrepris d'une part par un médecin et de l'autre par un M.E.R.M ont pu être comparés afin de voir la concordance. Dans un deuxième temps, les examens étaient simplement supervisés par le médecin. L'étude a porté son attention toujours sur la qualité et la sécurité du patient, mais également sur les aspects économiques et organisationnels.

Les résultats ont été probants. En effet, le pourcentage de concordance selon les différents examens est élevé (supérieur à 90%). Il est cependant relevé un temps d'examen plus long pour le M.E.R.M, contrairement aux radiologues (peut-être dû à la pratique quotidienne du médecin), cependant cela entraîne un gain de temps pour le radiologue. Les résultats énoncés en juin 2008 dans le « *Rapport de synthèse des évaluations quantitatives et recueil de l'avis du malade* » ont émis un avis favorable de la H.A.S pour la coopération entre radiologues et M.E.R.M.

Les protocoles de coopération entre professionnels de santé ont pu être mis en place suite à l'article 51 de la loi Bachelot H.P.S.T du 21 juillet 2009 (n° 2009-879), des arrêtés du 31 décembre 2009 et du 21 juillet 2010. Divers expérimentations qui ont contribué à l'élaboration de l'article 51 qui définit la coopération entre professionnels de santé comme suit : « *par dérogation aux conditions légales d'exercice, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient* ».

Le C.H.U de Rouen a donc signé le premier protocole de coopération en septembre 2011.

¹⁵ Centre Hospitalier Régional.

Pour conclure cette partie contextuelle, la question que suscite la revue de la situation professionnelle s'oriente vers la mise en place d'un tel dispositif permettant aux M.E.R.M de pratiquer l'échographie.

Comment les M.E.R.M vivent et envisagent l'évolution de leur métier notamment avec la pratique de l'échographie ?

II. L'approche théorique :

A. Les représentations sociales et les représentations professionnelles :

1. Vers un regard psychologique :

L'origine de la notion de représentations revient à Durkheim qu'il nomme « *collectives* » (1898) lors de ses études sur la religion et les mythes. Cet éminent sociologue français pense que « *les premiers systèmes de représentations que l'homme s'est fait du monde et de lui-même sont d'origine religieuse* » (1991).

Les représentations collectives traduisent la manière dont le groupe se comporte face à un objet en particulier, avec comme manifestation première, la communication par le langage.

Durkheim tient à différencier les représentations collectives des représentations individuelles, bien plus fortes et plus stables selon lui. Ainsi, « *si les représentations collectives sont extérieures aux consciences individuelles, c'est qu'elles ne dérivent pas des individus pris isolément, mais de leur concours* » (Durkheim, 1898, p. 17). En effet, l'enjeu pour lui réside dans la relation avec la société et son emprise sur l'individu.

Cette étude sociologique entreprise par Durkheim a su inspirer de nombreuses recherches notamment dans le champ de l'anthropologie avec Levy- Bruhl (1927) qui remet en question les représentations collectives. Selon l'anthropologue, les sociétés diffèrent entre elles. En effet, leur mode de pensée et de représentations ne peut être comparé. L'auteur précise l'impossibilité de fournir une explication sur une possible comparaison entre société dite « primitive » et une société dite « civilisée ». Il faut comparer ce qui est comparable, posséder des points communs à la base. Cette prise de conscience sur les limites des représentations collectives amène réflexion. La pensée collective n'est commune que si certains critères de similitude sont respectés. Elle est finalement normée et singulière.

D'un point de vue philosophique ou bien ethnographique, l'homme est considéré comme un être vivant s'organisant en groupe. Depuis la nuit des temps, l'homme préhistorique devait s'allier à ses semblables pour survivre aux conditions climatiques et aux dangers : il dut apprendre à vivre en groupe. Même si quelques cas d'exception sont relatés comme Victor « l'enfant sauvage ». De nos jours, tous les hommes appartiennent à un groupe, une société peu importe leur condition humaine. La carte d'identité ou bien le passeport international sont des exemples d'appartenance à une civilisation. Pour cela, il est important de prendre en compte la pensée de groupe, passerelle entre l'individu et la société.

Les travaux de Freud (1896), père de la psychanalyse, ont également participé à un certain seuil à l'élargissement de cette notion, avec la mise en évidence de l'impact d'une représentation d'origine culturelle, véhiculée par les légendes ou mythes, notamment chez les enfants. Ces représentations n'ont pour but que d'apporter une réponse, explicative, sur les éléments qui suscitent des questionnements.

L'apport de la psychologie cognitive a également permis d'offrir une autre dimension aux représentations sociales (pendant des images mentales individuelles), notamment avec l'épistémologue Piaget (1945) et sa théorie du développement de la connaissance chez l'enfant. Il nous parle d'une évolution des représentations du jeune enfant en fonction des rapports entretenus avec son environnement direct, c'est-à-dire les relations avec les adultes et avec la société. L'enfant a des représentations nouvelles sur son monde social à tous âges. Les représentations ont un caractère dynamique et évolutif en fonction du développement intellectuel de l'enfant.

Les regards sociologiques et psychologiques se sont avérés trop restrictifs pour analyser des phénomènes à la fois psychologiques et sociaux. En effet, les démarches d'analyse que l'on peut qualifier de binaires, entreprises aussi bien en sociologie qu'en psychologie ne peuvent éviter un certain réductionnisme.

Ainsi, le regard psychosocial va apporter un éclairage supplémentaire en permettant « *une lecture ternaire des faits et des relations* », terminologie proposée par Moscovici (1984).

Pour cet auteur, une relation à trois finalités s'opère : sujet individuel « *ego* », sujet social « *alter* » et objet, la médiation entre ces trois éléments est constante. Ainsi, Moscovici (1961) donne comme exemple son objet d'étude, la psychanalyse, et tente de saisir de quelle manière

son image se construit chez un individu « *ego* », qui appartient à un groupe social donné « *alter* ».

La psychologie sociale naissant des relations humaines donne une nouvelle vision, et s'affirme comme étant un champ scientifique à part entière, un regard spécifique.

Moscovici va développer les fondements théoriques du concept de représentations sociales. Les représentations sociales constituent une connaissance dite **naïve** (opposée à la connaissance scientifique construite) socialement élaborée et socialement partagée, qui a pour fonction première d'apporter une explication du réel. C'est une façon d'interpréter notre quotidien, un besoin irréprensible de comprendre l'environnement dans lequel nous évoluons.

De ce fait, pour reconstruire le réel, les représentations sociales demandent l'utilisation de deux processus générateurs fondamentaux en interaction mis en évidence par Moscovici (*Ibid.*) : l'**objectivation** et l'**ancrage**.

Tout d'abord, l'objectivation est un processus de transformation permettant aux individus de « *rendre concret ce qui abstrait* » (Palmonari et Doise, 1986, p. 30).

Jodelet (2003) nous délivre une explication au sujet de ce processus en s'appuyant sur l'exemple qu'elle reprend de Roqueplo (1974) : quand nous nous pesons sur une balance, nous parlons de poids obtenu, alors qu'en définitive il s'agit plutôt de masse, notion complexe et difficile à percevoir. La masse étant un élément abstrait pour l'homme, celui-ci préfère l'utilisation du terme de poids plus concret à ses yeux.

D'après Abric (1994), l'objectivation peut se décomposer en 3 phases distinctes :

- Une sélection et une décontextualisation des éléments, sorte de tri d'information, selon certains paramètres permettant ainsi à l'individu de se les approprier. Le fait de mettre hors contexte un objet d'étude rend possible la généralisation.
- Une schématisation structurée telle une organisation imagée avec un noyau figuratif. Les informations retenues se matérialisent par un noyau simple en accord avec les normes environnementales, c'est-à-dire en cohérence avec la culture et l'éducation de la personne.

- Une naturalisation, c'est-à-dire à rendre naturel, palpable, concret avec des propriétés propres. Le noyau figuratif devient la réalité admise par tous les membres du groupe. Les représentations sociales s'organisent alors autour de lui.

Ensuite vient l'ancrage, processus « *d'enracinement social de la représentation et de son objet* » (Jodelet, 1997, p. 375), consistant à relier l'objet en question à d'autres représentations pré-existantes socialement ou comme le nomme Jodelet (1989) « *dans le déjà-là connu* » (p. 73). Il permet également de mettre en exergue la partie utilitaire, fonctionnelle de la représentation en formation afin d'en assurer la cohérence.

Enfin, de nombreux travaux donnent lieu à diverses fonctions des représentations sociales. Abric (1994) distingue quatre fonctions fondamentales :

- fonction de savoir (cognitive) : permettant une meilleure compréhension de la réalité,
- fonction identitaire : permettant la construction d'une identité sociale,
- fonction d'orientation des comportements et des pratiques : guidant l'action,
- fonction justificatrice : permettant de se justifier (opinions, comportements).

Moscovici (1987), père du concept des représentations sociales, a défini les représentations sociales comme « *un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument d'orientation de la perception des situations et d'élaboration des réponses* » (p. 125), de nombreux chercheurs se sont inscrits dans la lignée de ses travaux, notamment Doise et Jodelet qui précisent ce qu'ils entendent par représentations sociales.

- Pour Doise (1986), « *les représentations sociales sont des principes générateurs de prises de position liées à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux et organisent les processus symboliques intervenant dans ces rapports* » (p. 246).

- Jodelet (1989) a défini les représentations sociales « *comme un objet mental, sous forme de savoir pratique, consistant en une intégration spécifique des informations possédées sur un fait. C'est une base de connaissances socialement élaborées et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (p. 36).

Les représentations sociales ont de ce fait leurs propres organisations, leurs propres structures élaborées. Pour expliquer cette composition, **deux approches théoriques**, à partir des travaux de Moscovici, se sont consacrées à l'étude de cet objet de recherche que l'on pourrait reformuler de manière plus explicite : de quelle manière les représentations sociales se forment- elles ?

- L'école d'Aix avec Abric (1976) : a repris la formulation théorique du noyau figuratif de Moscovici pour élaborer sa théorie du **noyau central** et de **son système périphérique**.

La théorie du noyau central, modélisée par Abric en 1976, consiste à énoncer, à la manière du modèle de l'atome, qu'une représentation sociale est constituée d'un noyau central stable, et d'éléments périphériques gravitant autour, et de ce fait, est hiérarchisée : « *les éléments de la représentation sont hiérarchisés mais par ailleurs toute représentation est organisée autour d'un noyau central, constitué d'un ou de quelques éléments qui donnent à la représentation sa signification* » (1994, p. 19).

Le noyau central possède trois fonctions importantes :

- Une fonction génératrice : elle permet la création de signification des éléments de la représentation ;
- Une fonction organisatrice : elle nomme la nature des liens des éléments de la représentation ;
- Une fonction continuatrice : le noyau est l'élément le plus stable et le plus unificateur de la représentation, il en assure ainsi la pérennité dans un milieu changeant.

Le système périphérique, indispensable au noyau central, possède l'essentiel du contenu de la représentation, moins stable car plus facilement soumis aux changements.

Néanmoins, il assure quatre fonctions prépondérantes :

- Une fonction de concrétisation : étant entre la réalité et le noyau central, celui-ci est plus sensible aux changements et les situations nouvelles sont intégrées par ces schèmes périphériques ;
- Une fonction régulatrice et adaptatrice : permet une meilleure adaptation aux changements, jouant ainsi un rôle de « *pare- choc* » pour le noyau central, métaphore de Flament (1987) en gardant intact le centre de la représentation sans le modifier ;
- Une fonction prescriptive : indique la différence entre une situation normale ou non, augmentant ainsi le temps de réponse sans remettre en cause le contenu du noyau central ;
- Une fonction personnalisante : les individus se distinguent entre eux par leur nature singulière sans pour autant transformer le noyau central (par exemple, une vision différente entre homme et femme).

Enfin, pour résumer ce concept, la représentation sociale se constitue d'un ensemble central, solide base commune et collective puis d'un système périphérique qui permet des modifications, aussi bien positivement que négativement, selon le contexte et la personnalité de l'individu.

- L'école de Genève conduite par Doise (1986), psychologue de la cognition : a travaillé sur le processus d'ancrage proposé par Moscovici et propose de l'analyser à partir des **principes générateurs de prises de position**.

Pour cet auteur, « *Les représentations sociales sont des principes générateurs de prises de position liées à des insertions spécifiques dans une ensemble de rapports sociaux et organisant les processus symbolique intervenant dans ces rapports* » (1986, p. 85).

En effet, les représentations sociales sont avant tout calquées sur l'interrelation des sujets et leurs prises de position de nature différente, sans y voir là un quelconque consensus entre les membres d'un groupe. « *Plus que des opinions consensuelles, les représentations sociales sont donc des prises de position de nature différente, même si des repères communs peuvent être utilisés* » (Doise, 1990, p. 118).

C'est avant tout le contexte social qui va déterminer les représentations sociales, en fonction notamment de la proximité sociale du sujet vis-à-vis de l'objet.

Même si pour Doise « *aucun modèle, en psychologie sociale, ne peut décrire d'une manière exhaustive l'ensemble des conditions sociales qui sont nécessaires pour activer les dynamiques qui sont décrites par le modèle* » (1986, p. 91), il définit quatre niveaux d'analyse distincts pour expliquer les conduites humaines ou toutes situations :

- Le niveau intra individuel (l'individu) : ce niveau explique l'attitude d'un individu, son comportement ;
- Le niveau inter individuel ou situationnel : il s'agit d'analyser les relations entre les individus ;
- Le niveau positionnel : ce niveau explique les comportements, les jugements et les attitudes en fonction de la position sociale ou du rôle de l'individu ;
- Le niveau idéologique ou sociétal : on tient compte des systèmes de croyance et de représentation, d'évaluation et de norme au sein des groupes sociaux.

Pour finir, Doise, s'appuyant sur certains éléments énoncés par Moscovici, attire notre attention sur le fait que la représentation nous donne un indice sur la position prise par un interlocuteur dans un groupe social d'échanges. En effet, le point de vue que nous énonçons, traduit la place que nous occupons en société.

2. Vers un regard spécifique :

Du fait que nous nous intéressons aux représentations des futurs M.E.R.M diplômés du D.I.U d'échographie d'acquisition et des « *M.E.R.M échographistes* » en activité, l'ensemble de ces représentations s'apparente aux représentations professionnelles.

Les représentations professionnelles peuvent être situées comme étant des représentations en rapport avec le monde du travail et les fonctions accomplies.

En ce sens, Lorenzi- Cioldi précise, en 1991, que le milieu professionnel, source d'interactions, permet ainsi, l'élaboration de représentations professionnelles.

La distinction est à faire entre les représentations sociales et les représentations professionnelles. Tentons de situer dans le champ de notre activité professionnelle de M.E.R.M cette différence de vision.

La plupart des M.E.R.M non diplômés du D.I.U d'échographie (inclus les futurs *M.E.R.M échographistes* n'ayant pas encore commencé leur formation), ont certes des notions en matière d'ultra- sons mais ne possèdent qu'une représentation sociale d'un objet, c'est- à dire du « métier de radiologue » construite par eux, en s'appuyant sur des éléments connus (cours d'initiation à l'échographie en formation initiale, expérience propre en temps que patient...). Nous pouvons ajouter, toutefois, du fait sans doute de leur proximité avec le médecin- radiologue, leurs représentations sont souvent plus précises que celles d'un patient n'ayant jamais eu recours à ce type d'examen. Cependant, il est important de souligner, le caractère commun de l'ensemble des M.E.R.M non compétents en échographie, en France, sur la vision du métier de radiologue- échographiste.

Les M.E.R.M titulaires d'un diplôme d'échographie, ont des représentations professionnelles plus avancées sur leur profession et leurs pratiques selon un contexte d'exercice particulier, étant donné le cadre législatif jusque là réservé la pratique de l'échographie aux médecins et pour les sages femmes (D.I.U d'échographie en gynécologie-obstétrique ouvert depuis 2009). Ces représentations qui leur sont propres, peuvent se distinguer de celles des M.E.R.M non diplômés par leur contenu cognitif spécifique, c'est-à-dire par « *un travail d'implication* » (Bataille, 1997, p. 64). Pour Bataille, « *L'implication à l'œuvre dans la formation d'une représentation sociale s'opère dans un processus d'explication des points de vue de chacun. Le dépliage, la mise à plat des implications individuelles, produit l'implication d'une représentation qui fonde l'engagement collectif et qui est fondé par lui* » (2000, p. 174).

Après cet éclairage sur la différenciation entre ces deux types de représentations, intéressons nous à présent à l'émergence du concept de représentations professionnelles.

Pour Piasser (1999), « *Les représentations professionnelles sont des représentations portant sur des objets appartenant à un milieu professionnel spécifique. Elles sont partagées par les*

membres de la profession considérée et constituent un processus composite grâce auquel les individus évoluent en situation professionnelle : opinions, attitudes, prises de position, savoirs etc. » (p. 60). L'apport des travaux de Piaser a mis en évidence ce concept en qualifiant les représentations professionnelles « *de représentations sociales spécifiques* » (1999), autrement dit une catégorie à part entière.

Pour Piaser et Bataille (2011), « *Professional representations are a specific part of social representations regarding two special characteristics : the groups of representation carriers and the objects being studied belong to the same professional sphere* » (p. 44), traduit par Germier (2014) : « *Les représentations professionnelles constituent une catégorie particulière de représentations sociales au regard de deux particularités qui les caractérisent : les groupes qui construisent ces représentations et les objets concernés appartiennent à la même sphère professionnelle* » (p. 3).

Par leur spécificité, les représentations professionnelles sont élaborées, échangées et transformées et en cela, ont de fortes similitudes avec les représentations sociales.

Comme toutes représentations sociales, les représentations professionnelles sont mobilisées dans un contexte le nécessitant par des personnes appartenant à une même profession, en cas de nouvelles compétences dans le métier de M.E.R.M par exemple.

Ainsi, Jodelet (1989) distingue quatre caractéristiques visibles :

- Un caractère descriptif : les représentations professionnelles, favorisant la communication au sein même du groupe professionnel et les prises de position, apportent des renseignements précieux aux professionnels sur les objets (professionnels). Elles sont bien souvent plus résistantes et stables que les autres types de représentations sociales, du fait du sens commun sur les objets par le groupe. Pour Flament (1994), « *L'aspect descriptif d'une cognition est plus habituel : en effet les sujets, surtout dans les études de représentations sociales, utilisent principalement des termes descriptifs* » (p. 38).
- Un caractère prescriptif : Flament cite, « *L'aspect prescripteur d'une cognition est le lien fondamental entre la cognition et les conduites censées lui correspondre* » (*Ibid.*). Ici, il est question de marge d'initiative, de liberté d'action sur la façon de réaliser un travail : plusieurs manières de faire pour un même résultat comme par exemple lors de la

réalisation de radiographie du thorax, reflétant ainsi la personnalité du professionnel. Piaser (1999), rajoute que « *ces espaces de liberté sont étroitement liés aux contextes d'exercice et constituent eux-mêmes un support de représentations professionnelles* » (p. 106).

- Un caractère conditionnel : les prises de position, les points de vue, les avis, les opinions, les connaissances individuelles se construisent en fonction des contextes d'exercice. En effet, Piaser (1999) ajoute : « *L'interlocution est l'une des situations où l'on perçoit le mieux cette possibilité : les membres d'une profession quelle qu'elle soit ne s'expriment pas de la même façon en présence de pairs, dans un échange avec leur supérieur hiérarchique ou lors d'une conversation avec une personne appartenant à une autre profession même si dans les trois cas le sujet de discussion est identique* » (p. 106). Il s'opère donc des changements liés aux contextes d'observation.
- Un caractère évaluatif : l'évaluation des professionnels sur leurs pratiques est chose à prendre également en compte. Les pratiques professionnelles exercées, peuvent être définies par l'acquisition d'une manière de travailler, apparentées à des gestes routiniers et non conscientisés (un mode économique du travail permettant aux travailleurs d'effectuer leurs travaux sans conceptualiser tous leurs gestes), issus bien sûr du savoir-faire (formation initiale), mais surtout de l'expérience. Piaser, en 1999, souligne l'assimilation, aux représentations présentes, des conduites professionnelles, celles-ci jugées pertinentes ou au contraire inadéquates. Une meilleure connaissance du milieu de travail détermine, affine les représentations qui deviennent professionnelles.

Ces représentations professionnelles en tant que représentations sociales ont donc sensiblement des fonctions similaires à ces dernières.

Nous allons maintenant présenter les différentes fonctions de ce type de représentation :

- Une fonction cognitive : les représentations professionnelles permettent aux personnes d'un même groupe professionnel la production d'un savoir professionnel lié à leurs activités, par le fait notamment de son caractère relationnel (échanges verbaux entre travailleurs). Ces pensées collectives ne sont pas figées et de par leur composition humaine (la condition d'existence d'une représentation est qu'elle est produite par un ou un ensemble d'être

humain), subissent des évolutions et doivent s'adapter sans cesse aux pratiques professionnelles, continuellement en mouvance. Cela demande donc de comprendre et de rechercher des solutions. L'ensemble de ces réponses mobilisées face aux changements constitue des « *savoirs expérientiels* » (Piaser, 1999) dits spécifiques, différents du savoir du sens commun.

- Une fonction de protection de l'identité du groupe : tout M.E.R.M, même en exerçant dans différents lieux (privé ou public), dans différents univers (radiothérapie, médecine nucléaire...) partage une identité professionnelle commune. Bien entendu, avec le temps, cette identité peut varier et devenir la mémoire d'un groupe, car les représentations professionnelles « *permettent de faire perdurer des éléments constants, générant ainsi un socle de stabilité sur lequel peut advenir tout changement* » (Piaser, 1999, p. 107).
- Une fonction d'orientation des conduites : elles orientent les pratiques professionnelles c'est-à-dire permettent aux travailleurs d'anticiper leurs actions, soit en agissant vite face à une situation connue, soit en s'adaptant avec un large choix de possibilité, dans un contexte nouveau.
- Une fonction de communication : élément important, la communication (verbale ou gestuelle) permet aux professionnels de se reconnaître entre eux comme les expressions, les termes, les gestes, souvent spécifiques à une profession (tout M.E.R.M sait ce qu'est une « cassette » argentique ou une « mobylette¹⁶ »). Chaque professionnel possède donc une quantité de représentations assurant une compréhension du groupe.
- Une fonction de justification anticipée ou rétrospective des pratiques : dans certains contextes professionnels, les représentations professionnelles sont utilisées afin de justifier une action. Pour éclaircir cette fonction, prenons l'exemple du M.E.R.M qui doit réaliser une radiographie du thorax au lit du patient. Il doit pour réaliser sa tâche mettre une « cassette » ou capteur plan numérique (dernière génération de support d'images) sous le dos du patient, celui-ci n'étant pas toujours participatif (inconscient ou incapacité à s'asseoir). Cette représentation caractérisée lui permet de justifier sa demande auprès du personnel soignant à proximité, pour l'aider à l'y mettre avec plus de facilité et de manière non traumatisante pour la personne alitée.

¹⁶ Désigne un appareil mobile de radiologie (une antonomase : nom déposé par le constructeur Siemens).

La notion de représentation professionnelle, que nous venons d'aborder, nous semble appropriée pour comprendre le milieu professionnel des M.E.R.M en apprentissage dans le secteur de l'échographie. Dans ce contexte, nous pouvons supposer que les représentations professionnelles évoluent, s'affinent en fonction de l'acquisition de nouvelles compétences du M.E.R.M.

B. Le changement :

La notion de changement renvoie à l'idée de transition, de passage d'un état à un autre.

En 1947, Lewin réalise des travaux sur le processus de changement et y identifie trois phases : décristallisation, déplacement et recristallisation. La décristallisation est une étape de remise en question d'un comportement habituel, d'une intention de changer. Le déplacement, deuxième étape du processus, est la durée pendant laquelle la personne expérimente de nouvelles façons d'exercer, et elle adopte des points de vue différents. Le changement a lieu et aboutit à la dernière phase dite de consolidation et d'acculturation afin de rendre permanente la nouveauté. Les nouvelles pratiques sont alors intégrées durablement dans le fonctionnement d'un individu ou d'une organisation.

Nous pouvons retrouver ces trois phases du processus de changement dans le domaine médical. En effet, l'homme a voulu changer sa condition humaine (décristallisation) par le biais de la recherche, la technologie (déplacement) et a créé des innovations comme par exemple, l'utilisation de vaccins, produisant un changement ici thérapeutique. La consolidation en pratique quotidienne se généralise selon trois temps, comme le souligne Alter (2010) au sujet du « *développement de la micro informatique [...] dans un premier temps celui de l'incitation [...] dans un deuxième temps celui de l'appropriation [...] dans un troisième temps celui de l'institutionnalisation* » (p. 16). Même si l'innovation existe, encore faut-il évaluer les « *capacités réticulaires* » (*Ibid.*) des acteurs pour se l'approprier. Alter affirme que l'innovation est un processus obéissant « *à deux lois principales : celle de l'existence de réseaux d'influence, et celle de l'inversion des normes* » (*Ibid.*). Ainsi, l'acceptation de nouvelles normes comme la pratique de l'échographie par un M.E.R.M réside dans le fait de faire accepter ce qui n'était pas envisageable ou envisagé précédemment. L'innovation modifie parfois les rapports au travail, traduisant un véritable combat dans le monde professionnel. Le M.E.R.M doit prouver aux médecins sa capacité à réaliser certaines échographies, en exprimant son envie d'évoluer professionnellement, et en clamant nullement prétendre remplacer un médecin.

Néanmoins, à contrario Gunther (1956), penseur et essayiste allemand, voit le changement, par l'évolution technologique notamment, comme une menace contre l'humanité. Nous pouvons nous demander si la pratique de l'échographie n'est pas un leurre dans le sens où les actes sont standardisés, rigoureux donc répétitifs, sélectionnés, réservant les plus « complexes » et les plus intéressants aux médecins.

Rocher (1968) définit le changement social comme : « *toute transformation observable dans le temps, qui affecte d'une manière qui ne soit pas que provisoire ou éphémère, la structure ou le fonctionnement de l'organisation sociale d'une collectivité donnée et modifie le cours de son histoire* » (p. 22). La mise en place de pratiques avancées, notamment la pratique de l'échographie annonce cette transition comme un changement social mais aussi comme un changement professionnel, au sein du métier de M.E.R.M.

Le changement, qu'il soit d'ordre social ou professionnel, différents travaux ont permis de mettre en évidence une classification selon deux types de changements. Bateson (1972) présente : l'homéostasie et l'évolution. En terme médical, l'homéostasie est un processus physiologique qui a pour fonction de maintenir un équilibre des valeurs par un mécanisme de régulations (température du corps, la pression artérielle). Néanmoins, si ces contrôles ne réussissent pas à retrouver l'indispensable équilibre, le système se dérègle et s'en suit alors une période de crise favorisant l'évolution (en termes de changement). Par opposition, Bateson entend l'évolution comme un changement de système où les règles de fonctionnement ne sont plus les mêmes.

De même, Watzlawick (1975), dont les études sont consacrées à la thérapie familiale et à la psychothérapie, évoque deux types de changements : un changement de type 1, issu du cadre initial et un changement de type 2 qui est extérieur au cadre, aux normes. Selon l'auteur, le système ne peut changer que de l'extérieur.

Selon les deux types, le fait de pratiquer l'échographie par un M.E.R.M peut être ressentie comme une avancée professionnelle, une évolution positive dans la carrière d'un travailleur.

Morin (1994) envisage le changement comme une évolution positive source d'avancement : « *à la source du changement, il y a les conditions d'émergence de la nouveauté. La nouveauté est toujours un événement, c'est-à-dire une perturbation, une irrégularité, une improbabilité par rapport à la norme ou la moyenne statistique* » (p. 198).

Un changement peut aussi bien engendrer des conséquences négatives que positives. Néanmoins, Collerette et al., (1997) mettent en évidence l'existence de trois éléments déclencheurs de changement : « *l'attrait de satisfactions et de gratifications plus élevées ; l'insatisfaction ressentie dans la situation existante par les personnes visées ou l'insatisfaction appréhendée dans un avenir prévisible ; la pression des leaders du milieu* » (p. 27). En d'autres termes, la réussite du changement réside dans l'implication des individus et l'acquisition d'une vision nouvelle sur leur environnement.

En Sciences de l'Education, Cros (1998) évoque les liens d'un groupe face au changement. En effet, le sentiment d'appartenance à une profession, le partage de valeurs similaires engendrent une entraide lors de la conduite de changement.

Pour terminer, nous pouvons évoquer l'apport de Lafortune (2008), s'intéressant au développement de pratiques réflexives pour l'accompagnement au changement. Il s'agit d'établir une communication construite, dont l'objectif est de maintenir la cohérence des pratiques. Les décisions se prennent en commun, valorisant le travail d'équipe et elles aboutissent à une vision partagée du changement. La mise en place de protocoles de coopération entre radiologues et M.E.R.M reflète cette réflexion dans le domaine de l'échographie.

En effet, vouloir le changement ne suffit pas forcément à la mise en route de ce processus. Des conditions, telles que « *l'intentionnalité et la flexibilité* » (Abernot, 2013, p. 70), doivent être présentes pour créer une attitude nouvelle. La volonté du M.E.R.M à se former à l'échographie ou encore l'acceptation du médecin radiologue à déléguer certains examens, garantissent le succès des coopérations professionnelles et offrent la possibilité d'un changement.

De plus, Bastiani (2014), s'appuyant sur les travaux de Lafortune (2008), ajoute que « *le concept de changement orienté [...] demande que soient créées des conditions d'échange facilitant la confrontation de représentations. L'idée est de permettre d'élaborer une représentation partagée du projet de changement* » (p. 131). Nous constatons ainsi que le changement ne peut pas se décréter, des conditions favorables doivent être pensées prenant en compte l'impact que le changement aura sur les relations de travail, sur l'identité des professionnels et sur l'organisation.

Pour synthétiser, nous pouvons supposer que le changement peut être perçu de manière binaire, par exemple comme opportunité/menace ou encore sous la temporalité de la continuité/rupture, où le changement est marqué par des faits antérieurs (Saint-Jean et Seddaoui, 2013).

C. La problématisation :

Nous allons reprendre le cheminement de notre réflexion dans le but de définir une question de recherche.

L'objectif de ce travail est de comprendre comment les M.E.R.M pratiquant l'échographie se représentent professionnellement les changements de pratiques et comment s'est déroulé leur accompagnement dans ce sens.

Lors du constat de départ, nous avons pu voir qu'en France, la prise en charge des soins connaît une évolution dans le domaine de la santé. En effet, des évènements plurifactoriels, évoqués dans la première partie de cet écrit, conduisent à ce changement. Péoc'h et Saint Jean (2012) soulignent l'importance de trois contextes « *situationnel, réglementaire et académique* » (p. 313) donnant lieu à l'existence de cette évolution professionnelle. En effet, « *L'émergence des nouveaux périmètres d'intervention des professions paramédicales* » (*Ibid.*, p. 313), l'article 51 de la loi H.P.S.T¹⁷ du 21 juillet 2009 (n° 2009-879), énonçant les directives de mise en œuvre des protocoles de coopération entre professionnels de santé et les nouvelles dispositions (cursus licence/master/doctorat) dans le domaine de la formation paramédicale, concourent à organiser les pratiques avancées. L'intervention venant de « l'extérieur » est responsable des modifications des règles du système (nouvelles normes, nouvelles représentations, nouvelles communications interpersonnelles), nous pouvons invoquer ici le type 2 de changement proposé par Watzlawick (1975).

Ce processus évolutif, dû en partie aux dispositions de l'article 51 de la loi H.P.S.T, s'est construit au fil des différents rapports et expérimentations (Berland, 2002, 2003, 2008, 2011) et ainsi, des coopérations entre M.E.R.M et radiologues ont pu être mises en place dans le but de pratiquer certains examens d'échographie.

Ainsi, nous avons pu énoncer une question de départ : **Comment les M.E.R.M vivent et envisagent l'évolution de leur métier notamment avec la pratique de l'échographie ?**

Dans ce contexte socio-économique, la profession de M.E.R.M connaît des changements et à ce titre, nous pouvons nous interroger sur les moyens d'adaptabilité déployés par les M.E.R.M, formés à cette nouvelle discipline.

¹⁷ Hôpital Patients Santé et Territoire.

La théorie des représentations sociales (Moscovici, 1961) ainsi que le lien entre représentations sociales et insertion des acteurs dans un contexte (Doise, 1984) vont nous permettre d'apporter un éclairage à cette question.

Pour Jodelet (1989), les représentations sociales sont « *comme un objet mental, sous forme de savoir pratique, consistant en une intégration spécifique des informations possédées sur un fait. C'est une base de connaissances socialement élaborées et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (p. 36).

Cependant, les représentations que nous allons recueillir relèvent des représentations professionnelles (Piasser, 1999) qui sont une catégorie spécifique des représentations sociales : « *Les représentations professionnelles sont des représentations portant sur des objets appartenant à un milieu professionnel spécifique. Elles sont partagées par les membres de la profession considérée et constituent un processus composite grâce auquel les individus évoluent en situation professionnelle : opinion, attitudes, prises de position, savoirs etc.* » (p. 60).

Notre étude porte son intérêt sur deux groupes distincts de professionnels, directement concernés par cette évolution professionnelle : les M.E.R.M titulaires du diplôme D.I.U d'échographie, exerçant l'échographie et les M.E.R.M en cours de formation à la pratique de l'échographie.

Les études de M.E.R.M, dispensées avant la réforme, n'abordaient que succinctement les notions d'échographie, à présent des stages d'initiation sont organisés pour les étudiants. Les M.E.R.M n'ont probablement pas les mêmes représentations sur le métier que leurs aînés, notamment ceux ayant pratiqué ou pratiquant encore l'échographie. Nous pouvons cependant supposer que sur trois générations de M.E.R.M, les « *savoirs communs, partagés et socialement construits par les membres de la profession* » (Piasser, 1999), ont connu des modifications, sans altérer le noyau figuratif (Moscovici, 1961) : l'une a toujours connu cette activité (les M.E.R.M ayant eut leur D.E avant 1997), la seconde la découvre (les M.E.R.M ayant obtenu leur D.E entre 1997 et 2013) et la troisième sait qu'elle existe (les M.E.R.M inscrits dans le cursus L.M.D).

Nous pouvons nous demander si la pratique de l'échographie par un M.E.R.M s'inscrit dans la continuité de la profession ou au contraire, vise sa différenciation. En Sciences de l'Education, Baluteau (2003), spécialiste du changement à l'école, dissocie deux types d'impermanence en prenant compte la notion du temps. En effet, Baluteau (2003) distingue le changement continu (permanence, de niveau 1), progressif, en lien avec la passé et le changement discontinu (rupture, niveau 2) plus marqué, en rupture avec les faits antérieurs.

Notre recherche s'appuie sur le recueil des représentations professionnelles afin de percevoir le point de vue des deux profils retenus de M.E.R.M. Nous les analyserons à partir des quatre niveaux d'analyse proposés par Doise (1984), afin de comprendre ce phénomène et d'élaborer des pistes pour l'action sous la forme de modalités d'accompagnement du changement. Notre démarche de recherche s'inscrit à la fois dans une visée compréhensive et dans une visée praxéologique.

La réflexion sur cette situation nous amène à formuler la question de recherche suivante :

Sur quelles représentations professionnelles s'appuient les pratiques des M.E.R.M exerçant ou en passe d'exercer l'échographie ?

Notre préoccupation serait alors l'élaboration de repères aidant à la compréhension de la situation des M.E.R.M, afin d'améliorer l'accompagnement de ces futurs échographistes.

III. Protocole de recherche:

A. Démarche de recherche :

Selon les objectifs de recherche, cette étude présente la combinaison de deux types de démarches : une démarche pour savoir et une démarche pour agir. Premièrement, une visée de compréhension est abordée dans le développement des représentations professionnelles du M.E.R.M pratiquant ou en passe de pratiquer l'échographie régulièrement, par l'apport d'une description des diverses modalités présentes dans le diplôme d'échographie réservé aux M.E.R.M. Deuxièmement, une visée praxéologique, c'est-à-dire la production d'outils pour l'accompagnement de futurs étudiants M.E.R.M., est étudiée.

Cette recherche s'inscrit dans un système ouvert où le milieu du travail est pris en compte dans sa complexité, c'est-à-dire dans un contexte global avec ses différents niveaux d'interprétations sur l'interférence des situations rencontrées. Nous utilisons une méthode qualitative, portant sur l'étude de cas afin de comprendre les enjeux du changement, les tensions et les avancées professionnelles.

Mon appartenance à cette même catégorie de professionnels de santé, a facilité la communication, lors de ces échanges, notamment par le fait d'un vocabulaire et d'une culture professionnelle commune. La connaissance d'un tel langage est un atout dans la posture d'un chercheur-praticien, permettant de dépasser l'aspect technique du métier de M.E.R.M. En effet, savoir ce qu'est une mobylette, un capteur plan¹⁸ ou simplement comment se réalise un scanner rend la conversation empathique, d'égal à égal, moins intrusive, au risque de ne pas contrôler la distanciation demandée par l'objectivité scientifique d'une recherche en Sciences de l'Education.

B. Choix et élaboration des outils de recueil de données :

Nous avons choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs avec un guide d'entretien, sans toutefois utiliser d'entretiens exploratoires. Néanmoins, les deux premières interviews menées dans chacune des deux catégories établies, c'est-à-dire la catégorie « *M.E.R.M avec D.I.U* » et la catégorie « *M.E.R.M en formation D.I.U* » ont servi à vérifier la pertinence des questions.

Cette technique de recueil de données a été sélectionnée du fait du caractère subjectif des représentations professionnelles analysées, lors de cette recherche.

Une matrice, conçue sous de tableau ci-dessous, a permis l'élaboration des entretiens semi-

¹⁸ Un dispositif permettant d'obtenir instantanément une image radiologique numérique.

directifs afin de recueillir les représentations professionnelles des pratiques des M.E.R.M de différentes régions de France. A l'aide des concepts et des dimensions spécifiques (l'ancrage et l'objectivation), des indicateurs ont structuré une partie du guide d'entretien sous forme de questions. En effet, le guide d'entretien est composé d'une première partie avec des variables illustratives, suivies de 11 questions ouvertes (cf. annexe, p. 74).

Matrice de l'entretien

CONCEPTS	DIMENSIONS	INDICATEURS	QUESTIONS
Représentations sociales Moscovici (1961) Représentations professionnelles Piaser (1999)	Objectivation	- Informations retenues concernant la formation par les M.E.R.M échographiste (en formation ou déjà formés)	- Selon vous, que peut apporter le D.I.U d'échographie au M.E.R.M ?
		- Connaissance du M.E.R.M échographiste sur la notion de pratique avancée.	- Savez-vous ce que sont les pratiques avancées ? - Selon vous, l'échographie est- elle une pratique avancée ?
		- Eléments déclencheurs pour adhérer au protocole de coopération (motivations, expérience)	- Quelle a été votre motivation pour vouloir pratiquer l'échographie ? - Comment avez su l'existence du D.I.U d'échographie ?
		- Analyse du M.E.R.M sur le fait de pratiquer l'échographie (avantages, limites, donner des pistes pour réussir la formation)	- Selon vous, quelles sont les compétences et conditions nécessaires pour un M.E.R.M de faire de l'échographie? - La formation vous semble- elle adaptée ? suffisante ? pourquoi... - Selon vous, quels sont les avantages et les limites de pratiquer l'échographie?
	Ancrage	- Représentation sur la pratique de l'échographie (valeur, identité, croyance, responsabilité) par le M.E.R.M échographiste, par les M.E.R.M non formés (qui travaille avec un M.E.R.M formé)	- Que vous inspire la perspective de faire des échographies ? en termes de responsabilité, confiance entre les professionnels, valeurs et identité professionnelle... - Quelle opinion vos collègues non formés ont-ils de la pratique de l'échographie ?
		- Analyse du M.E.R.M sur le fait que le M.E.R.M exerce l'échographie (évolution des pratiques).	- Selon vous, l'échographie pratiquée par un M.E.R.M devrait-elle être intégrée à la formation initiale ? ou devenir une « surspécialisation » de niveau master ? pourquoi...

Dans cette étude, les neuf entretiens menés se sont effectués de manière très diverse, selon le contexte (soit sur le lieu de travail, soit au domicile). Du fait de l'étendue géographique des M.E.R.M à interviewer, le déroulement des entretiens a pris des moyens différents de communication (entretien face à face, entretien par visioconférence de type skype et entretien par téléphone), soulignant de surcroit leur aspect singulier. La prise de rendez-vous s'est faite soit

par mail, soit par téléphone, assez rapidement après contact. La possibilité de contacter les deux catégories de M.E.R.M s'est faite principalement grâce à leurs propres réseaux professionnels, du fait du nombre restreint de personnes concernées par cette nouvelle pratique.

Les entretiens en face à face se sont déroulés, soit dans la salle de pause du service de radiologie, selon une heure précise limitant l'activité de l'interviewée (1^{er} interview), soit au domicile du M.E.R.M toujours selon une heure planifiée à l'avance (les 5 entretiens suivant) ou soit sur leur lieu de travail (les 4 derniers entretiens).

Ces entretiens ont rarement été interrompus, sauf concernant les deux premiers entretiens (sur le lieu de travail et sur skype) par des appels téléphoniques, par des coups de sonnette mais ils n'ont jamais été stoppés. La durée moyenne des 9 entretiens téléphoniques ou par skype est de 35 mn. Les deux premiers entretiens, par leur contexte, ont duré nettement plus longtemps, environ une heure et demie, transgressant souvent vers d'autres sujets. La proximité du métier et le cadre temporel incitent l'interviewé à poser des questions au chercheur concernant son étude.

Type de communication utilisée lors des 10 entretiens :

- 1 entretien face à face.
- 2 entretiens par visioconférence de type skype.
- 7 entretiens par téléphone.

C. Echantillon : choix et constitution, variables illustratives :

10 entretiens semi-directifs répartis en deux groupes distincts de M.E.R.M :

- M.E.R.M avec le D.I.U : **6**.
- M.E.R.M en formation D.I.U d'échographie : **4**.
-

Variables illustratives :

Classiques	Spécifiques
- Homme/ Femme	- D.T.S ou D.E
- Age	- Année d'obtention du diplôme
- Autre diplôme	- Année d'expérience en tant que M.E.R.M
	- Temps passé dans le même service de radiologie
	- Durée et année du D.I.U
	- Pratique antérieure de l'échographie (si oui : avant ou après le décret de 1997)
	- Nombre de personnes titulaires du D.I.U d'échographie dans le service
	- Nombre de radiologues dans le service de radiologie

D. Ethique et confidentialité :

En Sciences de l'Education, Meirieu (2007) désigne par « éthique », une réflexion sur le place de l'Autre », comme un individu affranchi de toute contrainte et jouissant d'une liberté d'expression. Par ma posture de M.E.R.M, le lien se noue aisément et la notion d'éthique lors des entretiens est implicitement évoquée. Appartenir à un même corps de métier, partageant ainsi des valeurs communes rend la reconnaissance, le respect et l'empathie évidentes entre deux M.E.R.M. La méconnaissance du grand public du métier de M.E.R.M renforce cet aspect moral, installant sans difficulté un climat de confiance source de confidences.

Cependant, la double posture de praticien et chercheur demande d'être vigilant quant à l'interprétation de cette ambivalence. Selon Péoc'h (2008), « *le positionnement épistémologie du praticien- chercheur est le fruit de tâtonnement, d'ajustements successifs pour s'adapter au contexte du terrain. L'interprétation entre le terrain et la recherche peut implicitement modifier de façon émergente ou délibérée, la posture du praticien- chercheur.* » (p. 19).

Un contrat de communication a cependant été annoncé, assurant l'anonymat et la confidentialité des réponses des personnes interrogées.

Nous avons présenté les objectifs de cette étude, selon deux postures complémentaires : une posture de chercheur et une posture de professionnel de santé. Cette double appartenance demande réflexion sur l'équilibre à rechercher entre implication et détachement, rendant le biais de bienveillance, que pourrait volontairement ou non conduire l'interviewé à donner des réponses attendues par le chercheur, existant.

Par la personnalité des interviewé(e)s, des échanges d'information ont pu avoir lieu, contribuant à une éthique de prendre tout en donnant en retour.

E. Analyse et interprétation des données :

1. Choix de l'outil de traitement des données :

Nous avons choisi d'utiliser la méthode d'analyse de contenu de Bardin (1977, 2013) pour les 10 entretiens semi-directifs.

Selon Bardin (1977, 2013), l'analyse du contenu est « *un ensemble de technique d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de*

connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces messages » (p.47).

Le fait d'utiliser l'analyse catégorielle, nous permet ici de croiser les divers entretiens et de repérer les répétitions fréquentielles thématiques. Ainsi, nous construisons des catégories, selon l'objet d'étude, « *permettant la classification de ce que l'on considère être les éléments constitutifs du message* » (Bardin, 1977, p.41).

2. Analyse des données :

Dans un premier temps, nous avons rassemblé à l'aide d'un tableau distinguant les M.E.R.M titulaires du D.I.U et ceux en formation, les données issues des variables illustratives afin d'établir un bref aperçu des profils rencontrés. En effet, il nous paraît important, lors de l'interprétation, de prendre en considération le parcours individuel des personnes concernées. Le tableau ci-dessous apporte une partie moins subjective par son caractère quantitatif, assurant de l'objectivité à l'étude.

M.E.R.M		Avec le D.I.U d'échographie	En formation D.I.U d'échographie
Sexe	Femme	4	3
	Homme	2	1
Age	25/35	1	1
	36/45	3	1
	46/55	0	2
Diplôme initial	D.T.S	3	2
	D.E	3	2
Autres diplômes	OUI	0	2
	NON	6	2
Ancienneté M.E.R.M	- de 5 ans	1	0
	6 à 15 ans	0	1
	16 à 25 ans	5	2
	26 ans et +	0	1
Ancienneté dans le même service actuel	- de 5 ans	3	1
	6 à 15 ans	2	1
	16 à 25 ans	1	2
Secteur	public	4	3
	privé	2	1
Durée du D.I.U	1 an	6	4
Année du D.I.U	2012-2013	2	
	2013-2014	4	
	2014-2015		4
Pratique antérieure échographie	OUI	0	1
	NON	6	3
D.I.U dans le service	1	2	3
	2	4	1
Médecins	- 5	3	2
	Entre 6 et 10	1	1
	+ de 10	2	1

Dans un second temps, nous avons réalisé une analyse catégorielle des 10 entretiens menés (Bardin, 2007), qui a permis de relever 6 éléments représentatifs des discours, sur l'émergence de la pratique de l'échographie au sein des M.E.R.M : **le point de vue des médecins** (avis favorable ou défavorable), **la formation par le D.I.U** (l'accès au diplôme et la pratique lors des stages), **l'évolution professionnelle** (au niveau relationnelle et des pratiques), **la responsabilité des actes**, **les paramètres de la formation** (les enjeux mis en place avant et pendant la formation) et **les recommandations**.

L'accord des médecins (spécialités confondues pratiquant l'échographie) est un élément déterminant, « autorisant » ainsi l'éventuelle pratique de l'échographie par un M.E.R.M. La coopération ne peut se faire sans l'aval des médecins, le M.E.R.M bien que toujours volontaire est soumis à cette décision avant de pouvoir préparer le D.I.U d'échographie.

L'accès de la formation du D.I.U, sanctionné par la validation du tronc commun (éliminatoire), constitue la première étape concrète de cette future coopération entre professionnels de santé. L'essentiel de la formation se déroule lors des différents stages centrés uniquement sur la pratique et organisés selon deux modules d'acquisition.

L'évolution professionnelle, recherchée principalement par les M.E.R.M, engendre un changement selon deux niveaux : le relationnel et les pratiques. La responsabilité des actes est une composante importante à étudier à part et reflète lors des entretiens, le point culminant de cette évolution professionnelle ressentie.

Les paramètres de la formation sont des éléments à prendre en compte car terminant dans le vécu de la personne en formation. L'environnement professionnel antérieur et pendant l'apprentissage souligne souvent l'implication du M.E.R.M dans des contextes parfois bien différents.

Enfin, les personnes interviewées font part de leurs recommandations, tant au niveau de la formation du D.I.U que de la pratique en soi. Ces éléments seront des indices dans l'élaboration de repères pour l'accompagnement du changement.

Un exemple de codage d'un entretien (nommé pour faire ressortir l'élément le plus important énoncé pendant l'interview), à l'aide d'une grille catégorielle, est présenté ci-dessous. Afin de garantir l'anonymat, une partie des variables illustratives a été supprimé. (cf. annexe, p. 75).

Entretien 5 « Le contact patient »		
Femme, - de 30 ans, D.T.S, cabiné privé, en formation D.I.U 2014-2015 (1 an)		
Thèmes		Les propos recueillis
Point de vue des médecins	Favorable	<p>« Ah oui, ils sont, on va dire, mon premier, donc le plus ancien des 2, on va dire, euh il est, ben c'est lui qui m'a vraiment, il me dit « et alors ? » il m'a vraiment poussée, je veux dire c'était... »</p> <p>« il me demandait toujours si j'avais une réponse, enfin pour lui, ça l'intéresse beaucoup parce je pense, il va plutôt vers l'entreprise que le patient, donc euh, ça l'arrange »</p> <p>« Et le 2^{ème}, le 2ème est très, est jeune, il a 33 ans, euh, et là on va avoir une nouvelle radiologue, là qui, je vous ai dit 2 mais il y a une 3^{ème} qui arrive, qui est, bon, on en a pas trop discuté encore mais cela ne la choque pas » « Ah oui, oui, ça, ça a l'air d'aller. »</p> <p>« Bon, après j'en ai un des 2, il a entière confiance (rire) » « Le 1^{er} qui m'a poussée à le faire, il a entièrement confiance » « Ah, oui, oui, après ils insistent là-dessus, mais ils sont très ouverts aussi sur d'autres choses que, avant mon collègue a fait une formation de PCR donc bon, pareil on a chacun nos atouts et nos qualités et, droit à nos formations, voilà. » « Bon, après mon patron lui a fait manipuler, mais bon parce qu'il, je pense, qu'il ne supportait plus de la voir juste regarder (rire). »</p>
	Défavorable	« l'autre par contre je le sens plus mitigé »
La formation par le DIU	Accès	<p>« Ah euh, non, je trouve que c'est bien, hein, même les médecins, ils les passent donc euh » « ben oui, oui, parce que, ben après, il y a des modules, eux c'est des modules spéciaux. » « Donc, il y a ostéo-articulaire, euh qu'est ce qu'il y a aussi, euh pédiatrie, urgence, urgentiste, enfin voilà, ils sont, ils sont, il y a pas mal de médecins qui le font. »</p> <p>« Oui, oui, pareil que moi, mais en fait, c'est la fac de médecine de X (ville) en fait, qui prend, et X (ville), la fac de X (villes) ont été regroupées en fait, moi je fais partie de X (ville) et elle de X (ville) mais on était sur le site de la fac de X (ville) en fait, hein, en fait, parce qu'il regroupe, on est, on est pas nombreux, quoi, quand même donc euh » « Ah, oui, oui, ben cette dame me racontait que, elle n'était pas la 1^{ère} à le passer quoi donc euh, ça doit être peut être un de ses collègues. Je ne sais pas. »</p>
	Stages	<p>« Oui, tout façon, il y a les heures de cours, c'est rien par rapport aux heures de stages (rire) » « Et les stages, bé il y a en tout il y en a alors 20 pour le tronc commun, 30 pour chaque module, c'est des vacances de 3 heures et demi par là, 3 heures et demi, 4 heures, hein, et pour euh, sur le lieu de travail, on a 30 vacations à faire théoriquement toujours en formation. » « Voilà, c'est exactement ça (rire). » « Voilà, vous voyez les heures de stages que je dois faire. » « Parce que c'est vraiment un diplôme particulier, spécialisé, mais quand même, c'est obligé d'avoir autant de pratique, je pense » « Ah oui, ça euh. Ils vont un peu batailler » « Même avant d'avoir commencé les cours, j'ai commencé mon 1^{er} stage, donc euh pour gagner du temps, quoi. »</p>
Evolution professionnelle	Relationnelle	<p>« et moi, surtout, ce qui me plaît, c'est peut-être plus personnel mais, le contact avec le patient, je trouve que il est quand même plus important que quand on a un paravent ou quand on est derrière un écran d'ordinateur, là l'écran est à côté de nous, et pas entre nous, enfin moi, je trouve ça important. Le patient surtout en cabinet, enfin bon on revoit les gens, bon c'est quelque chose que j'aime bien, moi, hein, que je recherche donc euh. » « Et après, ça peut être un 2ème choix, je ne sais pas, euh, la relation avec le patient améliorée, voilà, plutôt. » « Un autre aspect quoi, de la relation avec le patient, voilà, peut-être. » « Oui, j'en ai un et après sur X (ville), ils sont 2, alors je ne pense pas, puisqu' ils viennent d'ouvrir, donc je ne pense pas déjà s'intéresser à ça mais euh, oui, j'en ai un, j'en ai donc trois. »</p> <p>« Ah, il y en a un qui m'a dit « je ne saurais pas le faire ce que tu fais » « Euh, les 2 autres, ils trouvent ça que c'est bien, hein. » « Voilà, ils sont plutôt... » « Euh, vous voulez dire en ce moment ou même pour plus tard ? Plutôt pour plus tard ? » « Pour l'instant, pour l'instant non (rire). » « (Rire) après c'est, le privé et le public, c'est pas la même chose. » « J'ai été dans le public hein juste avant, donc je sais de quoi je parle, les collègues des fois, c'est pas facile. »</p>
	Pratiques	<p>« Vous avez ceux qui faisaient ça, bon, comme avant, c'est les aides manip qui faisaient des radios » « Euh, l'échographie pour les manipulateurs ? Vous voulez dire ? Toujours, hein ? Euh, oui, oui, ben oui. » « Alors, pour le métier, ça rajoute encore une compétence supplémentaire » « Euh, donc un éventail, un choix, plus dirigé, il y a pas mal de choix, je veux dire de choses différentes qu'on peut faire, qu'on peut changer et bon, c'est quand même pas mal de pouvoir varier un petit peu » « Voilà et une compétence supplémentaire, et pour moi... »</p> <p>« Euh, on va dire, euh, plutôt non la première, c'est plutôt élargir les compétences, quoi. » « Je pense qu'au début, il y a eu quand même pas mal de radiologues qui reviennent sur les examens, parce que sinon. » « Euh, après je pense moi ce qui est</p>

		<p>intéressant aussi, c'est le vasculaire parce que, il n'y a qu'un de mes 3 patrons qui le fait. »</p> <p>« Et, c'est quelque chose d'assez reproductible, hein donc c'est très carré. Je pense que ça nous convient bien » « Et, c'est un atout de savoir les faire, comme ça, on peut négocier un petit peu (rire) » « Je dirai pas changer mais non, toujours évoluer, évoluer » « Donc oui, manip, toujours manip » « On leur rend service finalement (rire) » « Oui. J'ai des observations, ouais, donc euh, oui j'ai eu une. » « Oui, j'ai eu au cabinet une stagiaire de l'école de X (ville) qui est venue juste voilà, en observation, oui, oui, une semaine. » « Euh, oui, oui, bon ça avait l'air, hein. »</p>
Responsabilité des actes		<p>« Alors, euh, oui alors en fait, tout ce qu'est endocavitaire, on ne le fait pas. » « Non, c'est, je pense en fait dans notre formation, on ne l'aura pas parce qu'on ne peut pas en fait. » « Euh, pas de testiculaire, non plus. » « Oui, ce qui est, ce qui est considéré comme une écho urgente, euh. »</p> <p>« je ferai pas, voilà, articulaire non plus, parce que là, là ça devient compliquer là (rire) » « Mais alors, parce que dans notre formation, j'ai pas vu hein, l'ostéo articulaire. » « Alors, est-ce qu'on leur apprend après, aussi. » « Voilà, après, est-ce que c'est le radiologue qui leur a appris, euh, ça, c'est pas interdit, hein, je ne pense pas. » « Mais bon, pour l'instant, oui je vais me contenter. » « Oui, je pense aussi, surtout d'un point de vue anatomique. » « Oui, oui, tout à fait, ben il y a une infinité de possibilité euh, c'est-à-dire quand on fait une image, on peut présenter une image qui peut être complètement pathologique alors qu'il n'y a rien de pathologique en fait, par exemple » « Oui, ça peut, enfin, on peut, je sais pas j'ai quoi comme exemple là, pff, enfin j'ai pas d'exemple qui me vient, j'ai pas fait l'expérience mais... » « Mais euh, on m'a montré, attention, faut pas figer cette image là, sinon, on croit qu'il y a quelque chose alors qu'il y a rien en fait, enfin, je pense sur la vessie il y avait une image, un volume partiel, alors je pense que, on aurait dit qu'il y avait une tumeur dans la vessie, je pense hein. » « J'ai cet exemple là, voilà, bon euh, après voilà, faut faire attention aux images qu'on prend, faut se mettre correctement, il faut, puis au moindre doute, toute façon on appelle le radiologue, bon, ça faut pas, il est là pour ça, faut pas hésiter, bon moi, je pense qu'au niveau de la responsabilité au moindre doute toute façon c'est l'appel du radiologue » « Voilà, oui, oui. Après non je pense que, puis il y a des séquences, on peut faire des images de ciné donc bon, quand on fait des balayages, sur certains appareils on peut prouver aussi beaucoup de chose. » « Je ne peux pas vous répondre, parce que j'ai pas eu l'occasion de pratiquer encore dans mon cabinet, euh, vraiment comme je vais faire donc je... » « Alors, on n'a pas encore préparé tout ça, mais on va faire des feuilles, des consentements oui, ou éventuellement si ils refusent, il faut qu'ils disent pourquoi. » « Voilà, et euh, après, éventuellement faire un questionnaire de satisfaction, ça nous permet de, d'avoir un indicateur sur, le niveau de satisfaction quoi, toute façon, il faudra, il faudra faire ça pour euh, l'ARS après, pour le protocole de coopération » « Parce qu'il y a toujours, on est sous la responsabilité du médecin, c'est le texte de loi, hein »</p>
Paramètres de la formation	Avant	<p>« non, non, je suis restée dans la légalité » « Euh, radiologie conventionnelle, mammographie, hein. » « Non, j'ai lu, je pense que c'était dans X (magazine), dans la revue, euh, sinon, du coup, j'ai creusé un peu mes recherches, j'ai vu qu'un protocole de coopération était passé par l'ARS dans, je ne sais plus quelle région, en 1^{er}, enfin, donc j'ai fait des recherches » « Voilà. Il n'y avait pas Metz qui ? » « Donc la réponse à la question, c'est la revue X (magazine) » « là, nous, on doit faire nous même »</p>
	Pendant	<p>« je ferais normalement pour commencer une vacation par semaine » « je suis dans un cabinet privé donc, bon, comment dire, c'est, je ne sais pas trop comment ça se passe ailleurs, hein en fait, dans le public donc euh... » « oui, oui une vacation, je pense pour une demi-journée ou une journée, je ne sais pas encore, par contre, ce n'est pas encore défini » « c'est un peu juste, mais c'est faisable » « Ah oui, tiens, faudrait que vous m'envoyez le, enfin là où vous avez lu ça, parce que c'est intéressant quand même » « Ben, non, j'avoue non, non, non » « Alors, moi, je connais, je connais le terme délégation, oui, effectivement d'actes, mais je ne connaissais pas en terme de pratiques avancées, en fait, c'est la même chose en fait ? » « Ah oui, d'accord, je ne savais pas, j'ai appris quelque chose. » « Là mon, je me dirige peut être vers scanner, IRM en plus, mais c'est pas encore, c'est pas encore fait. Non, un autre cabinet que mon patron a ouvert récemment, en fait. Mais sur X (ville) donc c'est un peu particulier. » « Alors, en fait, non, il y a un tronc commun, donc euh, c'est-à-dire la théorie sur la physique des ultra-sons, les bases de l'échographie vraiment, ça va durer en gros, ça va durer 2 jours et demi, voilà, ensuite il y a 2 modules donc le 1^{er} qui concerne euh, l'abdomino-pelvien donc là pareil, alors il y a 3 jours de cours théoriques et euh, un module superficiel et vasculaire, là aussi il y aura 3 jours de cours théoriques, c'est tout, c'est super court »</p>

		« Faut du temps même à la maison, bon moi j'ai un enfant donc ce n'est pas toujours facile donc » « Là nous, on doit faire nous même, bon je pense que les élèves doivent être encadrés et dirigés, quoi. »
Recommandations		« Euh, de pas avoir peur de se replonger dans l'anatomie, (rire) » « euh, même la, même la pathologie, je dirais parce que c'est tellement... » « Tellement faire des choses, euh, différentes enfin au niveau du diagnostic différentiel etc., c'est vraiment, c'est vraiment important d'avoir quelques notions, quoi, donc, il faut bien écouter ce qu'on dit en stage, bien écouter les médecins qui nous prennent en charge même si ça peut paraître compliquer, je pense qu'il faut mieux tout écouter, même si c'est très médical, en fait, on a besoin du médical, quoi, vraiment » « après, voilà, faut pas avoir peur de savoir travailler tout seul » « Je fais un peu toujours à la dernière minute avant l'examen, mais bon c'est, bon voilà, faut avoir un peu de temps, quoi » « Les cours me paraissent un peu... Ayant eu, ayant eu un DTS donc n'ayant pas connu la fac, je trouve que c'est un peu, un peu léger mais bon (rire), faut savoir travailler seule, quoi » « Oui, voilà, après, je pense que c'est, je peux comprendre, parce qu'après je pense que c'est au fur à mesure, dans l'hôpital aussi il faut bien faire le lien entre les deux et après je pense que c'est en manipulant qu'on apprend toute façon. » « Voilà, je pense que ça s'apprend aussi avec le, le déléguant, je dirais. Le déléguant, l'expérience qui va nous dire, non ça, ça va pas, je veux pas ça, euh, voilà je pense qu'après, c'est, ça se fait au fur et à mesure. » « Va falloir rajouter une année (rire) ! » « Non, je pense qu'on peut faire aussi, il faut, il faut rajouter du temps dans la formation » « Parce que, bon. » « Dans la radiologie, bon, maintenant, il y a beaucoup d'autres choses. » « Ou alors, faudrait séparer, une année commune, et puis après, éventuellement, oui, se diriger vers une spécialité, mais là... » « Ah, je ne sais pas, ouais, les voies sont un peu fermées. » « D'accord. Voilà, soit ça, soit rajouter, soit rajouter une année. » « Et oui, je pense, euh oui, je pense que ça fait juste. » « Après si ça rentre dans la formation, je pense que c'est au coordinateur et au directeur de l'école, des écoles de s'occuper de ça. »

3. Interprétations des données :

L'interprétation des données s'est organisée en trois temps. Tout d'abord, comme point de départ, les variables illustratives récoltées lors des 10 entretiens ont été étudiées. Puis, les données ont été traitées, catégorie par catégorie, selon les deux profils de M.E.R.M de notre échantillon. Nous avons choisi dans cette seconde partie, malgré l'année d'obtention différente du D.I.U d'échographie (soit 2012-2013, soit 2013-2014), de réunir dans un même ensemble les M.E.R.M titulaires du D.I.U. Ensuite, nous avons effectué une confrontation par catégorie des deux profils de M.E.R.M afin d'illustrer des éléments convergents et des éléments divergents en rapport avec notre étude. Nous nous attacherons ici à prendre en considération l'année d'obtention du D.I.U, élément temporel au vue de la récente création du D.I.U en faveur des M.E.R.M en 2012.

D'après le tableau reprenant les variables illustratives des 10 M.E.R.M interrogés, nous pouvons faire ressortir plusieurs éléments intéressants. Néanmoins, il convient de souligner que ce n'est qu'à titre informatif car l'échantillon est de petite taille.

La formation attire une majorité de femmes (7 femmes pour 3 hommes) et la moyenne d'âge se situe au alentour de 42 ans. Cet énoncé fait suite à une grande expérience professionnelle en tant

que M.E.R.M mais l'année passée dans le service n'est pas un élément retenu pour accéder à la formation, de même concernant le diplôme initial (D.T.S et D.E sont répartis de manière égale). De plus, les M.E.R.M ne disposent pas d'autres diplômes (8 sur 10 personnes) et la durée du D.I.U est pour tous d'une année. Le secteur public semble être plus sensibilisé que le privé (7 contre 3 personnes). Une seule sur 10 personnes a déjà pratiqué l'échographie sans le diplôme requis mais il relève d'un contexte particulier. L'année d'obtention du D.I.U est depuis sa création en constante évolution (2 en 2012-2013, 4 en 2013-2014, 4 en 2014-2015) et de surcroît, il existe plusieurs M.E.R.M titulaires du D.I.U dans un même service. On peut supposer que, de nouvelles structures ont adhéré au protocole de coopération car 3 sur 4 M.E.R.M en formation cette année sont les premiers dans leur établissement. Pour finir, la coopération entre M.E.R.M et médecins ne concernent pas exclusivement les radiologues. La démographie médicale déclinante des radiologues (5 personnes sur 10 ont moins de 5 radiologues dans leur service) est partiellement solutionnée par l'arrivée, par exemple de médecins urgentistes ou angiologues pratiquant l'échographie, assurant ainsi un nombre suffisant pour établir des protocoles de coopération avec les M.E.R.M formés.

La notion de pratique avancée n'est pas connue (1 seule personne sur 10 connaissait le terme) des M.E.R.M titulaires du D.I.U et en formation. Ils l'assimilent souvent au terme de délégation des tâches ou encore de coopération entre le médecin et le M.E.R.M. Lors de l'entretien, un complément d'information sur les pratiques avancées a été énoncé, et à la suite de cette définition, la totalité des interviewés affirmait que l'échographie pratiquée par un M.E.R.M est bien une pratique avancée. Seule une personne a souhaité souligner son refus à ce sujet. Cette personne a repris l'exemple de l'I.R.M qui à son arrivée dans la formation des M.E.R.M a créé une scission dans la représentation professionnelle des M.E.R.M ayant vécu ce changement. En effet, l'I.R.M était réservée à une « élite » de M.E.R.M, créant des différents entre les professionnels de santé. Même si à ce jour, cette situation est un peu moins présente, elle reste cependant comme un secteur prisé et valorisé où l'I.R.M est vue comme une technique complexe et longue en apprentissage. C'est pourquoi, cette personne craignait que la situation ne se reproduise avec l'échographie et préférait inscrire « *dans la normalité* » (E2) cette nouvelle pratique. La majorité des personnes n'a également pas entendu parler de la loi H.P.S.T du 20 juillet 2009 et son article 51, seule l'évocation du protocole de coopération leur est familière, étant donné son caractère incontournable. Afin d'illustrer les questions suivantes, nous avons pris le temps d'énoncer une définition des pratiques avancées, leur apportant ainsi un repère dans leur démarche de formation « *je ne savais pas que ça avait ce terme là mais oui, je vois bien,*

maintenant que vous me le dites » (E8). Nous pouvons soulever un premier constat : un manque dans la communication d'information régissant leur nouvelle pratique professionnelle.

① Catégorie « Point de vue des médecins » :

- **M.E.R.M titulaires du D.I.U d'échographie :**

La volonté médicale de former des M.E.R.M à la pratique de l'échographie est le pré-requis aux démarches administratives concernant le protocole de coopération et à son bon déroulement. En effet pour certaines personnes, la **demande a été formulée par les médecins** « *c'est les radiologues qui sont venus me voir savoir si ça m'intéressait toujours de faire ça* » (E4), « *il y a déjà la demande de, de plusieurs praticiens qui veulent un peu augmenter* » (E8). L'intérêt de former est perçu comme **un moyen de pallier au manque de médecin** « *la volonté médicale est, était assez forte aussi pour nous former puisqu'il manquait du monde forcément* » (E8), « *il y a moins de médecins maintenant, ils sont bien contents qu'on soit là* » (E10), comme **une aide professionnelle** « *il y a Mme X docteur X qui est neuroradiologue qui a dit oui moi, ça m'intéresse, j'ai besoin de quelqu'un pour m'aider à faire des échos trans frontalières aux prématurés* » (E1), « *il y en a beaucoup qui trouvent que c'est très, très bien justement, que c'est très confortable et que ça les aide bien* » (E9) mais aussi dans un but **économique** « *pourtant ils étaient défavorables au départ mais là, ils sont en train de se rendre compte que finalement l'écho, ça leur prend du temps, il m'a expliqué que c'était moins bien payé maintenant donc du coup, ils ont moins envie des échos, les médecins* » (E1), « *ils ne seraient pas contre l'idée de former une deuxième personne si l'activité le demandait* » (E4). Même si le secteur public était le premier à promouvoir cette coopération, de plus en plus les structures privées y voient également un avantage financier « *puisque'on n'était pas que du public, maintenant, ce qui était plutôt le cas les années d'avant mais maintenant, y compris dans le privé* » (E8).

Néanmoins, dans certains endroits le M.E.R.M a dû faire preuve de persévérance pour **convaincre des médecins défavorables** « *il y a beaucoup de médecins qui ne sont pas favorables encore à ça ! [...], il n'y a pas de médecins qui veulent être cosignataires donc à quoi ça servirait de former quelqu'un* » (E1), « *parce que bon, plus ou moins certains radiologues n'étaient pas trop chauds* » (E6). Les M.E.R.M tentent de comprendre cet avis négatif « *je comprends leur réticence par rapport à ça, je la comprends parce que j'ai appris l'écho, j'ai bien vu moi aussi que c'est très difficile, c'était pas évident non [...], moi mon intention, elle n'est pas de lui piquer sa place et de faire des échographies à sa place pas du tout, parce que*

déjà j'ai pas son niveau, voilà, non mais il y en a qui ont peur de ça, je crois au niveau médical » (E1).

La majorité des M.E.R.M résidants dans le Nord n'ont pas fait état de difficultés rencontrées concernant le point de vue des médecins, qui semblent favorables au protocole, contrairement aux M.E.R.M du Sud, principalement dans le secteur public *« il y a personne sur l'hôpital, personne ne veut être cosignataire » (E1), « on a compris un peu pourquoi ça avait été si dur dans le Sud de s'inscrire, c'est qu'en fait, il y a deux syndicats de radiologues en France, un syndicat du Nord majoritairement favorable à l'inscription des manipulateurs en échographie et qui soutient d'où le protocole de Lorraine et un syndicat dans le Sud qui est majoritairement défavorable à l'inscription des manipulateurs au D.I.U » (E1).*

• **M.E.R.M en formation D.I.U d'échographie (2014/2015) :**

3 sur 4 M.E.R.M en formation disposent d'**une structure qui a su promulguer** la pratique de l'échographie avec des médecins favorables *« c'est lui qui m'a vraiment, il me dit « et alors ? », il m'a vraiment poussée, je veux dire c'était... » (E5), « il y en a beaucoup qu'il trouve que c'est très bien » (E9).*

Mais la présence de médecins défavorables reste **une possibilité** pour chacun *« il y a ceux qui sont réticents, bon ça d'accord, on peut, c'est leur avis, c'est une chose » (E9), « parce que déjà il a fallu convaincre certaines personnes pour organiser » (E2),* même si pour eux le médecin est favorable, ils **gardent à l'esprit** que dans d'autres structures, le M.E.R.M n'a peut-être pas la même chance *« non, non, c'est pas partout comme ça » (E3), « mais c'est pas le cas de tout le monde » (E9) .*

► **Synthèse de la catégorie « point de vue des médecins » :**

La réticence des médecins (toutes spécialités confondues) est toujours présente, ce qui renvoie au niveau positionnel (connaissance et hiérarchie médicale) de Doise (1986). Nous remarquons un changement de mentalité en faveur d'un avis favorable à la pratique de l'échographie pour la 3^{ème} génération de M.E.R.M. formés.

D'un point de vue global sur le territoire national, nous percevons des situations divergentes *« Nord versus Sud »*, historiquement les premiers protocoles ont eu lieu dans la partie Nord de la France, d'où peut-être une grande majorité de médecins favorables à cette coopération. Néanmoins, la future promotion de M.E.R.M (2014-2015) connaît une nette amélioration dans le

point de vue des médecins. Si on prend en considération les deux M.E.R.M de la première promotion de 2012-2013, celles-ci ne se confrontaient pas véritablement à l'avis des médecins étant donné la participation des structures concernées aux expérimentations. En effet, les médecins travaillaient déjà avec des M.E.R.M, le protocole ayant juste officialisé la pratique du service. On peut se demander quelles sont les informations divulguées aux médecins, ont-ils un accompagnement vers cette délégation de tâches ? L'accompagnement des pratiques professionnelles concernent également les médecins pour faciliter une meilleure coopération et permettre à davantage de M.E.R.M de se former à l'échographie.

② Catégorie « La formation par le D.I.U : l'accès et les stages » :

- **M.E.R.M titulaires du D.I.U d'échographie :**

L'accès au diplôme d'échographie concerna dans un premier temps, **peu de M.E.R.M**, du fait de la récente ouverture aux M.E.R.M « *vous avez trouvé beaucoup de monde dans la région, non, on est toutes les deux ? Il n'y a que moi et X, je crois qui le faisons, hein* » (E4), « *dans le service ? Ah, il n'y a que moi je crois pour l'instant. Je ne crois pas, j'en suis sûre* » (E10), « *je faisais partie d'une des premières promotions à X (ville)* » (E6), puis avec **la divulgation de l'existence de ce diplôme** les effectifs augmentent « *dans le CHU, il y a plus de personnes !* » (E8), « *donc là, j'ai eu mon diplôme l'année dernière et cette année, il y en a une autre qui a été, qui est en cours de formation là* » (E6), « *il y a 5 manips en poste et euh pour l'instant, et il y a 2 D.I.U, les 3 autres manips [...], ce sont des anciennes manips, pratiquement en fin de carrière, elles n'ont fait que de l'échographie de toute leur carrière* » (E7) et les demandes aussi « *on était 4-5 oui, à l'avoir demandé* » (E4). Le nombre de M.E.R.M titulaires du D.I.U est d'autant plus important dans les **établissements où le M.E.R.M pratiquait déjà l'échographie**, c'est-à-dire où sont issus les premiers protocoles de coopération « *moi quand je suis arrivé dans l'hôpital, c'était déjà quelque chose qui était bien en place en fait, qui était déjà en cours de réflexion donc du coup* » (E8). En effet, les structures engagées dans les premiers protocoles ont **proposées** directement aux M.E.R.M et leur ont ainsi **facilité les démarches** « *ben, en fait euh concrètement, on nous l'a proposé euh...* » (E8) « *parce que nous, on nous a demandé de le passer pour pouvoir pratiquer* » (E10). Dans les établissements où les premiers protocoles ont été menés, c'est **le M.E.R.M qui demande l'accès à la formation D.I.U d'échographie** « *je les ai matraqués, euh je les ai embêtés pour que l'on puisse monter ce dossier [...], c'était un peu le parcours du combattant !* » (E6), « *parce que l'inscription c'était, c'était compliqué au tout départ* » (E1).

Les M.E.R.M ayant rencontré des problèmes lors de leur inscription à la formation, ont également eu des **difficultés dans leur prise en charge lors des stages pratiques** « *c'est vrai qu'à un moment, je commençais à désespérer parce que je n'arrivais pas à trouver des terrains de stage pour que je puisse confirmer le module vasculaire* » (E6), « *en fait j'ai pas pu être formée sur tout, faut savoir que j'ai pas eu non plus, on m'a pas acceptée tous les stages, non... l'ostéo articulaire* » (E1). Pour certains, l'accès facilité au D.I.U découle sur une meilleure organisation des terrains de stage « *moi, j'ai eu de la chance d'être dans un C.H.U et d'avoir les terrains de stage, tout a été organisé* » (E7), « *une collègue qui l'a fait à X (ville), a été formée sur son propre terrain mais c'est comme ça pour tout le monde hein maintenant* » (E1). Les stages sont **l'élément majeur de la formation D.I.U d'échographie** « *je suis tombé dans des terrains de stage, qui étaient très enrichissant* » (E6), « *on a beaucoup de pratique* » (E8), « *l'accompagnement, ça se fait pendant les stages* » (E4).

- **M.E.R.M en formation D.I.U d'échographie :**

L'accès au diplôme d'échographie concernant cette promotion est nettement **plus aisé**. 3 sur 4 personnes n'ont rencontré aucune difficulté lors de l'inscription à la fac. Cette facilité est renforcée par **l'implication de la structure dans le projet** « *oh ! J'ai su dans euh, parce que c'était les cadres qui nous, nous en ont parlés* » (E9), « *ben je suis partie en échographie pour justement parce qu'il y avait un projet, donc le chef de service avait un projet pour que les manip puissent accéder maintenant, et préparer leur D.I.U d'échographie [...], la demande, elle n'est pas venue de moi, il y avait déjà un besoin de service* » (E3). A contrario, quand la structure n'est pas actrice des démarches, des **problèmes d'ordre administratif** viennent compliquer l'entrée en fac « *ils m'ont fait perdre un an alors que c'était prêt l'année dernière* » (E2).

La pratique est **une nécessité** « *c'est obligé d'avoir autant de pratique, je pense* » (E5), « *le plus gros de la formation, c'est la pratique* » (E2), et demande **plus de temps** que la partie théorique « *il y a les heures de cours, c'est rien par rapport aux heures de stages (rire) [...], il y en a alors 20 pour le tronc commun, 30 pour chaque module, c'est des vacations de 3 heures et demi par là, 3 heures et demi, 4 heures [...], même avant d'avoir commencé les cours, j'ai commencé mon premier stage donc euh pour gagner du temps, quoi* » (E5), « *je n'ai pas le temps de, d'activité pour caler ces 20 vacations et euh, même en si prenant au mois de mai là, je vois la première est au mois de mai, on a fini tout juste mi-janvier pour valider* » (E2). Un **manque d'organisation**

est source de difficultés sur les terrains de stage « *j'ai déjà énormément du mal déjà à manipuler pour valider ces fameuses vacations [...], parce que là, pour ces vacations, les 20, c'était la croix et la manière pour faire et euh, elles ont souvent sautées, enfin il a fallu que j'aie assister aux examens parce que on avait un peu moins de radios pendant un creux dans la journée* » (E2). La difficulté à trouver des terrains de stage concerne davantage les **stages vasculaires** où les échographies vasculaires sont pratiquées de plus en plus par des angiologues « *Oui, elle n'a pas fait de stages vasculaires* » (E2).

► Synthèse de la catégorie « La formation par le D.I.U : l'accès et les stages » :

L'accès à la formation s'est amélioré et la formation est mieux structurée. L'établissement qui a déjà mis en place cette formation, possède un net avantage. Les M.E.R.M titulaires du D.I.U n'hésitent pas à communiquer des renseignements sur les modalités à suivre aux futurs M.E.R.M qui se lancent dans la formation. Cet accompagnement entre collègues, qui relève selon Doise (1986) un niveau inter-individuel, est le garant d'une formation de qualité et permet une meilleure prise en charge. La pratique, principale composante de la formation, est parfois difficile d'accès surtout pour les stages de vasculaire, surtout dans le Sud de la France.

③ Catégorie « Evolution professionnelle : relationnelle et professionnelle » :

- **M.E.R.M titulaires du D.I.U d'échographie :**

Au niveau relationnel, le M.E.R.M perçoit un **changement de posture vis-à-vis du patient** « *au niveau de la relation, c'est vrai que c'est, c'est assez particulier parce que nous on a l'habitude de lui son scan, son IRM et d'être assez éloigné quoi, tandis que là en écho, tu es vraiment à son chevet, quoi, au niveau du lit, tu es à côté de lui, il en profite pour, pour se confier, pour te parler, tu vois [...], alors qu'avant, tu n'avais pas cette relation, il arrivait, tu faisais son scan, il repartait...[...], il y a ce côté qu'on ne connaissait pas avant* » (E6), « *le contact aussi avec le patient, il y a un contact qui est très, bon là avec mes prémat malheureusement, c'est plus le cas mais avant quand j'étais toute seule avec un patient, je sais pas il y a un contact,, il y a quand même un contact de soignant* » (E1). Le changement le plus ressenti par l'ensemble des M.E.R.M exerçant l'échographie est la **relation avec le médecin** « *c'est plus le même contact, c'est pas possible, c'est plus le même contact, c'est plus le même regard, c'est différent !* » (E6). Cette nouvelle relation est souvent assimilée à la **confiance** donnée par les médecins « *ils nous font confiance, voilà ils nous laissent un peu plus libres* » (E10), « *ça nécessite aussi une relation de confiance avec la personne qui délègue [...], importante, je pense qu'elle est indispensable*

concrètement [...], parce que s'il n'y a pas de confiance, le gain de temps, il est nul et du coup, il n'y a pas forcément intérêt même professionnellement, je pense que les gens le vivent mal de faire des choses et qui sont pas, voilà enfin pas concluantes » (E8). Cette confiance est légitimée par l'obtention du D.I.U « ma 1^{ère} année, je faisais un examen, le médecin refaisait l'examen derrière moi, mais il a eu du mal aussi à me donner confiance donc il faut marquer des points et le fait d'avoir le D.I.U, m'a assis sur mes, sur des acquis, et la confiance s'est faite plus facilement par la suite » (E7). Il en ressort un véritable travail en équipe « on avance ensemble ! C'est vraiment un travail en équipe » (E7), « on échange en fait » (E6), « on travaille vraiment en collaboration » (E1). Cette entente avec les médecins a des **répercussions sur la relation avec le reste de l'équipe** qui ne pratique pas l'échographie « ça a été difficile au début, au début hein, maintenant ça y est, c'est terminé mais c'est, parce qu'ils avaient un autre contact avec euh, les médecins » (E4), « il y en a d'autres qui sont un peu jaloux » (E6), « je pense qu'ils ne réalisent pas l'investissement qu'il y a à faire au doppler, parce que quand on ne connaît pas, c'est normal ! » (E10). Les discordes sont amplifiées si le M.E.R.M n'est **pas sorti du roulement** « on était déjà 2 donc quasiment 10% du service à faire ça, euh si après on détachait un peu n'importe comment, euh, n'importe quand pour faire de l'échographie, ça aurait très mal passé au niveau de nos collègues, c'est sûr ! » (E8), « pour l'instant c'est plutôt ça, on perd un temps plein à cause de ma formation » (E1).

Pour eux, **l'ouverture du D.I.U d'échographie aux M.E.R.M** ne représente pas une évolution des pratiques professionnelles « peut-être aller travailler ailleurs si on en a envie quoi mais c'est tout ! » (E10), « alors le D.I.U plutôt la pratique de l'échographie parce que le D.I.U en lui-même, ça ne donne pas grand-chose » (E4). Le diplôme apporte **des connaissances** légitimant la pratique nouvelle du M.E.R.M « le D.I.U pour nous, ça nous permet de, d'avancer, d'avoir des bonnes connaissances, d'avoir un acquis [...], une validation par une reconnaissance papier...voilà tu es diplômée, tu as reçu le même diplôme qu'un interne » (E7), un besoin **intellectuel** « c'est quand même beaucoup plus gratifiant, intéressant, intellectuellement stimulant de faire de l'échographie » (E4), « je pense que c'est aussi en termes de, intellectuel, je pense que c'est assez intéressant au niveau médical quand même, parce que ça apporte pas mal de choses » (E8). Cette évolution réside principalement dans **l'autorisation d'effectuer des examens d'échographie** « concrètement, officiellement, on ne peut pas en faire ! Donc déjà, c'est un premier point » (E8), « une évolution de la réflexion du métier de manip » (E4) qui a des répercussions au niveau des délais de prise de rendez-vous des patients « concrètement pour le patient, c'est un vrai gain » (E8). La pratique de l'échographie est **plus spécifique**, ne ressemble

pas aux autres techniques d'imagerie « *l'échographie, c'est vraiment un monde à part, l'image est différente, c'est vraiment spécifique, hein* » (E7), « *le scanner toutes les images sont en ligne alors que là, on a une vidéo qui déroule devant les yeux et on prend une partie des images* » (E8). Le M.E.R.M se sent **plus impliqué**, il joue **un rôle dans le diagnostic** « *on est vraiment acteur, euh le mot acteur me gêne mais l'échographie, on fait l'examen de A à Z* » (E7), « *j'en avais un peu marre de pas être dans le processus du diagnostic* » (E1). Malgré l'acquisition de nouvelles pratiques, la majorité des M.E.R.M titulaires du diplôme **reste « manip »**, « *je veux rester manip, je reste à ma place* » (E7), « *je serai tenter de dire oui quand même comme manip* » (E8), « *je me sens toujours manipulateur, au contraire c'est en plus !* » (E6).

- **M.E.R.M en formation D.I.U d'échographie :**

Le **contact avec le patient** est recherché et anticipé par les M.E.R.M « *on revoit les gens, bon c'est quelque chose que j'aime bien moi, que je recherche* » (E5), « *ça ne change pas du tout mon rapport au patient* » (E2). Le **protocole de coopération entre professionnel de santé** prend alors tout son sens « *ils nous font confiance et c'est ça aussi qui est très important dans cette technique là, c'est la confiance qu'on peut nous donner, on devient plus collaborateur [...], des fois dans des cas difficiles, ben on se soutient mutuellement* » (E9), « *il y a un partenariat avec le radiologue* » (E2). L'**entente avec les autres M.E.R.M** du service n'est pas affectée « *les 2 autres, ils trouvent ça que c'est bien !* » (E5), « *c'est très bien accepté parce qu'ils voient aussi que, parce qu'ils voient qu'on a pas mal de travail* » (E9). 1 sur 4 a dû expliquer son positionnement, surtout dans le secteur public « *c'est parti au clash ! [...], dès que ça pose un problème d'organisation, et justement il manque un manip pour faire des radios [...], j'ai dit à l'équipe, voilà, je suis tout seul, je suis assez emmerdé, j'ai pas envie à chaque fois que ça tire la gueule parce que je pars faire une écho parce que voilà* » (E2), « *j'ai été dans le public hein juste avant, donc je sais de quoi je parle, les collègues des fois, c'est pas facile* » (E5).

Le diplôme D.I.U d'échographie pour les M.E.R.M en formation est un gage de **connaissances théoriques** « *augmenter les connaissances* » (E2), « *avec le D.I.U, la connaissance théorique surtout sur les bases physiques [...] ensuite l'approfondissement de l'anatomie* » (E3) et permet d'unifier **une base commune** sur le territoire français entre les M.E.R.M échographistes « *le diplôme permet de pouvoir exercer en dehors de l'hôpital* » (E9). En effet, dans certaines structures, les M.E.R.M sont sectorisés, ne feront pas toutes les échographies, également, celles qui sont prévues dans leur cursus universitaire. Le D.I.U apporte **un plus** pour ces personnes qui ne feront, par exemple, que du doppler dans leur service « *ça m'a aussi obligé ben d'approfondir* »

les choses, ça m'a obligé aussi de, ben de faire de l'échographie parce que sinon je ne fais que du doppler » (E9).

Une fois l'obtention du diplôme, le M.E.R.M se voit munir d'**une nouvelle compétence** « ça te fait prendre un certain, certaines compétences, d'autres compétences en plus à apprendre » (E3), « alors, pour le métier, ça rajoute encore une compétence supplémentaire [...], un éventail, un choix plus dirigé [...], c'est plutôt élargir les compétences » (E5) qui tend vers **une spécialisation** structurée « c'est des examens qui sont reproductibles, qui peuvent être très structurés » (E2), « des échos protocolisées » (E3) mais elle est perçue de manière totalement **différente** par rapport aux autres secteurs d'activités « c'est pas pareil dans la mesure où faire du scanner, ou manip au bloc, tu es formée par tes collègues directement, tu n'as pas besoin d'un diplôme, d'un autre diplôme en plus, quoi » (E3) « c'est opérateur dépendant donc c'est euh, ça n'a rien à voir avec euh les autres techniques [...], ça fait une spécialisation euh qui à mon avis, qui n'est pas du tout du même euh, qui n'a rien avoir avec une euh spécialisation scanner ou I.R.M, c'est pas pareil ! » (E9). Le **sentiment d'implication** est fort « une autre implication dans ce que l'on fait [...], il y a une implication euh majeur puisque euh l'examen est fait et pseudo interpréter en temps réel [...], c'est l'avantage pour nous, parce que du coup on va, on fait quelque chose d'intéressant » (E9).

L'obtention du D.I.U d'échographie ne modifie pas leur **appartenance au métier de M.E.R.M** « manip, toujours manip ! » (E5), « oui, manip, oui [...], ben avec un petit, enfin ouais un petit plus parce que on a un petit quelque chose, enfin faut pas exagérer non plus quoi » (E9), « pour faire avancer la pratique du manip, tout en restant dans notre domaine » (E2). **L'arrivée de stagiaires** des instituts de formation initiale vient enrichir cette évolution professionnelle « oui, j'ai vu dans certaines écoles, ils commencent à intégrer un petit peu, oui [...], c'est en 2^{ème} année, par contre, ils ont imposé un stage d'une semaine » (E3), « parce que euh là, une semaine d'observation, enfin biensur on voit enfin, c'est de la culture générale [...], mais ça ne va pas plus loin » (E9).

► **Synthèse de la catégorie « Evolution professionnelle : le relationnel et les pratiques » :**

Le contact du patient était pour les premières promotions, une évolution forte de leur métier, de retrouver ce **côté soignant** que l'évolution technologique éloigne parfois du patient. Pour la troisième promotion (2014-2015), c'est plutôt quelque chose qui va de soi. La **relation avec le médecin** est le fait le plus marquant apportant un **réellement changement** dans la représentation des pratiques où s'installe une confiance plus forte. La coopération avec le corps médical enrichit les pratiques des M.E.R.M où leur position demande de réactualiser sans cesse leurs

connaissances médicales. La relation entre collègues M.E.R.M est devenue plus posée, la formation D.I.U est **mieux acceptée** par l'entourage professionnel. La formation diplômante permet aux M.E.R.M de **légitimer leur présence** vis-à-vis des médecins par l'enseignement théorique de l'échographie, qui relève selon Watzlawich et al. (1975) du niveau 2 (transformation) venant de l'extérieur (D.I.U). Les M.E.R.M **s'impliquent** davantage dans leurs tâches, **participent aux diagnostics** jusque là réservés aux médecins ainsi l'échographie est vue comme une **activité plus intellectuelle et plus spécifique** en comparaison avec les autres techniques d'imagerie. Nous pouvons voir une mise à distance où il s'agirait plus d'un **autre domaine d'activité** au même titre que la radiothérapie ou la médecine nucléaire. L'**ouverture de stage d'observation** depuis 2-3 ans, à l'intention d'étudiants issus des instituts de formation permet d'asseoir cette **nouvelle compétence**, qui est **reconnue** et qui se **démocratise** au sein de la profession. Néanmoins, malgré un diplôme D.I.U permettant de connaître un ensemble d'examen pouvant être réalisé par un M.E.R.M, certains titulaires et en formation **ne feront pas toutes les échographies enseignées**. Cette **sectorisation** se ressent exclusivement au sein des **hôpitaux publics**, en effet le **secteur privé** donne aux M.E.R.M un plus **grand choix de possibilité**, jusqu'à dépasser les pratiques enseignées pendant la formation. L'ensemble des 10 M.E.R.M interrogés scandent à l'unanimité leur **appartenance à la profession de M.E.R.M avec une compétence supplémentaire**.

④ Catégorie « Responsabilité des actes » :

- **M.E.R.M titulaires du D.I.U d'échographie :**

Avec l'acquisition de cette nouvelle compétence, les M.E.R.M éprouve une plus **grande responsabilité des examens, recherchée mais difficile** car **nouvellement perçue** « *c'est bien et difficile, je trouve* » (E10), « *on n'est plus protégé par euh, par un radiologue enfin protégée entre guillemets mais là, vous êtes voilà face à vos erreurs, donc oui, plus du tout la même chose* » (E4), « *on a une responsabilité de ne pas passer à côté de quelque chose [...], dans le scanner pour moi, hein à mon avis, on est responsable de la technique que le médecin nous donne comme protocole* » (E7). Les M.E.R.M sont toutefois **rassurés par la présence du médecin** « *c'est bien parce qu'on a le médecin derrière nous donc euh, on s'sent soulagé et puis parfois, on ne l'a pas, parfois ça peut être difficile* » (E10), « *pour l'instant, je suis bien content que, qu'il y ait le médecin à côté et qu'il soit euh facile d'accès si il y a besoin de, qu'il prenne la main ou quoi* » (E6). Les M.E.R.M s'octroient une **ligne de conduite respectueuse et mesurée** en gardant leur place de M.E.R.M « *on n'est pas des médecins, loin de là* » (E4), « *moi,*

je reste toujours très humble, j'ai beaucoup à apprendre, et j'ai encore énormément à apprendre » (E1), « *si on voit une, une masse qui est vascularisée ben faut pas dire, je ne l'ai pas vu, il faut la prendre en photo, faut voir où elle est accrochée* » (E7). Ils n'hésitent pas à **solliciter l'aide du médecin** en lui demandant de **vérifier** une image suspecte « *il y a certaines échos que je ne me lance pas dedans [...], il y a certaines choses qui sont complètement euh, qui sont trop poussées dans le médical [...], en règle générale, dès qu'il y a quelque chose qui sort un peu de l'ordinaire, on fait vérifier systématiquement* » (E8), « *si j'ai un doute, je n'hésite pas à appeler* » (E6).

- **M.E.R.M en formation D.I.U d'échographie :**

Les M.E.R.M en phase d'apprentissage réalisent la **responsabilité nouvelle** qui leur incombent « *il y a quand même oui, une vraie responsabilité qui diffère [...], les responsabilités sont un peu plus accrues* » (E3), « *il y a une responsabilité, ça ne veut pas dire que dans les autres techniques, il n'y a pas de responsabilité mais comme c'est vu de derrière, enfin c'est vu en deuxième temps et qu'on peut revoir les choses, euh, c'est pas du tout pareil, c'est pas du tout pareil* » (E9) mais ils ont encore le sentiment d'être **sous la responsabilité du médecin** comme pour les autres techniques « *on est sous la responsabilité du médecin, c'est le texte de loi* » (E5), « *c'est quand même le médecin qui euh est responsable de ce que l'on fait* » (E9). La pratique de l'échographie étant opérateur-dépendant est soumise à un **risque d'erreur** « *quand on fait une image, on peut présenter une image qui peut être complètement pathologique alors qu'il n'y a rien de pathologique* » (E5) et s'appuient sur l'expérience du médecin « *je pense qu'au niveau de la responsabilité au moindre doute toute façon, c'est l'appel du radiologue* » (E5). La responsabilité « morale » existe aux yeux des M.E.R.M soucieux de leur travail « *faut que la manip comprenne qu'elle est manip, donc elle reste à sa place, elle ne déborde pas de ses limites* » (E3) mais **s'inquiètent de leur responsabilité professionnelle** « *faut définir les cadres, c'est-à-dire jusqu'où on est responsable et tout ce qu'on peut faire* » (E9), « *oui, je pense qu'elle est très grande, je pense avoir besoin de garde fou [...], pour dépanner un urgentiste la nuit, il pourrait très bien me demander de faire un examen rapide, en disant jette un coup d'œil quoi, le problème c'est que moi, j'engage ma responsabilité là-dessus, qui va me couvrir si voilà, donc il faut que ça reste quand même assez structurer* » (E2)..

► **Synthèse de la catégorie « Responsabilité des actes » :**

La responsabilité des actes appartient **officiellement au corps médical** qui effectue toujours le compte rendu et le signe. Néanmoins, par son caractère opérateur-dépendant, la pratique de

l'échographie demande aux M.E.R.M une **plus grande vigilance** dans la production des images échographiques. Ce sentiment de responsabilité est prononcé aussi bien par ceux pratiquant l'échographie que ceux en phase d'apprentissage. En termes d'objectivation de Moscovici (1961), le M.E.R.M exerçant l'échographie prend les traits d'un professionnel de santé responsable de ses actes (personnification). C'est un **profond changement** dans leur représentation professionnelle qui est parfois vécu comme **difficile**, car **peu accompagné** et **nouveau** du fait d'un **niveau supérieur** en termes de responsabilité. Les M.E.R.M ressentent le **besoin d'être soutenus** par la vérification du médecin, du fait de leur manque d'expérience pratique et de leur limite en savoir médical. Le sujet de la responsabilité, savoir où commence le médical et où s'arrête le paramédical est une **notion vague** qui semble de pas être franchement abordée dans le cursus, ou du moins précise. Il est important que les pratiques des M.E.R.M échographistes soient clairement définies afin d'assurer une coopération entre médecins et M.E.R.M efficiente.

La responsabilité des actes est une **évolution professionnelle transversale** ressentie par la majorité des M.E.R.M concernés.

⑤ Catégorie « Paramètres de la formation : avant et pendant » :

- **M.E.R.M titulaire du D.I.U d'échographie :**

L'échographie par un M.E.R.M est pratiquée **depuis longtemps** de manière non officielle « *des années, elles, enfin ça doit faire 15, 20,30 ans, il y a en a une, elle a toujours fait de l'échographie* » (E7). « *il y avait déjà deux manipulatrices qui effectuaient des échos [...], mais ce protocole de coopération n'était pas encore passé, hein, ce n'était pas encore d'actualité [...], illégalement et sous l'aval de, du chef de service, elles avaient eu au préalable une formation théorique, pratique par leur chef de service* » (E6) Néanmoins, les M.E.R.M effectuaient **certaines échographies**, sous la responsabilité du médecin, exclusivement dans son service « *j'avais déjà fait cette partie là théorique et pratique dans le service, mais c'était de façon tout à fait euh, enfin c'était voilà dans le service, et puis c'était tout à fait officieux parce que comme on n'avait pas le D.I.U forcément [...], j'en faisais un petit peu avant déjà mais seulement des ETF, quoi, c'était vraiment limité à cet examen là, bien particulier* » (E8). Cette activité ne concernait que **certaines établissements du Nord de la France** « *historiquement, euh, le CHU de Rouen était fait comme ça !* » (E8), « *c'était pratiqué plus dans le Nord justement, pas trop dans le Sud mais dans le Nord* » (E4) car dans le Sud de la France, le travail proposé en échographie était totalement **différent** et pour la plupart, c'est encore comme cela « *les postes*

d'échographie n'étaient pas intéressantes puisqu'on s'occupait uniquement de l'administratif » (E8), « *je vais installer les gens sur le lit, je vais mettre la serviette et faire de la cotation* » (E7). Le **protocole de coopération rouennais** permit la mise en place de cette activité en faveur des M.E.R.M « *le protocole rouennais a été le tout premier à être en place avec des actes bien définis, c'est vraiment l'écho doppler [...], euh il y avait aussi l'écho abdominale, [...] c'est très protocolé et euh les tâches étaient vraiment très, très définies* » (E7). En parallèle, les premiers protocoles, en vue d'un manque de radiologues, ont permis d'intégrer des **angiologues et des médecins urgentistes** dans le processus « *il y a eu la sonnette d'alarme, il y a une dizaine d'années pour mettre en place ce genre de coopération [...], c'est pour ça qu'il y a eu aussi, un appel d'angio et de médecins urgentistes avec le D.I.U pour faire le, la réalisation des examens, enfin les comptes rendus des examens* » (E7). Les M.E.R.M titulaires du D.I.U ont souvent une **grande expérience** dans d'autres domaines **sauf l'I.R.M** « *quand vous avez fait tout, la radiothérapie, la médecine nucléaire [...], j'ai à peu près fait tous les profils du manip, hein, de la médecine nucléaire à la radiothérapie, à la radio [...], au scan et puis là l'écho doppler [...], il me manque l'IRM* » (E4), « *j'ai tout fait sauf l'I.R.M* » (E1) ou **ont déjà pratiqué** l'échographie. Nous constatons que la majorité des M.E.R.M ont dû **s'informer et faire des recherches** afin de récolter les informations nécessaires surtout dans le Sud de la France où ce « droit » était peu connu « *5 ans avant que je passe mon diplôme [...], ils avaient organisé cette formation pour montrer aux autres manipulateurs qui aimeraient apprendre cette acquisition, ils avaient organisé cette formation donc moi ça m'a plu et dans mon service, j'en ai parlé à mon cadre sup* » (E6), « *on est allé dans des congrès et on a vu, on a rencontré le responsable de l'AFPPE qui a fait euh le D.I.U d'échographie* » (E4).

Le recul des M.E.R.M diplômés permet de comprendre dans sa globalité les enjeux mis en place pendant la formation. Les cours théoriques, dispensés aux M.E.R.M leur ont semblé **adaptés** « *c'est complet et franchement les cours sont super bien fait* » (E1), « *les profs, ils sont bien la plupart ce sont des médecins [...], c'est vachement bien fait, le support euh, la logistique* » (E6) mais ils n'ont disposé d'**aucun accompagnement particulier** « *on n'a aucun accompagnement hein, après on avait une secrétaire qui nous envoyait par mail les informations, tous les 3 mois quoi [...], il n'y a aucun accompagnement de la part de, voilà du D.I.U* » (E4) et la formation a rassemblé aussi des **médecins de différentes spécialités**, atteignant un grand nombre de participants « *il y avait énormément de médecins qui le passe* » (E1), « *nous la notre, je me rappelle qu'on était beaucoup plus quand même, on devait être euh 60-70 non, c'est ça, 50 je ne sais plus combien on était [...], on était quand même un certain nombre* » (E8). De plus,

l'organisation pendant la formation a demandé un **grand investissement** de leur part « *bon sérieusement, très sérieusement, on a bossé, on a vraiment bossé quoi !* » (E1), « *vraiment le D.I.U d'écho a été un, une année dure quand même, parce que moi ça faisait 13 ans que j'avais fini l'école, j'ai eu, ah la famille, la maison, les enfants en bas âge, reprendre une, les cours le soir sur internet* » (E7). En effet, la plupart d'entre eux ont **continué à travailler** à côté « *j'ai travaillé en parallèle, en fait ce qui s'est passé, elle m'a, la cadre m'a mis euh à peu près 50% de mon temps de travail en stage et le reste du, du temps, j'étais ici, je continuais mes gardes et j'ai continué tout le reste* » (E1), « *la plupart des manipulateurs avec qui j'étais, ils l'ont fait en 2 ans parce que, le temps d'associer la formation, les terrains de stage, le travail au sein de leur établissement respectif* » (E6). Nous pouvons constater qu'aucune reconnaissance financière ou de statut n'a été accordé « *on n'est pas considéré euh spécialement mieux, enfin voilà, euh il n'y a pas de différence de salaire* » (E6), « *on espère une revalorisation* » (E7).

- **M.E.R.M en formation D.I.U d'échographie :**

Les M.E.R.M (2 sur 4) ont su l'existence de ce diplôme essentiellement par la **revue des manipulateurs** « *non par la revue du manipulateur [...], ils avaient déjà publié un article là-dessus par rapport aux manips qui commençaient à exercer, aux manips qui avaient déjà passé leur D.I.U* » (E3) ou encore par hasard **lors de stages** « *je l'ai su par hasard [...], en 95, j'avais vu des manips faire des échos obstétricales à X (ville) enfin du moins des échographies en pédiatrie [...], oui donc c'est vieux et pourtant, après j'ai une culture un peu nord-américaine* » (E2), seulement une seule **pratiquait déjà l'échographie** depuis de nombreuses années « *ça fait 10 ans que j'en pratique* » (E9). Nous avons pu confirmer avec cette personne, **qu'avant le décret de 1997**, les M.E.R.M avaient le **droit au recueil de signal** qui fut par la suite enlevé lors du décret de 1997 « *quand j'ai commencé, on avait le droit de recueillir le signal et euh, après euh, il s'est trouvé qu'on avait plus le droit [...], ensuite très vite, il y a eu la loi, le rapport Berland, qui a, qui a constaté qu'on avait besoin de faire un travail de coopération donc on a testé 3 C.H.U donc, dont Rouen et j'ai fait parti des tests [...], je suis autorisée à exercer au sein du C.H.U de Rouen sans avoir le diplôme, le D.I.U* » (E9). La création du diplôme D.I.U d'échographie **change les représentations professionnelles** des M.E.R.M vis-à-vis de leur participation lors de l'échographie « *le manip en échographie, bon ils ne font presque rien quoi, même boulot que les aides- soignants [...], au départ sur ce poste, là où je suis à l'échographie, il y avait une manipulatrice mais elle faisait comme tout le monde, 1 manipulatrice et 6 aides-soignantes, donc elle faisait comme tout le monde, installer les patients et servir le médecin* » (E3).

Le diplôme D.I.U d'échographie s'adresse **également aux médecins**, qui souhaitent réaliser des échographies et **répond à la demande** des M.E.R.M « *elle est bien adaptée, c'est pas infaisable d'avoir le tronc commun, malgré qu'il y a des médecins qui le passent et que c'est le même que les internes, même les internes radio sont obligés de le passer aussi, donc, euh, pour l'instant, je pense que c'est pas inadapté* » (E2). Cependant, le temps consacré à la théorie est perçu par l'ensemble des formés comme **court** « *il y a un tronc commun, donc euh, c'est-à-dire la théorie sur la physique des ultra sons, les bases de l'échographie vraiment, ça va durer en gros, ça va durer deux jours et demi, voilà, ensuite, il y a 2 modules donc le 1^{er} qui concerne euh l'abdomino-pelvien donc là pareil, alors il y a 3 jours de cours théoriques et euh, un module superficiel et vasculaire, là aussi il y aura 3 jours de cours théoriques, c'est super court !* » (E5), « *c'est peu mais tout ce fait après par la pratique* » (E2). L'A.R.S¹⁹ demande un temps de travail de 50% minimum pour reconnaître le protocole de coopération à la pratique de l'échographie, une fois l'obtention du diplôme. Nous constatons que cette répartition de travail n'est **pas clairement définie** pendant la formation « *une vacation, je pense pour une demi-journée ou une journée, je ne sais pas encore, par contre, ce n'est pas encore défini* » (E5), « *le minimum de 50%, je ne sais pas trop comment il va s'articuler dans le travail, j'espère que ça ne sera pas trop haché et qu'on arrivera à 50% sans se battre* » (E2).

Les cours théoriques du tronc commun ont pu être **adaptés à la situation géographique** des participants « *j'ai eu la chance d'être directement dans la salle avec le prof mais il y a d'autres personnes dans d'autres centres qui ont suivi en téléconférence, en vidéoconférence* » (E3).

► Synthèse de la catégorie « Paramètres de la formation : avant et pendant » :

En France, la pratique non officielle de l'échographie par un M.E.R.M remonte à loin. La notion, déclarant le droit du M.E.R.M à recueillir le signal en échographie avant le décret de 1997, est essentiellement connue des M.E.R.M du Nord. Cette information prend appui selon Moscovici (1961) sur un ancrage ou cadre de référence constitué par l'apport historique de la pratique dans cette partie de la France. En effet, une majorité de personnes exerçant dans le Sud n'ont jamais eu connaissance de cette information. La promotion en cours semble avoir de l'expérience professionnelle uniquement dans le domaine de l'imagerie conventionnelle ou interventionnelle, contrairement aux promotions précédentes qui avaient une vision complète de la profession de M.E.R.M (radiothérapie, médecine nucléaire, imagerie conventionnelle et interventionnelle). Par contre, aucun M.E.R.M titulaires ou en formation n'a de spécialité en I.R.M, qui est souvent

¹⁹ Agence Régionale de la Santé.

perçue comme complexe. L'investissement personnel est très important pendant la formation. Une majorité de personnes a poursuivi sa formation tout en travaillant à côté sans avoir reçu aucun accompagnement physique durant son cursus. L'organisation du diplôme au niveau pédagogique semble avoir été pensée et la présence de médecins assoit un enseignement de qualité en faveur des M.E.R.M. La réalité aux terrains est plus floue, c'est-à-dire que le M.E.R.M en formation a des difficultés à se projeter sur le temps consacré à sa future pratique.

© Catégorie « Recommandations » :

- **M.E.R.M titulaires du D.I.U d'échographie :**

- **L'expérience professionnelle :** avoir de l'expérience semble être un atout pour faciliter la compréhension en échographie « *je pense qu'il faut avoir quand même une certaine expérience, et par contre, d'avoir fait aussi de l'imagerie en coupe et justement, vraiment un gros avantage, hein. C'est un gros avantage, ah oui !* » (E4). La représentation dans les 3 plans de l'espace (longitudinale, sagittale, coronale), pratiquée au scanner ou à l'I.R.M, permet d'avoir des repères transmissibles à la pratique de l'échographie. L'anatomie se rapportant à l'ultrasonographie est visuellement différente. De ce fait, l'expérience professionnelle concourt à appréhender plus aisément l'acquisition de connaissances en anatomie échographique.

- **Le recul sur soi :** comprendre sa position dans ce processus « *ça ne s'apprend pas à l'école [...], quand vous faites une échographie, que vous avez rien vu et que le patient passe un scanner, et il y a quelque chose, bon, c'est pas... faut l'accepter quoi, faut accepter de se remettre en question quand même et faut accepter l'erreur* » (E4). Le professionnel de santé doit s'attacher à analyser sa pratique professionnelle même si comme le souligne Lafortune « *l'analyse de sa pratique est un processus complexe et évolutif* » (2015, p. 122). Cette démarche réflexive permet de se positionner en s'assurant de « *garder sa place de manip, et de pas jouer au docteur* » (E7).

- **Faire preuve d'adaptabilité :** savoir renouveler sa pratique, intégrer une nouvelle manière d'exercer sa profession « *vraiment faut quand même une grosse capacité d'adaptation, ne serait ce pour...aux radiologues et puis d'avoir fait une adaptation, une nouvelle façon de travailler aussi qui est complètement différente, de la réflexion* » (E4). Pratiquer l'échographie, c'est être capable d'accepter le changement et de réussir à s'adapter à cette nouvelle compétence.

- **L'investissement personnel** : la pratique de l'échographie demande un changement d'organisation qu'il faut savoir appréhender « *faut vraiment qu'il y est un investissement autre ce que vous avez donné au travail, c'est-à-dire qu'après faut sans cesse se renouveler, enfin sans cesse, enfin potasser, regarder de nouvelles pathologies [...], c'est quand même un travail en amont qui ne s'arrête pas en fait, à l'échographie que l'on réalise dans le service* » (E4). Etre volontaire renforce cette implication des professionnels de santé. En effet, lorsque le changement est souhaité et non subi, l'investissement personnel est de plus grande ampleur.

- **Etre responsable** : l'échographie étant opérateur-dépendant relève d'une grande responsabilité dans la production des images en vue de l'interprétation du médecin « *faut pas juste se contenter de faire l'image, il faut aussi regarder ce qu'il y a entre chaque image* » (E1). La présence de cette recommandation évoquée par les M.E.R.M interrogés, montre que les représentations professionnelles concernant le niveau de responsabilité change même si, à l'heure actuelle, le médecin est le seul responsable des actes d'échographie réalisés.

- **L'accompagnement** : l'accompagnement au changement n'est pas pris en compte lors de la formation, ni après « *si c'est par exemple lui donner des conseils sur déjà mettre en place le dossier pour le D.I.U, c'est quand même assez compliqué [...], si c'est euh l'encadrer pour lui donner des pistes, lui donner des conseils au niveau organisation, d'accord, après par si c'est la formation, la formation pour faire des échos, non. Faut que ça reste les médecins* » (E4). Le D.I.U ne privilège qu'une approche applicationniste, c'est-à-dire l'accompagnement passe uniquement par le maître de stage qui enseigne la pratique de l'échographie. La présence d'un tuteur ou personne référente pendant la formation, permettrait d'apporter des informations claires et fiables, et de favoriser une réflexion sur le sens à donner à la récente pratique en échographie des M.E.R.M.

- **La pratique** : l'échographie est une modalité où la principale action pour progresser est de multiplier les examens « *c'est quelque chose qui s'apprend [...], sur le terrain avec l'expérience* » (E4). La maîtrise de l'échographie est un processus long qui nécessite du temps « *il faudrait peut être deux ans si vraiment on veut faire tous les stages de façon correcte, très approfondie* » (E1). Le fait d'avoir pratiqué avant de passer le D.I.U, a facilité la progression de certains M.E.R.M, mais cela demande réflexion en termes de pédagogie.

- **M.E.R.M en formation D.I.U d'échographie :**

- **L'organisation** : la notion de temps est très représentative des 4 M.E.R.M interviewés « *faut quand même bien s'organiser [...], faut prendre le temps de se poser, d'étudier un dossier et de prendre des notes* » (E2). Nous constatons qu'il existe un manque organisationnel pouvant faire défaut lors de l'apprentissage des M.E.R.M. « *il faut rajouter du temps dans la formation* » (E5). Les bases physiques en échographie pourraient être intégrées à la formation initiale au même titre que les enseignements de physique de l'imagerie radiologique.

- **Le travail personnel** : le travail en formation demandé est très soutenu, l'individu doit montrer un engagement dans son apprentissage, une grande motivation « *faut de la persévérance, c'est vrai, faut de la persévérance* » (E2). Le manque d'accompagnement engendre un important travail personnel d'approfondissement « *faut pas avoir peur de savoir travailler tout seul* » (E5), qui pas faute de temps, peut-être perçu comme inefficace.

- **L'accompagnement** : pendant la formation, le M.E.R.M a le sentiment d'évoluer seul et souhaiterait un accompagnement « *on a besoin qu'on nous, qu'on nous rassure en disant si c'est bien, si c'est pas bien, qu'on nous aiguille en disant ben fait un petit peu comme ça, tu vas voir ça va être mieux et puis qui, nous, qui soit un petit peu derrière nous [...], quand on a des questions, euh des questions parce qu'on ne comprend pas parce que euh, on est un peu coincé, ben on aimerait bien avoir des réponses, ça nous aide à avancer* » (E9). Nous pouvons inférer que l'apprentissage pratique de l'échographie se déroule sur le mode du compagnonnage traditionnel.

- **L'expérience professionnelle** : 3 M.E.R.M en formation n'estiment pas nécessaire un temps minimum et ne voient pas de difficultés d'enchaîner après le D.E. ou D.T.S de M.E.R.M « *il peut bien, je pense même que c'est mieux parce qu'il a encore la mémoire fraîche [...], c'est mieux de préparer jeune* » (E3), seule une personne propose un minimum d'expérience professionnelle pour acquérir les compétences requises en échographies « *il faut avoir fait un peu, bon je ne sais pas si en 2 ans, on peut faire le tour de pas mal de choses, mais quand même je pense qu'il faut de l'expérience* » (E2). La réingénierie en cours des formations paramédicales pourrait peut-être prendre en compte l'enseignement en échographie et donner la possibilité aux M.E.R.M d'être échographiste avec un niveau master.

- **La pratique de l'échographie** : apprendre l'échographie, pour l'ensemble des M.E.R.M, s'acquière en manipulant la sonde de l'échographe et en collaboration avec le médecin déléguant. Il est important de « *beaucoup pratiquer [...], et de ne pas pratiquer en alternance, en mi-temps [...], bien s'immerger, ça, c'est important !* » (E9). La formation D.I.U en échographie repose essentiellement sur des enseignements dits « professionnels » au profit des enseignements « théoriques ».

► **Synthèse de la catégorie « Recommandations » :**

L'intégration d'une initiation dans les instituts et écoles de M.E.R.M est appréciée par l'ensemble des personnes concernées, permettant d'inviter de futurs échographistes à cette discipline. Néanmoins, les 10 M.E.R.M titulaires du D.I.U ne souhaitent pas le voir intégrer dans sa globalité dans le cursus initial des 3 ans d'étude puisqu'il est essentiel, selon eux, d'acquérir une certaine expérience professionnelle et de laisser le choix de poursuivre. La totalité des M.E.R.M titulaires ou en formation D.I.U d'échographie, par sa complexité, affirme que la pratique de l'échographie par un M.E.R.M doit être une spécialisation au même titre que les IADE et les IBODE. Par cette insertion de la nouveauté (pratique de l'échographie) dans un cadre ancien (les spécialités infirmières), nous évoquons le processus d'ancrage de Moscovici (1961). Le niveau master peut être à envisager pour d'une part solliciter une reconnaissance de la pratique mais aussi donner de la cohérence au système L.M.D mis en place au sein des formations initiales paramédicales et donner un apport en connaissances médicales.

La pratique est très importante pour l'ensemble des M.E.R.M ainsi que l'investissement du travail personnel à fournir pendant la formation et même après l'obtention du diplôme. 1 M.E.R.M en formation soulève le problème de pratiquer d'autres techniques pendant la formation. Afin de garantir les meilleures conditions, il est en effet préférable de se consacrer pendant au moins une année à ne faire que de l'échographie. Nous remarquons également que certains ont pu bénéficier d'une pratique en échographie avant de passer le diplôme, même si l'accompagnement était moins ciblé, cela leur a permis une meilleure compréhension de cette discipline.

Nous allons nous servir de cette partie afin d'apporter les arguments recueillis et ainsi envisager des recommandations dans l'accompagnement au changement.

4. Recommandations dans l'accompagnement au changement :

En analysant les données recueillies des deux groupes de M.E.R.M, il nous semble intéressant de prendre en considération les difficultés qu'ils ont pu rencontrer et des idées qu'ils nous ont soumises dans le but de préparer au mieux les futurs M.E.R.M désireux de s'engager dans cette discipline.

- **Allonger le temps de formation** pour approfondir les connaissances. De ce fait, la possibilité d'une transformation annoncée par la D.G.O.S²⁰ en master 2 peut solutionner ce problème et permettra d'asseoir une nouvelle reconnaissance professionnelle.
- **Organiser** plus facilement les terrains de stage. En effet, que tous les M.E.R.M puissent participer à l'ensemble des modules enseignés, surtout le doppler dans le Sud de la France, plus difficile d'accès.
- **Instaurer un dialogue** avec les médecins en les sensibilisant au fait qu'adhérer à un protocole de coopération améliore l'accès aux soins des patients en diminuant le délai de prise de rendez- vous.
- **Apporter une réflexion autour de la notion des pratiques avancées** à l'attention des futurs M.E.R.M « échographistes » durant les dispositifs mis en place, c'est-à-dire le protocole de coopération entre professionnels de santé et la formation diplômante, le D.I.U d'échographie.

De plus, nous pouvons ajouter que l'enseignement retenu du rapport de mission « *Etat de l'art (national et international en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé* », missionné par l'H.A.S et co-rédigé par le Pr Granry et le Dr Moll en Janvier 2012, montre l'utilisation de la simulation en échographie. Nous pouvons donc préconiser cette pédagogie, ainsi **la simulation des actes en échographie** pourrait être mise en place en faveur des M.E.R.M afin de pallier aux manques d'accès aux stages et d'accompagner plus aisément les apprentis à analyser et solutionner les difficultés rencontrées. L'apport pédagogique en simulation comme le briefing et le débriefing sont aussi des étapes importantes pouvant enrichir l'apprentissage de la pratique.

²⁰ Direction Générale de l'Offre de Soins.

Conclusion :

En réponse à la question de recherche initialement posée, nous constatons que les pratiques des M.E.R.M exerçant ou en passe d'exercer l'échographie ont **des représentations professionnelles communes**. Ils évoquent un nouveau partenariat avec le médecin dû aux protocoles de coopération professionnelle où ont lieu des transferts d'actes d'échographie, validés par l'A.R.S, après avis de l'H.A.S, permettant de pallier à la démographie déclinante des radiologues notamment. Il est à noter également leur prise de conscience de l'opportunité dans leurs évolutions personnelles et professionnelles. La responsabilité qu'engendre cette nouvelle compétence est présente à l'esprit et correspond à leur attente vis-à-vis d'une reconnaissance professionnelle. L'apport de connaissances véhiculées lors de la formation du D.I.U d'échographie alliant cours théoriques et pratiques, est souhaité et apprécié de tous. Le D.I.U d'échographie permet une base commune et elle est promise à une formation de qualité au même titre d'un radiologue. En effet, dans son cursus, le médecin radiologue ne consacre que 6 mois de cours théoriques à l'échographie et la compétence est accessible par l'expérience régulière de nombreux examens réalisés. Du fait de l'implication et de l'investissement personnel à fournir pendant la formation, ils n'envisagent pas d'intégrer cette modalité aux instituts de formation et des écoles de M.E.R.M. D'une seule et même voix, ils clament leur appartenance à la profession de « manip » dotée d'une nouvelle spécialisation.

Cependant, nous notons également **des représentations professionnelles divergentes** au sein même des deux groupes de M.E.R.M. Selon la structure, la mise en place de protocole de coopération est plus difficile à mettre en place face à la méfiance d'une partie du corps médical. Les établissements ayant participé aux expérimentations et ceux du secteur privé, rencontrent un avis favorable de la part des médecins à collaborer avec des M.E.R.M et de déléguer ainsi plus facilement des examens d'échographie. La méfiance parfois entre collègues rajoute des réticences à l'égard du changement de pratiques. La connaissance de l'information relatant que le recueil de signal était réalisé par les M.E.R.M avant que le décret de la profession de 1997 n'exclue cette modalité de leurs compétences, est seulement détenue par une minorité de M.E.R.M échographe. Une seule personne sur les 10 M.E.R.M interrogés a effectivement connu l'existence de ce droit. Ces éléments témoignent de difficultés à solutionner pour accompagner le changement des personnes concernées, c'est-à-dire les M.E.R.M et les médecins.

Néanmoins, on peut se demander, en guise de discussion, si demain la démographie médicale retourne à l'équilibre, qu'en sera-t-il des M.E.R.M échographistes ? Leur présence était-elle assurée ? De plus en plus, de médecins de spécialités différentes comme les médecins généralistes, les pneumologues, les rhumatologues s'initient à la pratique de l'échographie. L'existence d'un second cursus au C.F.F.E²¹, en parallèle du D.I.U et réservé uniquement à la profession médicale, forment ces nouveaux praticiens. D'après les sources C.N.A.M.T.S²² de 2002, la répartition dans le secteur libéral est de l'ordre de 49% des actes d'échographies réalisés par des radiologues. Ce qui tend à penser, que les examens d'échographie vont être de plus en plus disséminés par discipline, pouvant diminuer la qualité de la prise en charge du patient si un cloisonnement trop important intervenait. L'émergence de pratiques avancées comme l'échographie au sein de la profession de M.E.R.M viendrait « au secours » des radiologues qui voient leur exclusivité médicale remise en cause.

Comme apports complémentaires à cette étude, nous illustrons nos propos par deux récentes contributions porteuses d'un changement orienté ou « imposé ». L'**article 30 du projet de loi de santé** promulguée le 9 avril 2015 définit « *la notion de pratique avancée d'une profession de santé paramédicale et les modalités de son inscription dans la partie législative du code de la santé publique* ». Un futur décret devra préciser « *la nature du diplôme, la durée minimale de la profession et les modalités d'obtention du diplôme et de reconnaissance mutuelle* ». Dans un même temps, une nouvelle loi de santé, concernant plus spécifiquement le métier de M.E.R.M, fut adoptée le 14 avril 2015 par l'Assemblée générale. Le texte prévoit la **suppression de la surveillance des actes du M.E.R.M par le radiologue**, modifiant l'article L. 4351-2 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession (cf. supra).

Les décideurs politiques reconnaissent et facilitent l'émergence des pratiques avancées. De ce fait, la notion d'accompagnement au changement devient un véritable enjeu pour apporter un soutien aux professionnels de santé.

²¹ Centre de Formation Français à l'Echographie, enseigné par le Pr Bourgeois.

²² Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

☞ Limite de l'étude:

Une conclusion générale ne peut être soumise en vue d'un échantillon restreint des deux types de M.E.R.M interrogés. De plus, malgré la vision de personnes exerçant dans le secteur privé ou semi-privé, celle-ci reste néanmoins minoritaire par rapport à celle du secteur public.

Certains M.E.R.M ont déjà été interrogés par les revues « *Manip Info* » et « *Le manipulateur* » notamment, et ont déjà pu effectuer une réflexion sur leurs nouvelles pratiques, ce qui peut créer un biais dans la spontanéité des réponses des interviewés.

L'accès aux M.E.R.M en formation du D.I.U d'échographie a été difficile car la période des entretiens menés correspondait, soit aux cours théoriques dispensés à Paris, soit au temps consacré aux révisions.

Pour finir, nous aurons pu associer une seconde méthode d'analyse des données, par exemple l'utilisation du logiciel I.R.A.M.U.T.E.Q²³ afin d'objectiver les propos recueillis. En effet, l'analyse catégorielle rend cette étude soumise à la subjectivité de l'apprenti-chercheur.

☞ Perceptive de recherche :

Il serait intéressant d'étendre cette étude dans le temps, et de réinterroger les personnes de la promotion de 2014/ 2015, une fois leur diplôme obtenu, un an plus tard afin de laisser le temps à la mise en place de leur pratique quotidienne dans leur service respectif. L'objectif de l'étude permettrait d'une part de voir l'évolution des représentations professionnelles des M.E.R.M « échographistes » en prenant en compte les éléments recueillis de cette présente recherche et d'autre part de créer un référentiel explicatif destiné aux cadres de santé et au chef de service (et aux radiologues du secteur privé) d'un établissement de radiologie désireux de former leurs professionnels de santé aux actes d'échographie.

La démarche d'étude pourrait être également élargie à certains pays anglo-saxons comme le Québec et le Canada où la pratique de l'échographie par des non professionnels de l'imagerie médicale s'est développée depuis fort longtemps.

²³ Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires.

Bibliographie

Abernot, Y. et Eymery, C. (2013). Le changement en éducation et formation : un mot à la mode, une réalité socioéducative, une préoccupation scientifique ?. Dans Bedin, V. (dir.). *Conduite et Accompagnement du Changement. Contribution des Sciences de l'Éducation*. Paris : L'Harmattan.

Abric, J. C. (dir.) (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF.

Abric, J. C. (dir.) (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Paris : Erès.

Alter, N. (2010). *L'innovation ordinaire*. Paris : PUF.

Bachelard, G. (1938). *La formation de l'esprit scientifique : contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*. Paris : Vrin.

Baluteau, F. (2003). *École et changement. Une sociologie constructiviste du changement scolaire*. Paris : L'Harmattan.

Bastiani, B. et al. (2015). Pratiques avancées : des représentations professionnelles aux repères pour accompagner le changement. Dans Saint-Jean, M., Péoc'h, N. et Bastiani, B. (dir). *Accompagner le changement dans le champ de la santé*. Paris : De Boeck Estem.

Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. New York : Ballantine.

Berland, Y. (2002). *Démographie des professions de santé*. Récupéré du site de la revue : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000643/0000.pdf>

Berland, Y. (2003). *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*. Récupéré du site de la revue : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619/0000.pdf>

Berland, Y. (2007). *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*. Récupéré le 10 décembre 2014 de <http://www.aeeibo.com/HASlaformationdesprofessionnelspourmieuxcoopéreretsoigner.html>

Collerette, P., Delisle, G. et Perron, R. (1997). *Le changement organisationnel. Théorie et pratique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Doise, W. et Palmonaria, A. (1986). *L'étude des représentations sociales*. Paris : Delachaux & Niestlé

Durkheim, E. (1898). *Représentations individuelles et représentations collectives*. Paris : PUF.

Durkheim, E. (1991). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris : Le livre de poche.

Clot, Y. (1995). *Le travail sans l'Homme*. Paris : La Découverte.

- Cros, F. (2004). *L'innovation scolaire au risque de son évaluation*. Paris : L'Harmattan.
- Germier, C. (2014). Le collectif d'enseignants, objet de représentations professionnelles : proposition d'un cadre de lecture. *Questions Vives*. Récupéré sur le site de la revue : <http://questionsvives.revues.org/10.4000/questionsvives.1508>
- Günther, A. (1956). *Die Antiquiertheit des Menschen I. Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution*. Munich : C. H. Beck.
- Hénart, L., Berland, Y. et Cadet, D. (2011). *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire : Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*. Récupéré sur le site de la revue : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapportpublics/114000061/0000.pdf>
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.
- Jodelet, D. (1997). Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie. Dans Moscovici, S. (Dir). *Psychologie sociale*. Paris : PUF.
- Lafortune, L. (2008). *Un modèle d'accompagnement professionnel d'un changement*. Québec : Presses Universitaires du Québec.
- Lafortune, L. (2015). Des principes d'accompagnement-formation pour la mise en œuvre de changements dans le domaine de la santé. Dans Saint-Jean, M., Péoc'h, N. et Bastiani, B. (dir). *Accompagner le changement dans le champ de la santé*. Paris : De Boeck Estem.
- Lewin, K. (1959/1964). *Psychologie dynamique. Les relations humaines*. Paris : PUF.
- Lorenzi- Cioldi, L (1991). Pluralité d'ancrages des représentations professionnelles chez des éducateurs en formation et des praticiens. *Revue international de psychologie sociale*, 4(3), 357-379.
- Mias, C. (2003). Praticien-chercheur. Le problème de la double posture. Dans Mesnier, P.M et Missote, P. (dir.). *La recherche-action, une autre manière de chercher, se former, transformer*. Paris, France : L'Harmattan.
- Morin, E. (1994). *Sociologie*. Paris : Le Seuil.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris : PUF.
- Péoc'h, N. (2008). L'accompagnement de l'étudiant en soins infirmiers, une pratique entre l'explicite et l'implicite. *Soins cadres*, 17(66), 313-317.
- Péoc'h, N. (2008). L'exigence d'un repérage – ou comment comprendre la double posture intriquée du praticien et du chercheur. *Recherche en soins infirmiers*, (95), 14-22
- Péoc'h, N et Saint Jean, M (2012). La pratique avancée. Une évolution attendue à l'intersection de l'art, la praxis et l'action. *Gestions Hospitalières*, (516), 313-317.
- Piaser, A. (1999). *Représentations professionnelles à l'école. Particularités selon le statut : enseignant, inspecteur*. (Thèse de doctorat). Université Toulouse 2 – Le Mirail.

Piaser, A. et Bataille, M. (2011). Of contextualised use of “social” and “professional”. Dans M. Chaïb, B. Danermark et S. Selander (dir.), *Social Representations and Transformation of Knowledge* (p. 44- 54). London : Routledge.

Rocher, G. (1968). . Tome 3. Paris : HMH.

Ruel, J. et Motyka, C. (2009). Advanced practice nursing: a principle-based concept analysis. *Journal of the American academy of nurse practitioners*, 21, 384-392.

Saint-Jean, M. (2002). Le bilan de compétence. Des caractéristiques individuelles à l'accompagnement dans le projet. Paris : L'Harmattan.

Saint-Jean, M. et Seddaoui, F. (2013). Le concept de « développement » en question dans l'approche des différents niveaux de changement. Dans Bedin, V. (dir.). *Conduite et Accompagnement du Changement. Contribution des Sciences de l'Education*. Paris : L'Harmattan.

Saint-Jean, M., Péoc'h, N. et Bastiani, B. (dir). (2015). *Accompagner le changement dans le champ de la santé*. Paris : De Boeck Estem.

Watzlawick, P. et al. (1975). *Changements. Paradoxes et psychothérapie*. Paris : Le Seuil.

TABLE DES MATIERES

Introduction	2
I. Un contexte évolutif favorisant les pratiques avancées :	5
A. Le milieu professionnel du M.E.R.M :	5
1. Les Normes actuelles en France :	5
a) La profession de M.E.R.M :	5
b) Domaines et compétences :	7
2. Situation internationale :	11
B. Les évolutions actuelles du métier de M.E.R.M:	12
1. L'apport de la technologie :	12
2. Une progression professionnelle nommée pratique avancée :	14
a) La dosimétrie, une pratique avancée éphémère :	14
b) L'émergence d'une évolution professionnelle :	15
c) Les expérimentations de coopération en échographie :	17
II. L'approche théorique :	18
A. Les représentations sociales et les représentations professionnelles :	18
1. Vers un regard psychologique :	18
2. Vers un regard spécifique :	24
B. Le changement :	29
C. La problématisation :	32
III. Protocole de recherche:	35
A. Démarche de recherche :	35
B. Choix et élaboration des outils de recueil de données :	35
C. Echantillon : choix et constitution, variables illustratives :	37
D. Ethique et confidentialité :	38
E. Analyse et interprétation des données :	38
1. Choix de l'outil de traitement des données :	38
2. Analyse des données :	39
3. Interprétations des données :	44
4. Recommandations dans l'accompagnement au changement :	64
Conclusion	65
Bibliographie	68
Annexes	72

Table des annexes

ANNEXE 1 – Article 51, Loi H.P.S.T.	p. 73
ANNEXE 2 : Guide d’entretien.	p. 74
ANNEXE 3 : Entretien téléphonique (E5).	p. 75
ANNEXE 4 : Exemples de grille d’entretien.	p. 85

ANNEXE 1 – Article 51, Loi H.P.S.T

Article 51, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Chapitre unique

« Art. L. 4011-1.-Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1 et L. 4371-1, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3.

« Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

« Art. L. 4011-2.-Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute Autorité de santé.

« Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

« La Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision.

« Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire.

« Art. L. 4011-3.-Les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ces protocoles sont tenus de faire enregistrer, sans frais, leur demande d'adhésion auprès de l'agence régionale de santé.

« L'agence vérifie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, que la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni la preuve de son expérience dans le domaine considéré et de sa formation. L'enregistrement de la demande vaut autorisation.

« Les professionnels s'engagent à procéder, pendant une durée de douze mois, au suivi de la mise en œuvre du protocole selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé.

« L'agence régionale de santé peut décider de mettre fin à l'application d'un protocole, pour des motifs et selon des modalités définies par arrêté. Elle en informe les professionnels de santé concernés et la Haute Autorité de santé.

ANNEXE 2 : Guide d'entretien

Etudiante en Master 1 Sciences de l'Education et manipulatrice d'électroradiologie médicale de profession, j'effectue un mémoire de recherche sur l'émergence des pratiques avancées, notamment sur l'échographie pratiquée par les M.E.R.M. Cette étude porte sur les représentations des M.E.R.M ayant ou en passe d'obtenir le D.I.U d'échographie. L'objectif de ce travail est de produire des recommandations sur l'accompagnement du changement dû à la mise en place de cette nouvelle pratique. Les réponses seront confidentielles, anonymées et les données enregistrées seront retranscrites en totalité (contrat de communication orale).

Présentation des pratiques avancées :

La loi Hôpital Patients Santé Territoires (H.P.S.T) du 21 juillet 2009 et son article 51 permettent la mise en place, à titre dérogatoire, des transferts d'actes de soins de médecins à professionnels de santé (en l'occurrence entre le radiologue et le M.E.R.M), sous la forme d'un protocole de coopération. Ces protocoles sont transmis à l'A.R.S qui assure la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, avant de le soumettre à la validation de la H.A.S.

Sexe : Femme Homme

Age :

Profession M.E.R.M : D.T.S D.E et/ou Autre(s) diplômes.....
- Année d'obtention du diplôme.....
- Année d'expérience en tant que M.E.R.M.....
- Temps passé dans le même service de radiologie.....

Durée du D.I.U : 1 an Autre.....

Pratique antérieure de l'échographie : Oui Non
- si oui : avant ou après le décret de 1997.

Service : - Nombre de personnes titulaires du D.I.U d'échographie dans le service.....
- Nombre de radiologues dans votre service de radiologie.....

1. Savez-vous ce que sont les pratiques avancées ?
2. Selon vous, l'échographie est- elle une pratique avancée ?
3. Selon vous, que peut apporter le D.I.U d'échographie au M.E.R.M ?
4. Comment avez vous su l'existence du D.I.U d'échographie ?
5. Quelle a été votre motivation pour vouloir pratiquer l'échographie ?
6. Selon vous, quelles sont les compétences et conditions nécessaires pour un M.E.R.M de faire de l'échographie?
7. La formation vous semble- elle adaptée ? Suffisante ? Pourquoi...
8. Selon vous, quels sont les avantages et les limites de pratiquer l'échographie?
9. Que vous inspire la perspective de faire des échographies ? En termes de responsabilité, confiance entre les professionnels, valeurs et identité professionnelle...
10. Quelle opinion vos collègues non formés ont-ils de la pratique de l'échographie ?
11. Selon vous, l'échographie pratiquée par un M.E.R.M devrait- elle être intégrée à la formation initiale ? Ou devenir une « surspécialisation » de niveau master ? Pourquoi...

ANNEXE 3 : Entretien téléphonique (E5)

Allo.

Allo, Mme X, oui bonsoir, c'est Marjorie B.

Oui bonjour.

Voilà, je suis peut être un petit peu en retard.

Oh, bon 2 minutes ça va (rire).

Oui, c'est vrai 2 minutes, c'est bon.

Vous m'entendez bien, c'est bon ?

Comment ? Oui, très bien, parfait.

Je vais me mettre ailleurs, parce que je suis contre un mur chez moi, ça passe pas super bien, pour changer, évident j'ai plus de batterie, donc je me branche (rire).

Ah d'accord, parfait.

C'est bon, je vous écoute.

Voilà, tout d'abord merci, merci pour cet entretien.

Ben de rien !

Voilà, ben je vais vous faire une petite présentation, donc je suis actuellement manip, et avant tout manip à l'hôpital de Carcassonne, et en fait donc j'ai repris les études il y a un an en Sciences de l'éducation, et en fait là à l'heure actuelle je fais un mémoire de recherche sur l'émergence des pratiques avancées, et notamment l'échographie, voilà, l'échographie faite par les manips, biensur.

D'accord, oui (rire).

Voilà, donc en fait, l'objectif, c'est de contacter voilà plusieurs manips qui sont en train de passer le D.E et qui ont le D.E aussi, le D.I.U pardon, pour pouvoir analyser les représentations au niveau, au niveau des pratiques avancées.

D'accord.

Voilà, donc on peut commencer si ça vous va ?

Oui, c'est, vous me posez des questions, je ne suis pas une très bonne, comment dire, dans l'expression orale, je ne suis pas au top, hein donc euh.

Non, non, c'est, il n'a pas de, c'est juste des questions assez simples, voilà la 1ere question c'est plutôt quel âge avez-vous ? Alors ça c'est...

Alors 29.

29 ans, d'accord, vous avez eu, enfin vous avez un D.E ou un D.T.S ?

Un D.T.S.

Est-ce que vous avez obtenu d'autres diplômes, à part le D.T.S et bientôt le D.I.U ?

Non, pas pour l'instant.

Pas pour l'instant. Et le D.T.S, en quelle année vous l'avez eu ?

En 2006.

En 2006, donc depuis 2006, vous êtes « manip » ?

Oui, tout à fait.

Voilà, vous avez commencé de suite.

Tout de suite, oui.

Tout de suite, voilà et euh, combien de temps vous avez passé dans le même service de radiologie où vous êtes actuellement ?

Alors là, j'y suis depuis 2011.

2011, d'accord, et du coup, comment ça se passe vous faites, vous allez fait exclusivement de l'échographie ou ça sera un 50 % ?

Non, alors je ferais normalement pour commencer une vacation par semaine

D'accord.

Je suis dans un cabinet privé donc bon, comment dire, c'est, je ne sais pas trop comment ça se passe ailleurs, hein en fait, dans le public donc euh...

Il y a de tout.

Oui, oui une vacation, je pense pour une demi journée ou une journée, je ne sais pas encore, par contre, c'est pas encore défini.

D'accord, d'accord. Et là, vous allez passer le D.I.U en un an ? C'est prévu de le passer en un an ? C'est ça ?

Oui (rire), oui c'est ça.

Et du coup, vous avez jamais pratiqué, comment ?

C'est un peu juste, mais c'est faisable.

Oui, après, c'est ce que j'ai pu comprendre. Et au niveau de la pratique de l'échographie, vous en aviez fait avant ou pas du tout ?

Non, pas du tout. Non, non, je suis restée dans la légalité (rire).

Voilà, oui parce que, voilà, en faisant des petites recherches, j'ai appris, je ne savais pas du tout, c'est que dans le décret de 1997, enfin avant le décret de 1997, le manip avait le droit de faire des échographies

Ah oui, tiens, ferez que vous m'envoyez le, enfin là où vous avez lu ça, parce que c'est intéressant quand même.

Oui, oui, ben je ne savais pas du tout, alors vous pouvez le trouver sur X (magazine), euh ils ont fait, oui c'est X (magazine) que je ne dise pas de bêtises, ils ont fait justement un petit article justement sur les D.I.U d'échographie et à un moment donné, ils précisait ceci, euh bon au niveau des textes de loi, j'ai recherché, j'ai pas trouvé au niveau, voilà mais à priori...

Vous avez ceux qu'il faisait ça, bon, comme avant, c'est les aides manip qui faisaient des radios.

Voilà, c'était le même principe en fait.

Ouais, ouais.

Voilà, et du coup, vous êtes la seule dans votre cabinet privé à être bientôt titulaire du diplôme ?

Oui.

D'accord. Et vous avez combien de radiologues dans votre service ?

Alors, ils sont que 2, hein, c'est un petit, un petit cabinet.

D'accord, et tous, enfin les 2 sont favorables à, ils vous ont encouragé à ?

Ah oui, ils sont, on va dire, mon premier, donc le plus ancien des 2, on va dire, euh il est, ben c'est lui qui m'a vraiment, il me dit « et alors ? » il m'a vraiment poussé, je veux dire c'était...

Ah bien, ça s'est bien.

Il me demandait toujours si j'avais une réponse, enfin pour lui, ça l'intéresse beaucoup parce que je pense, il va plutôt vers l'entreprise que le patient, donc euh, ça l'arrange.

D'accord, ouais.

Et le 2^{ème}, le 2ème est très, est jeune, il a 33 ans, euh, et là on va avoir une nouvelle radiologue, là qui, je vous ai 2 mais il y a une 3^{ème} qui arrive, qui est, bon, on en a pas trop discuté encore mais cela ne la choque pas.

Cela ne la choque pas, bon déjà ils ont l'air d'avoir l'esprit ouvert, c'est déjà bien.

Ah oui, oui, ça, ça a l'air d'aller.

1. Et justement, est-ce que vous savez ce que c'est les pratiques avancées ? Vous en avez entendu parler ou ?

Ben, non, j'avoue non, non, non.

D'accord. En fait, il y a une loi qui est passée en 2009, juillet 2009, sur la loi Hôpital Patients Santé Territoire, et surtout son article 51 qui va permettre, à titre dérogatoire, de justement de faire des transferts d'actes, d'activités de soins de radiologues justement...

Alors, moi, je connais, je connais le terme délégation, oui, effectivement d'actes, mais je ne connaissais pas en terme de pratiques avancées, en fait, c'est la même chose en fait ?

En fait, oui, voilà, c'est des, comment dire, l'article va mettre en place justement là, va légaliser en fait le, le fameux protocole de coopération, les 3 qui ont été fait à titre expérimental, et du coup, par la suite, après ces expériences, il y a une loi qui est passée et euh voilà, ça, on a nommé ces pratiques, les pratiques avancées.

Ah oui, d'accord, je ne savais pas, j'ai appris quelque chose.

2. Voilà, c'est le nom, voilà (rire), à y être. Et justement, est-ce que, selon vous, l'échographie fait-elle partie d'une pratique avancée ?

Euh, l'échographie pour les manipulateurs ? Vous voulez dire ?

Oui, bien sûr, pour les manipulateurs.

Toujours, hein.

Oui, toujours, c'est ce qui m'intéresse.

Euh, oui, oui, ben oui.

3. D'accord. Et si on rentre dans le vif du sujet, que peut apporter le diplôme d'échographie justement aux manips ? Qu'est-ce que pour vous, euh, cela porte, est-ce que cela peut apporter ? Bon, je pense que ça apporte forcément un plus mais...

Alors, pour le métier, ça rajoute encore une compétence supplémentaire.

D'accord.

Euh, donc un éventail, un choix, plus dirigé, il y a pas mal de choix, je veux dire de choses différentes qu'on peut faire, qu'on peut changer et bon, c'est quand même pas mal de pouvoir varier un petit peu, et moi, surtout, ce qui me plaît, c'est peut-être plus personnel mais, le contact avec le patient, je trouve que il est quand même plus important que quand on a un paravent ou quand on est derrière un écran d'ordinateur, là l'écran est à côté de nous, et pas entre nous, enfin moi, je trouve ça important. Le patient surtout en cabinet, enfin bon on revoit les gens, bon c'est quelque chose que j'aime bien, moi, hein, que je recherche donc euh.

C'est vrai que ça manque un petit peu dans notre métier, c'est vrai que, on est toujours, toujours vraiment la casquette technicien et pas trop soignant, ouais, c'est vrai. Et du coup, oui pardon...

Non, non, c'est tout (rire), c'est tout, c'est tout.

D'accord donc voilà, une compétence supplémentaire pour vous ?

Voilà et une compétence supplémentaire, et pour moi...

Parce que jusqu'à présent, vous faisiez quoi comme discipline ?

Pardon ?

Vous faisiez quoi comme discipline au cabinet ?

Euh, radiologie conventionnelle, mammographie, hein.

D'accord.

Là mon, je me dirige peut être vers scanner, IRM en plus, mais c'est pas encore, c'est pas encore fait.

D'accord, c'est dans le même service, en fait que... ?

Non, un autre cabinet.

Ah c'est 2 cabinets !

Que mon patron a ouvert récemment, en fait.

D'accord.

Mais sur X (ville) donc c'est un peu particulier.

Ah, oui, oui, oui (rire).

Voilà.

Oh, c'est pas la X (ville) ?

Oui, j'habite juste à côté (rire).

Ah, oui, oui, c'est, pour l'avoir visiter plusieurs fois.

Oui, bon après c'est les paillettes mais...

Oui.

Les dessous ne sont pas très jolis des fois (rire).

Non, non, non, c'est vrai qu'il faut mieux habiter à côté.

Bon après, on se rend vite compte que ce n'est pas si attrayant que ça finalement.

Ouais, c'est le luxe surtout.

Et ça fait rêver !

3. Et ça fait rêver, voilà. Et du coup, comment vous avez su justement l'existence du diplôme ? Par vos patrons ou ? Du D.I.U ?

Non, j'ai lu, je pense que c'était dans X (magazine), dans la revue, euh, sinon, du coup, j'ai creusé un peu mes recherches, j'ai vu qu'un protocole de coopération était passé par l'A.R.S dans, je ne sais plus quelle région, en 1^{er}, enfin, donc j'ai fait des recherches.

En 1^{er}, c'était Rouen.

Voilà. Il n'y avait pas Metz qui ?

Il y a eu Metz et il y a eu en 3^{ème} position mais ça s'est pas trop su, alors je ne sais pas trop pourquoi, la clinique Pasteur à Toulouse.

Ah oui, d'accord.

C'était pas, je ne sais pas, c'était un peu particulier, apparemment ça n'a pas trop marché, je pense.

Donc la réponse à la question, c'est la revue X (magazine).

4. X (magazine) d'accord. Et justement, donc votre motivation première pour pratiquer l'échographie, c'était les patients, si j'ai bien compris, avant tout.

Euh, on va dire, euh, plutôt non la première c'est plutôt élargir les compétences, quoi.

D'accord, envie de ?

Et après, ça peut être un 2ème choix, je ne sais pas, euh, la relation avec le patient améliorée, voilà, plutôt.

D'accord.

Un autre aspect quoi, de la relation avec le patient, voilà, peut être.

5. D'accord. D'accord. Et justement, si vous avez un conseil à donner au niveau des compétences à avoir pour, et les conditions pour pouvoir faire, on va dire de l'échographie, est-ce que vous conseillerez ?

Euh, de pas avoir peur de se replonger dans l'anatomie (rire).

Oui, ça doit être un gros chapitre.

Euh, même la, même la pathologie je dirais parce que c'est tellement...

Ouais, c'est lié, peut être ?

Tellement faire des choses, euh, différentes enfin au niveau du diagnostic différentiel etc., c'est vraiment, c'est vraiment important d'avoir quelques notions, quoi, donc il faut bien écouter ce qu'on dit en stage, bien écouter les médecins qui nous prennent en charge même si ça peut paraître compliquer, je pense qu'il faut mieux tout écouter, même si c'est très médical, en fait, on a besoin du médical, quoi, vraiment.

6. Oui, ça reste important, le médical. Et comment ça se passe au niveau de la formation, vous la trouvez adaptée ? Comment ça se déroule en fait ?

Euh alors, on a, je vous donne le détail ?

Si, vous, oui.

Vous savez déjà ?

Un petit peu, j'ai, bon je pense que ça doit être un petit peu pareil à chaque fois.

Oui, toute façon, il y a les heures de cours, c'est rien par rapport aux heures de stage (rire).

Voilà, j'ai cru comprendre que c'était l'équivalent de 2 jours, c'est ça ?

Alors, en fait, non, il y a un tronc commun, donc euh, c'est-à-dire la théorie sur la physique des ultra-sons, les bases de l'échographie vraiment, ça va durer en gros, ça va durer deux jours et demi, voilà, ensuite il y a 2 modules donc le 1^{er} qui concerne euh, l'abdomino-pelvien donc là pareil, alors il y a 3 jours de cours théoriques et euh, un module superficiel et vasculaire, là aussi il y aura 3 jours de cours théoriques, c'est tout, c'est super court, après, voilà, faut pas avoir peur de savoir travailler tout seul.

Ouais, chercher à côté...

Faut du temps même à la maison, bon moi j'ai un enfant donc c'est pas toujours facile donc...

Oui, j'imagine.

Je fais un peu toujours à la dernière minute avant l'examen, mais bon c'est, bon voilà faut avoir un peu de temps, quoi.

Oui, j'imagine bien, j'imagine ce que c'est.

Et les stages, bé il y a en tout, il y en a alors 20 pour le tronc commun, 30 pour chaque module, c'est des vacations de 3 heures et demi par là, 3 heures et demi, 4 heures, hein, et pour euh, sur le lieu de travail, on a 30 vacations à faire théoriquement toujours en formation.

D'accord.

Voilà, c'est exactement ça (rire).

7. D'accord, donc pour vous, ça vous semble adaptée ? Enfin vous...

Les cours me paraissent un peu...

Un peu léger, peut être ?

Ayant eu, ayant eu un DTS donc n'ayant pas connu la fac, je trouve que c'est un peu, un peu léger mais bon (rire), faut savoir travailler seule, quoi.

D'accord, c'est, c'est grosso modo ce que j'ai pu, j'ai déjà interrogé 4 personnes et c'est sur la théorique, oui, qu'ils trouvaient ça un petit peu, un petit peu léger, j'ai même été un petit peu étonnée aussi de, que ça soit...

Oui, voilà, après, je pense que c'est, je peux comprendre, parce qu'après je pense que c'est au fur à mesure, dans l'hôpital aussi, il faut bien faire le lien entre les deux et après je pense que c'est en manipulant qu'on apprend toute façon.

Oui.

Je pense qu'au début, il y a eu quand même pas mal de radiologues qui reviennent sur les examens, parce que sinon.

Oui pour être.

Voilà, je pense que ça s'apprend aussi avec le...

L'expérience ?

Le déléguant, je dirais.

Oui.

Le déléguant, l'expérience qui va nous dire, non ça, ça va pas, je veux pas ça, euh, voilà je pense qu'après, c'est, ça se fait au fur et à mesure.

8. D'accord et au niveau, des avantages et des limites pour, enfin est-ce que vous ressentez des avantages dans cette pratique ou des limites ? C'est-à-dire au niveau limite, est-ce que

vous allez faire toutes les échos ? Ou ça sera des échos bien spécifiques ? Même si déjà c'est protocolisé mais...

Alors, euh, oui alors en fait, tout ce qu'est endocavitaire, on ne le fait pas.

Ça, tous les manips, enfin ça c'est, je veux dire c'est, tous les manips ne le font pas donc c'est, on va dire, c'est normal, je pense...

Non, c'est, je pense en fait dans notre formation, on ne l'aura pas parce qu'on ne peut pas en fait.

Voilà, c'est ça, en fait ce n'est pas dans la formation.

Euh, pas de testiculaire, non plus.

Oui.

Pas de...

Sinon, vous allez faire tout ce qui est programmé en fait dans votre formation au cabinet ?

Oui.

D'accord.

Oui, ce qui est, ce qui est considéré comme une écho urgente, euh.

Ouais, ça sera le médecin qui...

Je ne ferai pas, voilà, articulaire non plus, parce que là, là ça devient compliquer là (rire).

D'accord, ostéo- articulaire, ok.

Non.

Il y a certains manips qui ont le droit, que j'ai interrogé, qui vont faire justement de l'ostéo articulaire donc ça...

Mais alors, parce que dans notre formation, je n'ai pas vu hein, l'ostéo articulaire.

D'accord.

Alors, est-ce qu'on leur apprend après, aussi.

Oui, elles ont le D.I.U, ça fait quand même un certain temps qu'elles le pratiquent, peut-être que c'est un arrangement...

Voilà, après, est-ce que c'est le radiologue qui leur a appris, euh, ça c'est pas interdit, hein, je ne pense pas.

Voilà, c'est...

Mais bon, pour l'instant, oui je vais me contenter.

Oui, j'ai cru comprendre que, voilà, l'ostéo articulaire était quand même particulièrement difficile, c'était une écho...

Oui, je pense aussi, surtout d'un point de vue anatomique.

Voilà, oui, oui.

Euh, après je pense moi, ce qui est intéressant aussi, c'est le vasculaire parce que, il n'y a qu'un de mes 3 patrons qui le fait.

D'accord.

Et c'est quelque chose d'assez reproductible, hein donc c'est très carré. Je pense que ça nous convient bien.

D'accord.

Et c'est un atout de savoir les faire, comme ça, on peut négocier un petit peu (rire).

9. Ouais, à y être. Et justement au niveau des perspectives, comment vous ressentez au niveau de la responsabilité ? Parce que je suppose que ça doit être différent de faire une écho qu'une radio ?

Oui, oui, tout à fait, ben il y a une infinité de possibilité euh, c'est-à-dire quand on fait une image, on peut présenter une image qui peut être complètement pathologique alors il n'y a rien de pathologique en fait, par exemple.

Ah, oui ça, c'est embêtant, oui, oui.

Oui, ça peut, enfin, on peut, je sais pas, j'ai quoi comme exemple là, pff, enfin j'ai pas d'exemple qui me vient, j'ai pas fait l'expérience mais...

D'accord.

Mais euh, on m'a montré, attention faut pas figer cette image là sinon, on croit qu'il y a quelque chose alors qu'il y a rien en fait, enfin, je pense sur la vessie, il y avait une image, un volume partiel, alors je pense que, on aurait dit qu'il y avait une tumeur dans la vessie, je pense hein.

D'accord.

J'ai cet exemple là, voilà, bon euh, après voilà, faut faire attention aux images qu'on prend, euh, faut se mettre correctement, il faut, puis au moindre doute, toute façon on appelle le radiologue, bon, ça faut pas, il est là pour ça, faut pas hésiter, bon moi, je pense qu'au niveau de la responsabilité au moindre doute toute façon, c'est l'appel du radiologue.

Ouais, pour être, pour confirmer.

Voilà, oui, oui. Après non je pense que, puis il y a des séquences, on peut faire des images de ciné donc bon, quand on fait des balayages, sur certains appareils, on peut prouver aussi beaucoup de chose.

D'accord. Et, ils vous font plus ou moins confiance enfin les médecins, il n'y a pas de ? Bon, là vous êtes en apprentissage...

Je ne peux pas vous répondre, parce que j'ai pas eu l'occasion de pratiquer encore dans mon cabinet, euh, vraiment comme je vais faire donc je...

D'accord.

Bon, après j'en ai un des 2, il a entière confiance (rire), l'autre par contre, je le sens plus mitigé.

D'accord, ouais, il y a quand même. Vous ferez signer...

Le 1^{er} qui m'a poussée à le faire, il a entièrement confiance.

D'accord, bon, déjà. Et vous aurez préparé un, enfin on va dire, vous aurez fait signer un consentement pour le patient ? Je sais que ça se fait dans d'autres...

Alors, on n'a pas encore préparé tout ça, mais on va faire des feuilles, des consentements oui, ou éventuellement si ils refusent, il faut qu'ils disent pourquoi.

D'accord, oui.

Voilà, et euh, après, éventuellement faire un questionnaire de satisfaction, ça nous permet de, d'avoir un indicateur sur, le niveau de satisfaction quoi, toute façon, il faudra, il faudra faire ça pour euh, l'A.R.S après, pour le protocole de coopération.

Oui. D'accord. Et, euh au niveau de l'identité professionnelle du manip, est-ce que, est-ce que vous voyez une différence, enfin vous allez voir une différence, est-ce que ça, est-ce que vous avez l'impression de changer de métier ou de rester quand même ?

Je dirais pas changer mais non, toujours évoluer, évoluer.

C'est vraiment évolution mais vraiment dans, encore dans la branche manip, quoi ?

Oui, oui, quand même.

D'accord.

Parce qu'il y a toujours, on est sous la responsabilité du médecin, c'est le texte de loi, hein.

Du médecin, d'accord.

Donc oui, manip, toujours manip.

D'accord. Et vous avez d'autres collègues dans votre cabinet ou oui ?

Oui, j'en ai un et après sur X (ville), ils sont 2, alors je ne pense pas, puisqu'ils viennent d'ouvrir, donc je ne pense pas déjà s'intéresser à ça mais euh, oui, j'en ai un, j'en ai donc trois.

10. D'accord. Et, est-ce que, comment, ils ont une opinion sur le fait que vous faites, que vous préparez le D.I.U ?

Ils ont eu aucune, pardon ?

Une opinion sur, qu'est-ce qu'ils en pensent au niveau... ?

Ah, il y en a un qui m'a dit « je ne saurais pas le faire ce que tu fais ».

D'accord, déjà (rire).

Euh, les 2 autres, ils trouvent ça que c'est bien, hein.

D'accord.

Voilà, ils sont plutôt...

Plutôt favorable ?

Oui, oui, voilà.

Donc, ça ne pose pas de problèmes majeurs au niveau du planning, par exemple ?

Euh, vous voulez dire en ce moment ou même pour plus tard ? Plutôt pour plus tard ?

Bon, en ce moment ou pour plus tard, enfin ça les, je sais que dans d'autres services, ça a été un peu plus euh, cornélien parce que justement, ça les faisait sortir du planning et du coup, certains collègues, ça embêtait.

Pour l'instant, pour l'instant non (rire).

Difficile, pour l'instant non, c'est déjà très bien.

(Rire) après c'est, le privé et le public, ce n'est pas la même chose.

Voilà, je pense que déjà il y a...

J'ai été dans le public hein, juste avant, donc je sais de quoi je parle, les collègues des fois, c'est pas facile.

Hey, des fois, ouais. Et puis surtout, le fait que ça soit vos patrons qui vous incitent aussi à, qui vous, qui prépare...

Ah, oui, oui, après ils insistent là dessus, mais ils sont très ouverts aussi sur d'autres choses que, avant mon collègue a fait une formation de P.C.R donc bon, pareil, on a chacun nos atouts et nos qualités et, droit à nos formations, voilà.

Donc, ils respectent.

On leur rend service finalement (rire).

11. Finalement, oui, oui, au final, c'est vrai. Et euh, pour terminer, quelles sont vos opinions sur, au niveau justement de, on va dire, que l'échographie soit intégrée dans la formation initiale du manipulateur ?

Va falloir rajouter une année (rire).

Ouais, vous pensez qu'il faut un an de plus ? Plus une spécialisation que vraiment une sensibilisation, on va dire ?

Non, je pense qu'on peut faire aussi, il faut, il faut rajouter du temps dans la formation, je pense.

D'accord.

Parce que, bon.

Revoir les cours d'anatomie, par exemple.

Dans la radiologie, bon, maintenant, il y a beaucoup d'autres choses.

Oui.

Ou alors, faudrait séparer, une année commune, et puis après, éventuellement, oui, se diriger vers une spécialité, mais là...

Un peu comme au Québec ? Au Québec, ils font...

Ah, je ne sais pas, ouais, les voies sont un peu fermées.

Oui, après, c'est un peu fermé. Mais au Québec, ouais, ils font une année de plus et ils se spécialisent, vraiment, vraiment là dedans.

D'accord. Voilà, soit ça, soit rajouter, soit rajouter une année.

Mais sortir de l'école et faire de l'échographie, c'est un peu trop, trop juste, peut-être ?

Et oui, je pense (non attends ! je suis occupée), euh oui, je pense que ça fait juste, excusez moi du coup.

Oui, oui, il n'y a pas de souci (rire). Je comprends bien.

Elle arrive.

Elle veut participer. Donc oui, c'est un peu trop juste pour euh ?

Oui, oui, je pense, oui.

A la sortie de l'école. D'accord.

Voilà, vous voyez les heures de stage que je dois faire.

Oui, finalement.

Parce que.

Ouais déjà, rien que ça.

C'est vraiment un diplôme particulier, spécialisé, mais quand même, c'est obligé d'avoir autant de pratique, je pense.

Oui, alors qu'à l'école, bon ça, ça va être difficile de trouver des, des lieux de stages.

Ah oui, ça euh... Ils vont un peu batailler.

Déjà, qu'ils bataillent, alors je pense que si en plus.

Après si ça rentre dans la formation, je pense que c'est au coordonateur et au directeur de l'école, des écoles de s'occuper de ça.

Oui, d'adapter.

Là nous, on doit faire nous même, bon je pense que les élèves doivent être encadrés et dirigés, quoi.

Oui, parce que, pour l'instant, il me semble qu'ils n'ont qu'une semaine de stage en échographie.

Oui. J'ai des observations, ouais, donc euh, oui j'ai eu une.

Une élève ?

Oui, j'ai eu au cabinet une stagiaire de l'école de X (ville) qui est venue juste voilà, en observation, oui, oui, une semaine.

D'accord, ça lui plaisait ou ?

Euh, oui, oui, bon ça avait l'air, hein.

Ça avait l'air.

Bon, après mon patron lui a fait manipuler, mais bon parce qu'il, je pense, qu'il ne supportait plus de la voir juste regarder (rire).

Oui, après, c'est vrai que c'est une place un petit peu particulière, aussi.

Voilà.

D'accord. Et au niveau de la reconnaissance du diplôme ? Pour l'instant, vous pensez que le diplôme D.I.U est bien, bien reconnu ? Est-ce que ça serait pas mieux, enfin, ça serait pas mieux ou différent de le mettre à un niveau master ou un niveau ?

Ah euh, non, je trouve que c'est bien, hein, même les médecins, ils les passent donc euh.

D'accord, oui, pour eux, oui, pour l'instant, c'est un, je crois dans leur classement, oui c'est aussi un D.I.U pour les médecins, oui, c'est vrai, en échographie.

Ben oui, oui, parce que, ben après, il y a des modules, eux c'est des modules spéciaux.

Voilà, le cardiologue va se...

Chut X s'il te plait 5 minutes...euh pardon (rire).

Elle a faim peut-être.

Oui, non, elle râle. Donc, il y a l'ostéo- articulaire, euh qu'est-ce qu'il y a aussi, euh pédiatrie, urgence, urgentiste, enfin voilà, ils sont, ils sont, il y a pas mal de médecins qui le font.

D'accord, d'accord, donc ça reste un D.I.U pour l'instant, en tout cas.

Oui.

Je note en même temps. Je prends des notes.

Oui, oui, biensur.

Voilà donc, voilà, j'ai terminé avec mes petites questions, donc sachez déjà que ça sera anonyme, vous inquiétez pas, ça sera complètement anonyme. En tout cas, merci beaucoup pour m'avoir laissée un peu de temps.

De rien, bon courage.

Voilà, pareillement, j'espère que, parce que là, normalement vous êtes en révision et vous devez passer bientôt des stages, c'est ça ?

Ben là, je suis en stage depuis ...

Vous êtes déjà en stage.

Même avant d'avoir commencé les cours, j'ai commencé mon 1^{er} stage, donc euh pour gagner du temps, quoi.

D'accord.

Et, non là je vais, je vais partir en cours là sur le module donc abdo- pelv la semaine prochaine là, à X (ville).

D'accord, à X (ville).

Voilà, donc après le prochain, c'est en, les prochains, c'est en mai, et le 4 juin, il y a déjà l'examen théorique (rire).

D'accord, et vous avez pu rencontrer des, des manips qui le passaient aussi ?

Oui, oui.

D'accord, dans la région.

Euh à X (ville).

X (ville), oui, une personne qui l'avait déjà eu peut-être ou qui est en train de le... ?

Comment ?

Qui est en train de le passer à X (ville) ?

Oui, oui, pareil que moi, mais en fait, c'est la fac de médecine de X (ville) en fait, qui prend, et X (ville), la fac de X (ville) ont été regroupées en fait, moi je fais partie de X (ville) et elle de X (ville) mais on était sur le site de la fac de X (ville) en fait, hein, en fait, parce qu'ils regroupent, on est, on n'est pas nombreux quoi, quand même donc euh.

D'accord, oui, j'imagine.

Voilà.

Oui, parce que je dois interroger demain une personne mais qui a, par contre c'est un monsieur qui a le, qui a le D.I.U et qui est de X (ville) aussi justement.

Ah, oui, oui, ben cette dame me racontait que, elle n'était pas la 1^{ère} à le passer quoi donc euh, ça doit être peut-être un de ses collègues. Je ne sais pas.

Oui. Je ne peux pas dire de nom, très bien mais par contre si vous avez l'occasion de lui demander si ça l'embêterait pas de, que je puisse l'interroger également, éventuellement ?

Ben, cette personne que je connais ?

Voilà.

Voilà, ben oui quand je la verrais, non je ne pense pas que ça la dérange, en plus elle est bavarde, en plus elle a un bel accent X (ville).

Ah, j'aime bien les accents.

Voilà donc euh (rire).

D'accord. Ben merci.

Ben, je vais la voir, la semaine prochaine, je lui donnerai votre mail si...

Oui, oui il n'y a pas de...

Si elle a envie, hein

Avec plaisir, oui, oui.

De voir avec vous. Voilà.

Très bien. Bon merci beaucoup. Je vous souhaite bon courage, bonne soirée et voilà, continuer.

Bonne soirée. Au revoir. Merci.

Merci. Au revoir.

	Point de vue des médecins		La formation par le DIU		Evolution professionnelle		Responsabilité des actes	Paramètres de la formation		Recommandations
	Favorable	Défavorable	Accès	Stages	Relationnelle	Pratique		Avant	Pendant	
<p>Entretien 10 « La première promotion »</p> <p>Femme, + de 40 ans, D.T.S en 1996, pas d'autre diplôme, 2 ans dans le service d'échographie, hôpital public, 3 radiologues, pas de pratique antérieure de l'échographie, en formation D.I.U 2012-2013 (1 an)</p>	<p>« Oui, oui, oui. » « Oui mais en même temps, c'est aussi pour eux. » « Par rapport aux médecins, il y a moins de médecins maintenant, ils sont bien contents qu'on soit là, quoi, enfin. » « Voilà, oui. » « Oui, peut être oui. » « Ah oui, je pense qu'ils y voient. »</p>		<p>« Dans le service ? » « Ah, il n'y a que moi je crois pour l'instant. » « Je ne crois pas, j'en suis sûre. » « parce que nous, on nous a demandé de le passer pour pouvoir pratiquer » « et puis quoi une semaine après, voir 15 jours, on m'a dit ben il faudra passer le DU, quoi. » « Inciter à le passer ? Oui. » « Pour faire du doppler ? » « Oui, oui, oui. »</p>	<p>« parce que les stages qu'on nous demande pendant euh les le DU euh, effectivement c'est intéressant mais c'est pas assez pour dire que on aime ça, pour dire que euh... comprendre les difficultés qu'on va rencontrer. »</p>	<p>« Parce qu'ils nous font confiance, voilà, ils nous laissent un peu plus libre. » « Oui, complètement, oui. » « Je ne sais pas, ils ne m'en parlent pas trop, non je ne pense pas, je pense qu'ils pensent, à mon avis, c'est une technique comme une autre euh, comment quand on est, pour eux euh quand on est formé au scanner, c'est la même chose donc euh, là c'est une technique voilà comme une autre, je pense qu'ils ne réalisent l'investissement qu'il y a à faire au doppler, parce que quand on connaît pas, c'est normal ! » « Et puis mais c'est tout quoi, non, non. »</p>	<p>« Ah oui. Ouais, ouais. » « Ce que peut apporter le diplôme, ben je ne sais pas trop. » « Il n'y a que ça, sinon, qu'est ce qui peut apporter d'autre, euh, peut être allé travailler ailleurs si euh, si on en a envie quoi mais euh, c'est tout ! Je ne vois que ça ! » « Oui, oui, oui. Si je signe avec les médecins un accord de coopération, oui après, il y a possibilité quoi. » « Et euh, qu'est ce qui peut apporter d'autre ? Euh ben c'est une satisfaction quand même personnelle parce que c'est, il faut s'y remettre quoi. » « Ben oui. » « Oui, ça changeait de la radio et puis du scanner, c'était autre chose, l'investissement était différent, la façon de travailler euh, c'était intéressant avec le, la coopération des médecins, donc euh, non, non, il y avait beaucoup de chose qui, et puis, c'est opérateur dépendant, c'est très intéressant. » « Ben oui. » « Ben moi, des avantages c'est, ben oui parce que là, on euh on est vraiment imprégné dans l'examen, on... » « Ah oui. » « Ouais, ouais, euh non enfin, j'y retourne quand euh, je retourne en radio quand il ya les vacances. » « Je vais remplacer de l'autre côté, et puis je pense que quand ma</p>	<p>« C'est bien et difficile, je trouve. » « Tout dépend comment on est, ... on est soutenue, si le médecin est présent ou pas quoi, je trouve que oui, voilà. » « Des fois ça peut, c'est bien parce que on a le médecin derrière nous donc euh, on s'sent soulager et puis parfois on ne l'a pas, parfois ça peut être difficile. » « Oui en autre, ça peut être ça, oui. »</p>	<p>« Ben non, non je ne savais pas. » « Ben moi je ne m'y intéressais pas puisque j'étais en radio, au scanner, donc euh je ne savais pas. » « Je ne savais pas. » « Oui. » « que ma collègue en fait, elle avait déjà l'expérience euh, on n'est pas rentré dans le DIU dans le même contexte. » « remettre mais bon, comme je vous ai dit, je ne suis pas rentrée dans le même cotexte que ma collègue. » « Ben quand on m'a mis au doppler, oui, on m'a demandé de</p>	<p>« Euh, c'est-à-dire ... » « Oui. » « Oui. » « On en a parlé ça pendant les cours... » « Pendant les cours du DU. Oui. » « Mais en fait, moi quand j'ai commencé le DIU, j'ai commencé en même temps le doppler donc euh, j'ai tout découvert en même temps. » « Le protocole. » « De coopération, oui tout quoi » « Ah ouais, c'est moi j'ai fait ça, j'avais, ben il y a 2 ans donc 40, j'avais 40 ans, je peux vous assurer qu'on n'a pas la mémoire de ses 20 ans. » « Ah oui, c'est sûr (rire), moi j'ai au beaucoup de mal à m'y remettre » « J'avais en même temps la pratique à apprendre ! » « Vite, vite dans le bain donc euh,</p>	<p>« Pratiquer d'abord et ensuite passer le DIU pour bien comprendre ce qu'on fait, je trouve que c'est mieux. » « Ouais, ouais, un gros avantage même parce que quand vous avez pu euh le souci de la manipulation, de réfléchir, de concentration tout ça. » « Vous vous consacrez qu'au DU, c'est beaucoup plus facile que quand vous devez faire tout en même temps » « Je pense... ben déjà faire une période de stages euh en tant que, dans l'écho, au niveau de l'écho et du doppler, pour euh... » « Pour comprendre bien le, la façon de travailler, la façon de se concentrer euh et puis, la, les difficultés qu'il va rencontrer parce qu'en fin de compte, effectivement vue de, quand on regarde de l'extérieur, on a l'impression que c'est très simple ! » « Et en fait, c'est quand on prend la sonde que là, on voit toute la difficulté donc euh, je pense que, avant de faire le DU à mon avis, faut pratiquer pour apprécier et puis, comprendre ce que l'on fait, les difficultés qu'on va rencontrer et puis ensuite on peut savoir si on peut passer le DU à mon avis, c'est dans ce sens là qu'il faut le faire, c'est pas d'abord le DU pour en faire ensuite » « A mon avis, non, faut vraiment, faut vraiment se euh, s'intégrer euh en écho et s'immerger un moment quoi. » « Je pense qu'on ne peut pas faire, on ne peut pas faire plusieurs techniques à la fois et euh... » « Faut vraiment s'immerger et vraiment pratiquer euh le plus possible quoi, pour être vraiment être à l'aise. » « Pour être à l'aise. » « A mon avis, oui. » « Oui, quand on</p>

				<p>collègue, la 3^{ème} sera formée complètement, je pense qu'on va faire un roulement après, on tournera un peu plus en radio. » « Mais justement, je pense que ça va être un handicap pour nous, quoi. » « Non, non, mais en même temps on a besoin d'être au moins 3 ici parce que il suffit qu'une de nous soit pas là, après euh... » « Ça bloque quand même au niveau du, de l'écho et du doppler, quoi. » « Ben en fait, ici on gère un peu tout, on gère les rendez vous et puis les examens. » « Donc, il faut savoir, qu'on gère les bons dès qu'ils arrivent de bien les bons de les placer là où il faut de, du temps qu'il va falloir mettre, de, avec quels médecins il faut les mettre » « Et puis, après faire l'examen à côté, donc quand on est 2, c'est bien ! » « Quand on est tout seul, ça fait short ! Oui. » « Oui, oui, oui, on gère, je vous dis les bons, qui descendent pour les doppler et les, que les doppler pas les échos » « Oui, oui, oui » « Oh non. » « Non, du tout. Oui, manip, ouais. » « Ah bé peut être oui, parce que du coup, il y a des choses qu'on fait moins comme on est plus souvent quand même au doppler donc euh, il y a des, enfin oui on fait peut être moins de choses, moins d'horaire, de soirées, des trucs comme ça. » « Du</p>	<p>voir, pour pallier le manque d'effectif au niveau de l'écho doppler, ça, la technique m'a plut euh, vraiment bien, j'étais vraiment emballée » « Ah oui, au départ, on ne s'en doute pas trop, quoi. »</p>	<p>euh j'avais, j'étais plutôt mise sous pression qu'autre chose, quoi » « Euh, pff... Dans ces conditions là, non je ne pense pas, non. » « Non mais j'aime bien le, l'écho et le doppler, ça rentre pas... » « Aller jusqu'au bout, quoi. » « Je trouve que c'est, la complexité... » « De ce service, c'est que quand on nous demande de retourner de l'autre côté et de quitter le doppler, enfin moi, parce que moi, je sais que moi, ça va faire 3 ans que je pratique le doppler, je trouve que c'est difficile de repartir pour revenir au doppler ensuite, quoi. » « Très intéressé... oui, moi j'ai trouvé très intéressante mais en même temps, j'ai pas la même vision que ma</p>	<p>décide de faire le DU, c'est qu'on veut, euh donc qu'on va pratiquer de l'écho et du doppler donc euh à mon avis faut avant de faire le DU, faut au moins je pense un temps d'adaptation au niveau de l'écho et du doppler, pour bien pratiquer, là ma 3^{ème} collègue qui est en train de se former actuellement. » « Elle va faire son DU cette année, ça sera 1 an et demi qu'elle fait de l'écho et du doppler. » « Donc euh, qu'elle est formée à l'écho et au doppler, donc déjà, elle va rentrer au doppler euh faire son DU plus, plus à l'aise que euh on a tout à apprendre en fait. » « Ah oui, ça, moi j'ai trouvé, moi c'est ce qui m'a manqué ! » « Ben faut rester, faut rester, pour qu'on puisse aussi rester, faut rester immerger de, dans l'écho euh faut arrêter les autres techniques, je pense pour être bien. » « Parce que si on fait plusieurs techniques à la fois, l'écho faut vraiment euh être pff... vraiment s'immerger parce que il faut regarder les dossiers, aussi lire attentivement ensuite euh, faire l'examen, revoir parfois les gens, suivre les dossiers, discuter avec les médecins, donc quand vous êtes un peu à droite, à gauche, et que vous revenez, que vous ne suivez pas tout ça, donc je pense que c'est plutôt négatif que positif en fait, je pense que c'est difficile de faire plusieurs techniques en même temps quand on veut faire du doppler ou de l'écho. » « Quand on fait du scanner ou de la radio, c'est une chose, mais euh, quand on, moi surtout ce que j'ai fait radio et scanner donc là, je sais qu'on peut faire les 2 en même temps sans... » « Sans que ça perturbe quoi que ce soit, par contre du doppler, la radio et du, non, je trouve que c'est...</p>
--	--	--	--	---	---	---	---

					<p> tout. » « Oui, oui, oui, on est dans le roulement. Oui. » « Si les astreintes de nuit aussi, oui, c'est des astreintes nous. » « Oui. » « Mmmm. » « Ben je trouve que ça serait bien, ouais. » « Ouais, ouais, ben oui, parce que c'est vrai qu'on passe un DU, puis en fin de compte, on n'est pas plus reconnu que d'autres de l'effort qu'on a fait. » « Oui. » « Oui, tout à fait, ouais. » « Euh oui, là on n'y croit pas trop. » « Oui, comme je vous dis, ça serait, c'est comme un investissement donc oui... » « Oui. » « Ah ben, carrément, oui ça je sais, ouais. » « C'est dommage parce qu'on est quand même euh une chaîne du maillon qui est importante, quand même. » « Ben oui. » « Qu'elle n'est pas reconnue ! » « Ouais. » « Non, non, non. » « Oui, oui, oui. » « Ah ben, je suis d'accord avec vous là-dessus parce que c'est un investissement mais je pense parce qu'ils ne se rendent pas compte aussi de l'investissement » « Nouveau ? » </p>		<p> collègue. » « Parce que moi, j'ai, j'apprenais tout en même temps donc euh... » « Tout était nouveau pour moi, oui (rire) donc euh... » « C'était différent. » « C'est après au fur à mesure qu'on s'en compte » </p>	<p> le, le doppler demande beaucoup plus d'investissement donc du coup, c'est vrai que le fait de repartir, ça veut dire, revenir sur, se reconcentrer, revoir les choses, non, pour moi, oui, c'est ça la limite quand on nous demande de faire plusieurs choses à la fois et ce n'est pas... contributif. » « Ouais. » « Ben oui. » « C'est tout à fait ça ! C'est ça, ouais, ouais ! » « Non, non, je suis d'accord ! » « Je pensais que ça venait que de moi, mais non (rire). Ça me rassure ! » « Une année, je ne sais pas, mais oui, plus d'une semaine largement. » « On ne voit pas tout en une semaine... une année, je ne sais pas mais euh... plus d'une semaine. » « Oui. » « Pff, euh je sais pas moi... je sais pas, non, je, je, j'en sais rien, ben à ce moment là, ça sert à rien qu'on passe un DU quoi. » « (Rire) si après c'est enseigné à l'école, où est l'intérêt de passer un DU ? Oui. Oui mais enfin justement s'il n'y a pas assez de radiologues, ça serait bien de former des manip justement. » « c'est pour ça que je dis euh, avoir un stage avant de faire le DIU, c'est ce qui a de plus important. » </p>
--	--	--	--	--	--	--	---	---

	Point de vue des médecins		La formation par le DIU		Evolution professionnelle		Responsabilité des actes	Paramètres de la formation		Recommandations
	Favorable	Défavorable	Accès	Stages	Relationnelle	Pratique		Avant	Pendant	
<p>Entretien 4 « Le privé » Femme, + de 40 ans, D.E de 1997, P.C.R, 11 ans d'ancienneté dans le service, privé, 11 radiologues, pas de pratique antérieure de l'échographie, en formation D.I.U 2013-2014 (1 an)</p>	<p>« De ma part et de, de la part des radiologues, c'était déjà venu, j'en avais un petit peu parlé et puis après j'avais laissé tomber et c'est les radiologues qui sont venus me voir savoir si ça m'intéressée toujours de faire ça, en fait. » « Euh, 11. » « 11 radiologues. » « Oui, quand en fait, alors au début, ça s'est fait, la formation s'est faite avec 4 radiologues. » « Et là, au niveau de l'ARS, en fait, les 11 se sont portés déléphants. » Et là, au niveau de l'ARS, en fait, les 11 se sont portés déléphants » « D'abord, 4 radiologues pour la formation. » « Et, ensuite, une fois que j'ai eu le</p>	<p>« D'accord, ok et vous avez trouvé beaucoup de monde dans la région, non, on est toute les deux ? Il n'y a que moi et X, je crois qui le faisons, hein » « Oui, oui, oui tout à fait, ça a été euh voilà, une demande conjointe, hein. » « Non, on était plusieurs. » « Ah oui ! Ca après je ne sais pas, sur quels critères, ils se sont basés mais on était 4 5 oui, à l'avoir demandé. » « On est 21 manips. » « (Rire) c'est ça, déjà c'est compliqué ! » « Et oui donc euh... »</p>	<p>« Alors l'accompagne ment, enfin euh, on n'a aucun accompagnem ent, si vous voulez, enfin l'accompagne ment, ça se fait pendant les stages. » « Mais il n'a pas accompagnem ent, l'accompagne ment se fait en fonction de votre maitre de stage hein, plutôt »</p>	<p>« Alors, c'est top et les patients sont vraiment hyper contents. » « Parce que on prend du temps, parce que on les écoute, parce que on ne fait pas ça en 10 secondes en, enfin voilà quoi, parce que on est hyper stré... enfin c'est quand même très stressant, et euh, on écoute tout, on pose des questions, on s'intéresse à eux, donc euh, les patients sont ravis, hein. » « Ah oui, on a une feuille de consentement, on leur fait signer un consentement juste avant l'examen. » « En leur disant que c'est un manip qui fait l'examen et</p>	<p>« On est un peu en retard. » « Oui ben faut espérer ! » « Oui, ça avait été sur le décret, oui, c'était pratiqué plus dans le Nord justement, pas trop dans le Sud mais dans le Nord. » « Ca ne s'est pas trop répandu. » « Les pratiques avancées, c'est-à-dire ? » « Voilà (rire). » « D'activités, d'accord ! » « D'accord ! Ok ! » « Oui, oui, tout à fait ! » « Ah oui, c'est une pratique de coopération, je ne pense pas, alors honnêtement, enfin, bien le fait qu'ils veulent rentrer l'échographie à l'école de manip, enfin dans les écoles. » « Mais euh, c'est pas du tout, euh, c'est pas du tout une activité comme le scan, la radio, l'IRM hein » « Voilà. Ah oui car c'est vraiment très, très spécifique, olala hyper spécifique » « on n'est plus manip, hein, entre le manip et le radiologue. C'est terminé quoi. » « Oui, oui. A 100% à l'échographie ? » « Non, alors, j'ai 50% d'échographie, après alors, c'est un peu compliqué là,</p>	<p>« et je pense que la manière dont on travaille, on a quand même, enfin en tout cas, beaucoup de responsabilités » « C'est une responsabilité et c'est quand même beaucoup plus, après ça dépend comment on veut travailler, bien évidemment. » « C'est quand même beaucoup plus, voilà, mais si on est un minimum intéressé par ce qu'on fait » « Ah oui au niveau responsabilité, oui voilà c'est pareil. » « Alors après, ça dépend comment on vit son, on voit son, je ne sais pas hein, son évolution, son travail, la sympathie et la sensibilité de chacun mais euh... » « On</p>	<p>« Ah oui ? Ah oui ! Mais, c'est une catastrophe ici. » « Ah, alors vis-à-vis des médecins, je ne sais pas mais en tout cas au niveau, vis-à-vis des ARS, c'est chaud ! » « C'est compliqué ! » « Euh, alors je suis PCR aussi ! » « Personne compétente en radioprotecti on, voilà après non on n'a pas passé, on n'a pas passé d'autres diplômes. » « Voilà depuis 97, je suis manip, oui donc, j'ai fait du,</p>	<p>« Ils ne sont pas d'espérer ? (rire) Ça va ? » « Ils ont passé la physique ? » « Alors la formation, euh la formation du cours, j'ai trouvé ça hyper léger, le cours du tronc commun, c'était, le physique c'est quand même très léger après euh... » « Oh bé, c'est-à-dire c'est vous qui faites tout, quoi. » « C'est..., je pense qu'on a dû avoir, on a eu deux jours de cours. » « Deux jours de cours. » « Il y a du</p>	<p>«on peut pas, si vous voulez en passant 3 mois dans un service faire de l'échographie, c'est pas possible ! » «C'est complètement, c'est complètement impossible, en 3 mois, on peut faire des scanners du crâne toute la journée et faire des scanners abdo-pelv et voilà. » « Peut-être pas l'IRM, mais des radios ou des mammo, mais on ne peut absolument pas faire de l'échographie en 3 mois, faut vraiment que ça reste un protocole de, enfin pour moi, hein, je pense que ça doit rester un protocole de coopération. » « Quand les patients reviennent, et que vous n'avez pas su quelque chose, bon voilà, faut quand même l'accepter, donc c'est euh, c'est, c'est voilà je pense que ça peut pas être fait, je pense qu'il faut avoir une certaine expérience, un certain recul sur soi-même. » « Accepter l'erreur, accepter plein de chose donc ça ne s'apprend pas à l'école. » « Ah oui, oui, oui, ça ne s'apprend pas à l'école, je pense qu'il faut avoir quand même une certaine expérience, et par contre, d'avoir fait aussi de l'imagerie en coupe et justement, vraiment un avantage hein. C'est un gros avantage, ah oui ! » « Ah bé, pour l'anatomie et pour la réflexion aussi au niveau des images, hein, des images en coupe longitudinale, axiale, transversale,</p>	

<p>diplôme, en fait, on a mis les 11 radiologues délégués, donc je travaille avec les 11 radiologues. » « Donc, les 11 radiologues sont favorables. » « 4 bien motivés et les autres... » « 4 étaient vraiment motivés et les autres sont venus, voilà quoi, au fur à mesure, en fait. Voilà. » « Ah non ! » « Ils ont tous une manière de travailler totalement différente, hein, totalement différente. » « Ben, en fait, on a essayé de protocoliser un petit peu les examens, que ça aille un petit peu à tout le monde, alors après évidemment on s'adapte, c'est une manière de travailler, mais c'est juste une prise d'image,</p>	<p>« Ben, ça dépendra de l'activité. Pour le moment, il n'y a pas d'activité, il n'y a pas de besoin, si vous voulez, pour une deuxième manip. » « Ça ! C'est sur, au niveau de l'activité ! Après euh, peut-être, on ne sait pas, hein, c'est voilà, c'est quand même des services, on est dans une clinique où les services évoluent donc euh, voilà, ça je ne sais pas du tout ! Mais pour le moment, en tout cas, il n'y a pas d'activité »</p>	<p>euh, par contre après, qu'on a fait une formation, machin tout ça tout ça et que l'examen est validé ensuite bien évidemment par un médecin mais que c'est un manip qui fait l'examen. » « Et, il n'y a aucun problème! » « Oui. » « Complicé ! Ah, ah, ah (rire) super mal ! » « Ça a été très difficile au début, au début hein, maintenant ça y est, c'est terminé mais c'est, parce qu'ils avaient un autre contact avec euh, les médecins. » « Qui est autre ! » « Voilà ça déjà, même si vous, vous essayez de mettre un frein, c'est, voilà c'est</p>	<p>pour le moment je suis à 50% d'échographie, après pendant les vacances je passe, les vacances scolaires, je passe à 100%, enfin bon c'est pas, c'est pas encore bien, bien établi, mais minimum 50% donc 50 % après scan, la mammo, la radioprotection, et d'autre chose. » « Oui. » « Le DIU ? » « Alors, le DIU plutôt la pratique de l'échographie, parce que le DIU en lui-même, ça ne donne pas grand-chose. » « Mais la pratique de l'échographie, ben justement l'évolution, une évolution de la réflexion du métier de manip. » « Ah oui, ça n'a rien avoir ! Ça n'a absolument rien avoir, c'est une réflexion qui est autre, c'est une appréhension d'un examen qui est complètement différente. » « C'est quand même beaucoup plus gratifiant, intéressant, intellectuellement stimulant de faire de l'échographie. » « Enfin, c'est mon avis, hein. Je pense que c'est l'avis de X aussi, mais euh, voilà ! » « Ah oui, c'est, voilà c'est</p>	<p>n'est pas, on n'est plus protégé par euh par un radiologue enfin protégée entre guillemets mais là, vous êtes voilà face à vos erreurs, donc oui, plus du tout la même chose, hein. »</p>	<p>j'ai fait uniquement du privé par contre, je n'ai jamais travaillé dans le public. » « Alors non ! Non, non, aucune échographie dans le service, non quoi, c'est pas du tout, non, non pas d'échographie e avant d'avoir passé le diplôme. » « Oui, il y a des manips qui font... » « Alors, voilà, tout à fait, mais eux non pas d'échographie e avant » « Par le biais, euh en fait si vous voulez on est allé dans des congrès, et on a vu, on a rencontré le responsable</p>	<p>avoir, non, alors le tronc commun ça c'est fait à X (ville) nous. » « On a eu deux jours de cours pour euh je ne sais pas moi, on va dire une page de physique (rire). » « C'est quand même hyper léger, quoi, franchement là, c'est vraiment très, très léger, aucun accompagne ment, après c'est beaucoup plus explicite pour les modules, c'est beaucoup, et puis le tronc commun, c'est bien un tronc commun, ça s'adapte pas forcément à votre</p>	<p>si vous avez déjà votre anatomie, la manière dont fonctionne les organes, et les rapports entre les organes, c'est quand même, je pense qu'on peut pas passer de la radio à l'écho, quoi, vous voyez ? » « C'est plus difficile. » « L'expérience. » « L'adaptation. L'imagerie, voilà l'expérience et l'imagerie en coupe, euh... l'adaptation. » « Vraiment faut quand même une grosse capacité d'adaptation, ne serait-ce pour... (rire) aux radiologues et puis d'avoir fait une adaptation, une nouvelle façon de travailler aussi qui est complètement différente, différente, de la réflexion, un travail, si après on a envie d'évoluer aussi, un travail chez soi, quand même assez intéressant, une formation autre. » « Je pense qu'il faut être assez euh... comment dire ça, assez euh, avoir, de l'investissement, voilà, faut pour l'échographie, faut vraiment qu'il y est un investissement, autre ce que vous avez donné au travail, c'est-à-dire qu'après faut sans cesse se renouveler, enfin sans cesse, enfin potasser, regarder de nouvelles pathologies, voilà, parce que moi je fais de tout en fait, hein, je ne fais pas qu'une activité, enfin, je fais de l'abdomen, du pelvis, euh enfin du vasculaire, de l'os, de, voilà, donc sans cesse obliger de regarder un petit peu les pathologies, certaines pathologies,</p>
---	---	---	---	--	---	--	---

<p>hein. » « Différente en fonction, voilà, l'échographie étant donné que c'est vraiment opérateur dépendant, je veux dire, c'est juste pour l'image, pour que eux puisse interpréter, ils ont leur préférence, leur habitude, en fait, hein. » « Donc voilà ! » « mais ils ne seraient pas contre l'idée de former une deuxième personne si l'activité le demandait. » « Oui. » « Les 11 font de l'échographie. » « Ben disons. Oui, bon après, c'est des... » « Voilà ! Ils ont l'expérience donc euh je ne pense pas qu'ils le voient comme ça, hein, mais euh. »</p>			<p>en fait vous avez un contact interne, interne médecin parce qu'ils vous ont formés déjà pendant 6 mois à l'échographie donc après ils ne vous voient plus euh de la même enfin... » « C'est plus le même contact, c'est pas possible, c'est plus le même contact, c'est plus le même regard, c'est différent, même si vous, même si vous, vous gardez le même contact. » « Eux, pour eux, c'est différent donc c'est, je pense, très difficile, à gérer au début. » « Pour peut-être les manips à l'extérieur et pour vous ! » « C'est compliqué ! C'est compliqué à</p>	<p>tout, la radiothérapie, la médecine nucléaire, mais c'est d'autres techniques, vous stagnez au bout d'un moment. » « C'est un peu, c'est un peu, enfin bon (rire), voilà, certaines évolutions quand même assez intéressantes. » « Ah oui, je ne sais pas, mais bon, oui bon, c'est, ce n'est que mon avis ! Après ce n'est pas une critique, ni un jugement de valeur porté sur le travail de manip, hein, pas du tout ! Mais bon, voilà, moi en tout cas, je ne conçois pas de travailler, je travaille dans du privé, donc bien évidemment, il y a de l'activité, je ne conçois pas de travailler sans regarder un examen, sans savoir pourquoi, comment, sans parler au patient, quoi, enfin pour moi. » « Voilà, il me semble que c'est, bon, en tout cas, c'est ma manière de travailler. » « Qui ne s'adapter pas parfois au scan, voilà. » « Ben voilà, donc moi... » « Peut-être, soit je faisais autre chose, soit je changeais d'orientation. » « Toujours, soit je parlais dans Ingénieur d'application ou, vous voyez. » « Ben toujours</p>	<p>de l'AFPPE qui a fait euh le DIU d'échographie » « Voilà, X et donc on en a discuté et puis, on s'est dit oui pourquoi, enfin, oui pourquoi pas pour changer, pour évoluer quoi. Evoluer. »</p>	<p>niveau. » « Ah oui, les modules, oui tout à fait, après il y a des intervenants qui sont bien d'autres non, mais voilà, c'est quand même beaucoup plus ciblé. » « Après, on n'a aucun accompagne ment hein, après on avait une secrétaire qui nous envoyait par mail les informations, tous les 3 mois quoi. » « il n'y a aucun accompagne ment de la part de, voilà du DIU. » « Oui, voilà c'est le médecin. » « Oui, Oui. »</p>	<p>pourquoi, comment, voilà, bon, c'est quand même un travail en amont. » « Qui ne s'arrête pas en fait, à l'échographie que l'on réalise dans le service. » « Ca demande quand même un investissement personnel. » « Du temps et de l'investissement personnel ! Si on a envie bien évidemment ! Après... » « Ah oui ! Ah oui, biensur ! Si c'est imposé, ça ne marche pas. » « Non. » « Alors, ça dépend comment l'encadrer parce que, si c'est, si c'est par exemple lui donner des conseils sur déjà mettre en place le dossier pour le DIU, c'est quand même assez compliqué donc. » « Si, c'est euh l'encadrer pour lui donner des pistes, lui donner des conseils, au niveau organisation, d'accord, après par contre si c'est la formation, la formation pour faire des échos, non. » « Faut que ça reste les médecins. Non, non, non. » « Faut que ça reste médical, ah oui, oui. » « Tout à fait ! Non, non, là faut que ça reste euh aux médecins, ça reste un aspect médical parce que avec toutes l'expérience qu'on pourra avoir. » « Donc euh, donc euh voilà. Il faut savoir rester à sa place et euh, non, je pense que non, enfin moi je pense qu'il faut que ça soit toujours un médecin. » « Quand vous faites une échographie, que vous avez rien vu et que le patient passe un</p>
--	--	--	--	---	--	---	--

				<p>gérer ! » « Oui donc, ça stigmatise encore plus ! »</p>	<p>dans le médical, parce qu'on est tellement, tellement fermé manipulateur que bon, voilà c'était » « Voilà ! Tout à fait. » « Tandis que les modules, il n'y a que les manip donc c'est, c'est quand même, voilà. C'est un petit avantage. » « On ne pourra jamais, on n'est pas des médecins, loin de là. » « Non, pas forcément d'avantage. » « Limitée par quoi ? » « Eh oui, moi, je fais tout, donc si vous voulez je ne me sens pas limitée, sinon, donc euh moi j'ai la chance de, voilà, au contraire, c'est moi qui me limiterais davantage, donc moi pas du tout, je me sens absolument pas limitée parce que ils m'ont ouvert à toutes les échographies quoi. » « Donc euh voilà, donc, si vous voulez, j'ai pas, pas trop de limites, non. » « Non, non, non ! Non, là, c'est depuis, toute façon, on a eu bon le résultat en juillet, le temps que ça se mette en place vraiment, vraiment. » « Depuis janvier, quoi, où j'ai ma salle, avec mes patients, enfin mes patients, c'est pas mes patients, j'ai la</p>				<p>scanner, et il y a quelque chose, bon, c'est pas (rire) faut l'accepter quoi, faut accepter de se remettre en question quand même et faut accepter ses erreurs. » « Ah oui, ce n'est pas, c'est pour ça que je vous dis, je pense qu'il faut être quand même assez armer et euh, je ne pense pas, faut avoir quand même une certaine expérience. » « Alors qu'il y est une initiation, bien évidemment ! » « Après, après... » « Voilà... ben disons que, vous ne pouvez pas sortir de l'école en disant je sais faire de l'échographie, c'est pas possible, c'est quelque chose qui s'apprend et c'est quelque chose sur le terrain avec l'expérience donc euh... Un petit peu comme euh, j'allais dire, un petit peu comme le scanner ou ? Voilà après le scanner, je dirai un peu plus comme l'IRM, l'IRM, c'est un peu plus compliqué, effectivement mais euh, voilà. » « Voilà, plutôt comme l'IRM qui est un peu plus complexe quand même que le scanner, oui. » « Non, après, il est évident, enfin pour moi, bon. » « Oui. » « Après une spécialisation mais par contre, je pense que c'est bien d'intégrer cette formation, euh par contre dans l'école de manip pour ouvrir un peu les mentalités. » « Des médecins, bien évidemment mais</p>
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

salle avec des patients, des vacances, voilà. » « En fait, alors euh, ça était aussi ça compliqué, toujours pareil. » « Mais euh, en fait on est, je suis sur le planning, euh, en fait c'est les médecins qui me mettent sur leur planning, ça aussi, toujours aussi un peu délicat! » « Donc, c'est les médecins qui me mettent sur leur planning et ensuite euh, en fonction du temps qui reste, c'est le chef de service qui prend ce temps-là, pour vous mettre ailleurs dans le service de radiologie... en manip. » « Non. C'est le même, non, c'est le même statut, hein. » « C'est pour ça (rire), ça viendra peut-être mais pas encore ! »

après faut que ça reste une spécialisation le D.I.U, hein je pense. » « Ah ça après, ça, je ne sais pas, euh, oui pourquoi pas au niveau master après toute façon des manips peuvent continuer, oui biensur pourquoi pas ! » « Oui, ben voilà, ça d'accord ! » « Ça, bien évidemment ! Mais pas sur 3 ans quoi ! » « C'est pas possible. » « L'organisation oui biensur, sacrément l'organisation, faudrait peut être enlevé les soins infirmiers qui ne servent pas à grand-chose effectivement, un an, en tout cas pour moi, on avait un an de soins infirmier. » « Ah bon parce que nous on avait un an de soins infirmier (rire). » « Voilà. Donc voilà, c'est quand même... » « Moi, je l'ai super mal vécu, vraiment. » « Ah oui ! C'est pas du tout ! » « Ça m'a confronté dans l'idée que je ne voulais pas devenir infirmière (rire) » « Ouais, c'était vraiment, et puis même avec nous, je trouvais qu'il avait une espèce de rivalité, pseudo rivalité, qui était absolument aberrante, hein. » « Manip euh, je ne sais pas, ça me paraissait euh, vraiment aberrant quoi ! » « Ouais peut être donc euh... » « Non pas du tout, non, non, non, pas du tout. » « Non, voilà, vraiment ça m'a pas, je ne garde pas un souvenir mémorable. » « Voilà (rire). Ah oui, ça serait pas mal ! »