



UNIVERSITE D'ORAN

Faculté des Sciences Sociales

Institut de Sociologie

MAGISTER EN SOCIOLOGIE DE LA SANTE

**Le rapport des patients à l'imagerie
médicale**

Présenté par :

Naouel Azzouz

**Sous la direction du Professeur :
Mohamed Mebtoul**

2009-2010



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Remerciements

Je tiens à exprimer ma gratitude et ma reconnaissance à Monsieur Mebtoul pour son aide précieuse et sa disponibilité tout au long de la réalisation de mon travail.

Je remercie Monsieur Merzouk pour ses observations pertinentes lors des séminaires de travail.

Je remercie Semmoud Ahmed pour son aide et sa patience.

Je remercie le personnel médical et tous ceux qui ont bien voulu participer à cette enquête.

Je remercie également ma famille et mes amis pour leur encouragement et spécialement ma mère pour son soutien continu.

INTRODUCTION	01
 PREMIERE PARTIE	
INTRODUCTION A L'IMAGERIE MEDICALE	
CHAPITRE I L'IMAGERIE MEDICALE EN ALGERIE	09
I- L'IMPORTATION DES OBJETS DE LA MEDECINE EN ALGERIE	10
II- LA DOMINATION DU SECTEUR PRIVE	12
 CHAPITRE II ETHNOGRAPHIE DES ESPACES ET DU TRAVAIL RADIOLOGIQUE.....	18
I- LA DESCRIPTION DES LIEUX	
I- 1LES SERVICES DE RADIOLOGIE AU CHUO	18
I-2 LE CENTRE PRIVE D'IMAGERIE MEDICALE.....	25
II- ETHNOGRAPHIE D'UN EXAMEN RADIOLOGIQUE	29
 CHAPITRE III LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS	30
I- L'INFLUENCE DU CAPITAL SOCIAL	31
II- LES ATTENTES DES PATIENTS	35
III - LES CONTRAINTES FINANCIERES LIEES AU RECOURS AU PRIVE	42
 DEUXIEME PARTIE	
PATIENTS ET IMAGERIE MEDICALE	
 CHAPITE I LA BANALISATION DU RECOURS A L'IMAGERIE MEDICALE	48
 LES DIFFERENTES CATEGORIES DE PATIENTS RECORANT A L'IMAGERIE MEDICALE.....	49
1 LA LOGIQUE DE L'OBSERVANCE.....	50
2 LA LOGIQUE DE LA NEGOCIATION	54
3 UNE LOGIQUE AUTONOME	58

LES PATIENTS	63
I LES NOMINATIONS ATTRIBUEES PAR LES PATIENTS AUX EXAMENS RADIOLOGIQUES	65
II LE MAL TRADUIT EN IMAGE	69
III LA HIERARCHISATION DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES	73
CHAPITRE III LES CHANGEMENTS APPORTES PAR L'USAGE DE LA TECHNICITE	79
I LA RELATION MEDECIN – MALADE	79
II LE NOUVEAU RAGARD APPORTE AU CORPS	83
CONCLUSION	86
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	90
ANNEXES	95

L'imagerie médicale représente un ensemble de techniques qui ont investi totalement le champ médical. Il est incontestable que la technicisation de la médecine a été pour beaucoup dans l'appréhension fine du corps organique et dans la légitimité attribuée de façon dominante aux spécialistes qui se limitent à un organe donné. Par exemple B.Pasveer¹ montre bien comment la radiologie a modifié le processus du diagnostic et le suivi de l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Les images produites par les rayons x sont devenues un complément indissociable aux autres méthodes (examens clinique et bactériologique) qui permettent de diagnostiquer cette maladie. Elles ont « *re-construit la tuberculose pulmonaire : certaines des caractéristiques de la maladie ont été transformées par le langage et les pratiques de cette technique visuelle, et de ce fait, l'ordre, l'organisation et l'ontologie de la maladie* » (Pasveer, 1995). Les images produites par le biais de la technicité semblent acquérir de plus en plus une part importante dans le diagnostic et le suivi de plusieurs maladies. Elles sont devenues des moyens privilégiés dans les campagnes de prévention de certaines maladies².

Le présent travail se propose d'appréhender le thème de l'imagerie médicale à travers le rôle que pourra jouer le patient dans le processus qui amène à la production de l'image médicale. Nous tenterons de montrer que les patients ne sont pas de simples consommateurs de la technique médicale. Ce sont des acteurs du travail médical. Ils agissent selon leurs propres attentes et s'engagent dans un travail de négociation tout au long du processus thérapeutique (Strauss, 1992). Nous tenterons aussi de mettre en exergue les

¹ B.Pasveer, « *images et objets : la tuberculose et les rayons x* », Techniques et Culture n°25-26, 1995, p1-18.

² La publication dans les années 1970 des résultats d'un essai new-yorkais concernant la réduction de 30% de la mortalité par le cancer du sein a donné le coup d'envoi au développement de cet appareil de dépistage. « Même s'ils n'ont pas formellement établi la preuve irréfutable de l'efficacité de cette dernière, *Tout le monde veut croire en ces résultats : l'essai a marqué les esprits et la pression en faveur du dépistage se renforce. La quête de la preuve définitive s'intensifie en même temps qu'elle se déplace en Europe* » (V.Boissonnat, 2003.) p52.

patients aux différentes techniques de l'imagerie

Les raisons du choix

Notre intérêt pour ce sujet est le résultat de notre expérience de travail dans un cabinet privé spécialisé en imagerie médicale, pendant plus d'une année, en tant qu'aide manipulatrice de radio. Cette expérience nous a permis de constater le nombre important de patients venant effectuer des examens radiologiques. Aussi elle nous a donné l'opportunité d'observer le comportement non passif adopté par les patients (clients) dans cet espace. Un comportement traduisant la volonté des patients à vouloir obtenir des informations, des privilèges en s'engageant dans un travail de négociation avec le personnel médical.

Dans les études sociologiques ayant pris comme thème de recherche l'imagerie médicale, le patient est réduit à un objet parmi d'autres permettant la réalisation de l'examen. Zimmermann parle d'une chosification du patient, ce dernier étant « *en demande de soins, se soumet aux procédures d'objectivation qui trouvent leur place à l'intérieur d'une structure définie comme une « entreprise » et organisée de la sorte [...] le malade, « patient et client », se transfigure en « matière première, matériel d'approvisionnement », nécessaire à la production.* » (Zimmermann, 1992). Il s'agit dans la description du travail déployé dans un centre de radiologie faite par Boullier d'un travail de transformation du patient à examiner à un cliché à interpréter. La participation du patient est limitée dans la nécessité de coopérer avec le radiologue ou le technicien. D'autres études, sont consacrées à l'historique de l'introduction de certaines techniques, elles s'intéressent plus au rôle des professionnels de la santé, des industriels et des pouvoirs politiques dans le processus de diffusion de ces techniques. (Boissonnat, 2003).

ence dans un espace spécialisé en imagerie, nous avons noté que les patients ne se soumettent pas systématiquement aux instructions du personnel médical. Leur comportement diffère d'un patient à un autre, ils ne sont pas toujours dociles, ils manifestent leur mécontentement ; demandent des informations ; veulent acquérir des privilèges...etc. Pour cet effet, nous considérons qu'il est pertinent d'appréhender le thème de l'imagerie en mettant l'accent sur la posture du patient et aux significations qu'il attribue à cette technique.

L'objet de la recherche

La participation du patient dans le travail médical est peu reconnue surtout quand il s'agit d'un domaine technique comme celui de l'imagerie médicale. Où le patient est censé suivre à la lettre les instructions dictées par le technicien ou le médecin radiologue afin d'aboutir à la réalisation de l'examen. C'est le modèle même du patient tel qu'il est décrit par T.Parsons³. La maladie est considérée par ce sociologue comme une déviance potentielle par rapport à l'ordre social (Adam, Herzlich, 2001). Pour cet effet la personne malade doit se soumettre à la compétence du médecin considéré comme étant le seul à détenir le savoir nécessaire pour mettre fin à cette déviance. Le patient selon ce modèle se voit attribuer un rôle passif et doit se conformer à la norme médicale.

Or, les études faites sur une base d'un travail de terrain fondé sur une observation approfondie (l'observation in situ) des activités de soins permettent de constater l'implication active des patients. Ces derniers procèdent à un travail de négociation. Ils agissent selon leurs attentes et construisent des représentations qui influencent leurs conduites et leur choix thérapeutique.

³ « Pour comprendre comment Parsons envisage la profession médicale en tant qu'instrument de contrôle social, il faut se référer au concept de déviance développé par la tradition fonctionnaliste. La maladie constitue une déviance sociale à l'égard de laquelle les soins médicaux constituent le mécanisme de contrôle approprié afin de reconstruire l'équilibre social qu'il menace » (D.Carricaburu, M.Ménoret, 2004.) p47.

À partir de cette perspective, nous tenterons dans ce travail de répondre au questionnement suivant :

- Quel rôle jouent les patients dans le processus conduisant au recours à l'imagerie médicale et Comment définissent-ils les différentes techniques de l'imagerie ?

Pour ce faire, nous nous basons sur l'approche interactionniste. Cette approche a permis de donner un nouveau regard sur le rôle du patient dans le travail médical.

Perspective théorique

Parler du patient comme un acteur du travail médical nous renvoi à l'approche interactionniste et spécialement aux études d'Anselm Strauss. Ses études montrent bien comment le travail accompli par le malade s'intègre au travail médical. Il présente de multiples situations⁴ dans lesquelles le patient se trouve impliqué tout au long du processus de soins. Son analyse est le résultat de « *descriptions situationnelles et structurelles des différentes formes d'interaction et d'action sociales qui rendent compte des négociations qui organisent la vie sociale dans le monde de la médecine.* » (Carricaburu, Ménoret, 2004).

Le processus de négociation concerne toutes les étapes du processus thérapeutique, au cours duquel les patients s'engagent dans des marchandages pour obtenir des avantages. Les patients négocient aussi pour avoir des

⁴ Strauss donne quelques exemples du travail du patient : « *le travail en miroir de celui de l'équipe médicale (donner du sang, des urines..., répondre aux ordres). Et le travail qui vient en supplément de celui de l'équipe et pas simplement en miroir (par exemple garder la maîtrise de soi pendant un examen) ; un travail qui se substitue au travail de l'équipe soit qu'elle ne l'ait pas fait, soit que le malade le croie ; un travail que le malade juge nécessaire au travail de soins sur des allergies ou sur des symptômes liés à une autre maladie que celle qui préoccupe immédiatement l'équipe) ; enfin un travail qui est étranger à ce que l'équipe définit comme ses attributions* ». (Strauss, 1992.) p34.

maladies pour prendre une part active dans la

prise de leur traitement.

En nous basons sur cette approche nous mettrons l'accent sur le rôle du patient dans le processus conduisant à la réalisation d'un examen radiologique. Nous abordons donc le travail déployé par le patient avant, pendant et après la réalisation de l'examen.

Pour comprendre comment les patients perçoivent la technique de l'imagerie médicale et dégager le travail déployé par les patients, l'approche qualitative semble la plus appropriée. Avec ses outils nous pouvons effectuer une observation approfondie des comportements adoptés par les patients dans un espace spécialisé en imagerie. Comme elle nous permet de nous rapprocher des patients pour réaliser des entretiens qui dévoileront les représentations qu'ils attribuent aux techniques de radiologie.

La démarche méthodologique

Notre étude s'appuie sur des données qualitatives recueillies auprès de patients venant passer des examens radiologiques. Cette approche nous a semblé la plus pertinente. Elle permet de réaliser une observation plus fine des différentes pratiques mises en œuvre par les patients, et une insertion plus active dans le milieu social étudié.

Nous nous appuyons donc sur les résultats d'un travail d'investigation réalisé dans deux services hospitaliers du CHU d'Oran spécialisés en radiologie et un centre privé spécialisé en imagerie médicale situé au centre ville d'Oran et proche de l'hôpital.

La réalisation de notre travail a reposé sur une observation journalière de l'activité de ces trois espaces durant 06 mois. Les trois premiers mois se sont déroulés dans deux services de radiologie au CHU d'Oran et les autres dans un cabinet privé spécialisé en imagerie médicale. Nous avons partagé notre temps entre les salles d'attente, la réception et les salles d'examens. Ceci nous a donné

discussions informelles avec les patients et le personnel médical (manipulateurs, médecins radiologues, résidents en radiologie et infirmiers). Comme, elle nous a permis de nouer une relation de confiance avec les patients et de fixer des rendez-vous avec eux en dehors des espaces sanitaires dans le but de faire des entretiens.

L'observation a été complétée par 15 entretiens semi directifs. Dix entretiens ont été réalisés aux domiciles des enquêtés et les autres dans des espaces choisis par les patients. Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone puis retranscrits et traduits en français. Leur durée est de la moyenne d'une heure et demie à deux heures. Nous avons pris en considération la diversité dans le choix des enquêtés par rapport à l'âge, le niveau d'instruction et le niveau socio – économique⁵.

La précision du thème de recherche est le résultat d'une pré enquête durant laquelle nous avons discuter avec des patients, des médecins radiologues et des techniciens. Nous avons également participé à plusieurs examens. Ceci nous a aussi aidé dans l'élaboration du guide d'entretien. Dans lequel nous nous sommes attaché à préciser l'itinéraire thérapeutique des patients pour prendre connaissance des raisons ayant conduit au recours à l'imagerie médicale ; au choix du lieu ; aux contraintes rencontrées lorsqu'une personne veut passer un examen complémentaire ; à la qualité de la prise en charge ; aux attentes des patients à l'égard de l'imagerie ; à l'accessibilité des patients aux différents examens et à leur représentations concernant l'imagerie médicale.

Au début de notre travail de terrain, nous avons été confronté à la méfiance des enquêtés et à leur silence. Surtout que nous étions contraints de porter la blouse blanche pour pouvoir assister aux examens. Les manipulateurs nous surveillaient et intervenaient pendant nos discussions avec les patients, ils voulaient entendre le discours des patients. Après chaque discussion avec les

⁵ Dans les annexes, il y a un tableau dans lequel nous donnons une présentation détaillée concernant les enquêtés.

leur raconter ce que les patients ont dit et s'ils

Nous nous sommes donc contenté pendant les premiers temps de faire des observations, d'assister aux examens et d'aider les manipulateurs dans le développement des clichés en profitant de notre expérience de travail dans le domaine de l'imagerie médicale⁶. Quand le personnel s'est habitué à notre présence, nous avons pu travailler plus librement.

Notre présence quotidienne dans ces espaces nous a permis d'observer les comportements adoptés par les patients au sein de ces espaces et d'établir une relation de confiance avec eux.

Notre expérience de travail nous a été bénéfique, nous avons déjà une idée sur le déroulement du travail, des étapes suivies pour aboutir à la réalisation d'une image médicale, de prendre connaissance des différents examens radiologiques et des appareils utilisés. Concernant le contact avec les patients, nous accordions une grande importance à leur expliquer le but de notre présence, et notre besoin de leurs discours pour effectuer notre travail, en clarifiant notre statut d'étudiante. Ceci nous a facilité la prise de contact dans le but de faire des entretiens répétés et approfondis dans les domiciles des enquêtés.

Le présent travail est structuré en deux parties. Dans la première partie, nous donnons un aperçu sur l'introduction de l'imagerie médicale en Algérie. Ceci nous permet de constater l'emprise du secteur privé sur le domaine des investigations radiologiques face à l'incapacité et aux difficultés des structures publiques dans la prise en charge des patients. Elle comprend aussi une description d'espaces public et privé spécialisés en imagerie médicale et celle du déroulement d'un examen radiologique. Le troisième chapitre est consacré aux difficultés rencontrées par les patients quand ils ont recours aux structures

⁶ Dans le cabinet privé, durant l'absence des manipulateurs nous avons aidé dans la réalisation des examens.

réaliser des examens complémentaires. Cette première partie est une partie introductive et donne une idée générale sur l'imagerie médicale.

Dans de la deuxième partie, nous accordons plus d'importance au rôle du patient dans la prise de décision au recours à l'imagerie et à leurs représentations concernant cette technique. Le premier chapitre comprend une présentation des différentes catégories de patients qui recourent à la radiologie. Dans le deuxième chapitre, nous tentons à travers le concept des représentations sociales de mettre en exergue les nominations et les significations attribuées par les patients aux techniques de l'imagerie. Ceci nous permet de dégager les raisons de l'engouement de certains patients à vouloir réaliser des examens complémentaires. Le dernier chapitre est consacré à l'impact de l'usage des techniques médicales sur la relation médecin – malade et les changements qu'elles apportent au regard des individus à l'égard de leur corps.

L'évolution rapide des nouvelles technologies a fortement marqué le champ médical dans les pays industrialisés après la deuxième guerre mondiale. Elle s'est traduite par une introduction massive des objets techniques dans les hôpitaux⁷, considérée comme étant une forme de modernisation et d'amélioration de la prise en charge des patients. En conséquent, l'exercice de la médecine est devenu de plus en plus substituer à l'usage des nouvelles technologies médicales⁸ dont les techniques de la radiologie avec toutes ses innovations (échographie, scanner, IRM, etc.). Ces techniques sont devenues essentielles aux fins de diagnostic, de dépistage et de suivi de l'évolution éventuelle de plusieurs maladies chroniques.

Concernant la diffusion des objets techniques relatifs à la santé en Algérie, elle s'est effectuée à la suite de l'importation massive des équipements lourds touchant en premier lieu, le secteur public de la santé durant la décennie 1980. Contrairement aux pays industrialisés qui ont connu une introduction progressive des moyens techniques, leur introduction en Algérie a été faite suivant une volonté politique et pas forcément selon les besoins réels des structures de soins.

Elle s'est ensuite multipliée dans les années 1990 par le biais du secteur privé. Un secteur qui a connu durant une décennie un accroissement considérablement rapide.

⁷ En France par exemple, après la deuxième guerre mondiale la structure hospitalière a connu un flux continu des innovations médicales et technologiques. Tous les hôpitaux sont entrés dans la stratégie du développement par la technique. « *A côté des lits d'hospitalisation et des entités chargées des aspects hôteliers de l'hospitalisation (cuisines, blanchisseries, etc.), s'est développé ce qu'il est convenu d'appeler le plateau technique : imagerie, blocs opératoires, laboratoires, etc., siège d'activités hautement spécialisées, en constant renouvellement (le scanner et la résonance magnétique nucléaire ou encore la biologie moléculaire en sont des exemples récents)* ». (Moisson, 2002). p37.

⁸ Les technologies médicales sont définies comme étant « *des médicaments, des instruments et des techniques* ». (Déchamp - Le Roux, 2002). p97.

DE LA MEDECINE EN ALGERIE

La propagation des nouvelles technologies en Algérie entre dans la lignée de la politique d'industrialisation massive durant les années 1970-1978. Elle a privilégié l'industrie par rapport à d'autres secteurs en la considérant comme un moteur de développement. Concernant l'équipement du secteur de la santé, il entre dans le cadre du premier et du second plan quinquennal (1980-1984 et 1985-1989) où les secteurs sociaux comme celui de la santé ont eu droit à un volume fortement accru de ressources financières⁹. La majeure partie des ressources financières appropriées à ce programme a servit à la réalisation de nouveaux hôpitaux, clés en mains, et à équiper le secteur public de technologies de pointe spécifiquement les équipements lourds, et particulièrement le domaine de l'imagerie médicale (scanographie, échographie à résonance magnétique).

La mise en place des équipements lourds a commencé par l'importation d'un important plateau technique au sein des structures publiques, touchant spécialement les centres hospitalo-universitaires. Durant la période 1980-1984, l'Algérie a importé 1683 millions de DA d'instruments et d'équipements médicochirurgicaux (soit en moyenne 361 million de DA par année). La grande partie était consacrée aux appareils les plus récents (05 scanographes, 115 échographes, 126 incinérateurs et 1220 appareils de radiologies tous types confondus, 1600 blocs dentaires etc.) (Oufriha, 1992).

L'importation massive de ces nouvelles technologies a été expliquée par la montée considérable du coût des soins à l'étranger. Le but était donc de soigner les malades « lourds » transférés à l'étranger sur place. Cependant,

⁹ En matière d'investissement dans la période 1980-1984, pour 12,920 millions de DA ; 2500 millions de DA ont été attribuées à l'investissement sanitaire. Durant la seule année 1984 il y a eu des recours à des rallonges des crédits qui s'évaluent à 3000 millions de DA. La majeure partie de ces crédits va servir à la réalisation de nouveaux hôpitaux, clés en main, à équiper le secteur, de technologies largement de pointe et qui sont, en général, extrêmement lourdes, en particulier l'imagerie médicale : scanographie, échographie résonance magnétique etc. (Oufriha. F. Z, 1992). p230.

recours au corps hospitalo – universitaire des médecins pour établir les besoins de leurs services. Ces derniers ayant favorisé les moyens non sanitaires de la santé et l'importation de moyens moins onéreux et adaptés à leurs conditions de travail. Notamment, que les secteurs sanitaires manquaient de moyens adéquats leur permettant de remplir efficacement leur travail.

Toutefois, des problèmes liés au coût élevé des nouvelles technologies de la santé et au mode de fonctionnement sont apparus. Concernant le problème de coût, l'importation des équipements ne représente pas les seuls frais, il faut y ajouter les frais récurrents de fonctionnement des appareillages. Ces techniques font aussi appel à divers produits intermédiaires à usage unique (petits accessoires, films, produits de développement, etc.) eux aussi importés. S'ajoute à cela le problème de l'entretien et la maintenance des équipements. Pour ce qui est du problème de fonctionnement nous soulevons les points suivants :

- les pannes répétitives causent des temps d'immobilisation trop fréquents et n'améliorent pas réellement les possibilités de diagnostic rapide.
- la non formation préalable des équipes de maintenance dont résulte de longue durée des pannes. En effet la formation d'un personnel qualifié était tardive ou différée.
- La capacité des nouveaux moyens reste réduite compte tenu du niveau d'organisation et de l'éventail de spécialistes qu'elle requièrent.

Ainsi, l'introduction des équipements technologiques dont ceux de l'imagerie médicale concernait principalement les structures hospitalières. Durant cette période, le secteur privé de la santé était peu reconnu, étiqueté comme étant un acteur préoccupé uniquement par « l'argent ». L'extension de son activité ne s'est concrétisée qu'après la promulgation de la loi de la

nt divers domaines dont celui de la santé¹⁰. Suite à cette loi, le secteur privé de la santé a investi le champ médical en élargissant son activité vers les examens complémentaires en s'appropriant un matériel nouveau et non disponible dans les hôpitaux.

II- LA DOMINATION DU SECTEUR PRIVE

Le champ de la médecine en Algérie connaît depuis la décennie 1990 une importante montée du secteur privé, suite à la promulgation de la loi 88-15 du 03 mai 1988 et du décret 88-204 du 18 octobre 1988. Cette loi fixe les conditions de réalisation et de mise en fonctionnement des cliniques privées. En effet l'activité du secteur privé a connu durant les années 60 et 70 des difficultés d'installation résultantes des conditions imposées par l'état. Parmi ces conditions il y a : « *l'obligation de la mi-temps pour pallier au manque de médecins dans les structures publiques et l'imposition aux médecins de s'installer dans les zones où l'offre de soins est faible* » (Kaid Tilane.N 2004). Aussi les réformes imposées par le FMI suite à la crise économique sont à l'origine du programme d'ajustement structurel dont l'un de ses objectifs était l'extension de la privatisation de l'exercice médical.

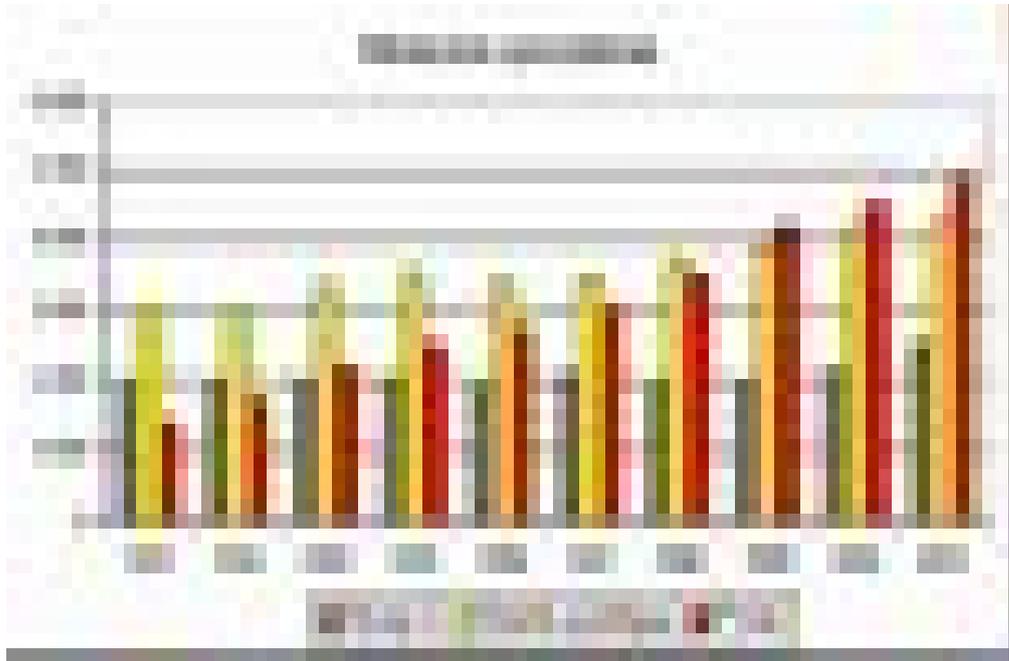
La reconnaissance officielle de ce secteur a permis l'élargissement de son activité au-delà des services de soins aux explorations radiologiques et biologiques et à l'hospitalisation¹¹. Delà l'activité des médecins spécialistes a connu à son tour une orientation vers le secteur privé comme l'indique le graphe suivant¹².

¹⁰ Nous disposons cependant de peu d'informations chiffrées ou de documentation traitant de l'introduction des nouvelles technologies dans le champ privé de la santé. Pour cet effet nous nous baserons dans notre présentation également sur les données recueillies pendant notre travail de terrain.

¹¹ « Le secteur privé regroupe actuellement 51% de l'effectif total de praticiens spécialistes, 32% de celui des généralistes et 89% de celui des pharmaciens » (Document : « Développement du Système National de santé, stratégie et perspectives » Ministère de la Santé, mai 2001.

¹² Les médecins spécialistes représentent à la fin de l'année 2000, 39% des médecins (non compris les résidents). Dans les structures publiques, les 13 CHU disposent de davantage de spécialistes que les 185 secteurs sanitaires. Le secteur privé représente 45% de l'ensemble des spécialistes, hospitalo – universitaires inclus. En 2001, la part du privé en médecins spécialistes s'élève à 53% et celle des CHU recule nettement à 13%. (Projection du

Evolution de l'activité des médecins spécialistes en Algérie :



Source : Projection du développement du secteur de la santé : perspective décennale ; juillet -2003.

Entre l'année 1991 et 2001, l'activité des médecins spécialistes exerçant à titre privé connaît une augmentation considérable avec l'ouverture de plusieurs cliniques¹³ ayant investies principalement dans deux spécialités : la chirurgie et la gynécologie obstétrique. Pour la seule wilaya d'Oran, le nombre de cliniques est de 17 opérationnelles et 16 autres sont en projets de construction¹⁴.

L'activité de ce secteur s'est renforcée par d'autres spécialités principalement celles des investigations radiologiques et biologiques. Ce

développement du secteur de la santé : perspective décennal République Algérienne Démocratique Populaire : Ministère de La Santé de la Population et de La Réforme Hospitalière, Juillet 2003) p12-13.

¹³ Sur tout le territoire Algérien 221 cliniques privées sont opérationnelles, (Rapport de l'ONU sur l'épidémie mondiale du sida, 2006).

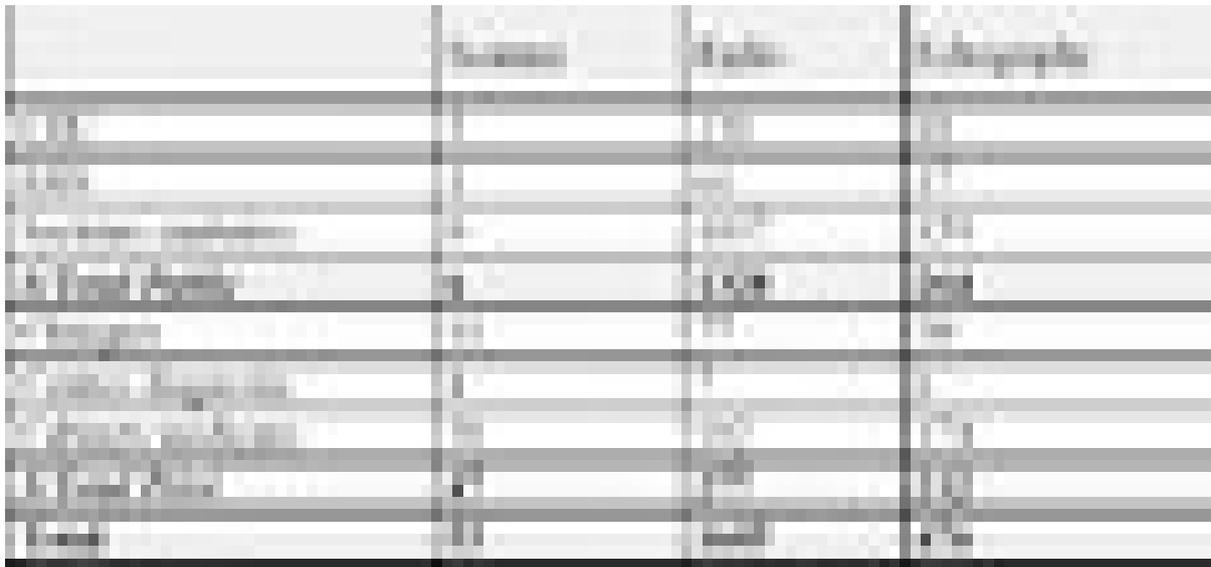
¹⁴ Document : « Développement du système national de santé, stratégie et perspectives » (ministère de la santé, mai 2001). p 22.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

reillage technique sophistiqué et coûteux lui permettant de devancer le secteur public en équipements techniques et spécialement dans le domaine de l'imagerie médicale. C'est le constat que nous pouvons faire à partir des données chiffrées du tableau (1). Ces données concernent les équipements en imagerie médicale dans les deux secteurs privé et public à la fin de l'année 2000.

Tableau n°1.

« Imagerie médicale en fonctionnement par type de structure sanitaire en 2000 ».



Source : Projection du développement du secteur de la santé : perspective décennale ; ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière ; 2003.

Les données permettent d'indiquer :

- Les centres privés détiennent un équipement radiologique important.
- Comparé au secteur public, le secteur privé dispose de plus d'équipements de pointe. Il détient à lui seul 47 scanners en plus de 05 appareils d'IRM (Résonances magnétiques) répartis en trois wilayas, alors que les 13 centres hospitaliers (CHU) ne détiennent que 05 scanners.

En s'appropriant un matériel sophistiqué, le secteur privé est arrivé à assurer différents examens radiologiques que l'hôpital ne peut pas prendre en charge. Nous faisons référence à l'absence de certaines explorations (IRM,

etc.), à la difficulté pour les patients d'avoir des examens au sein de l'hôpital -les délais pouvant prendre une durée de plus de deux mois pour un simple examen radiologique- et aux pannes répétitives.

Ceci conforte nos observations au sein du cabinet privé spécialisé en imagerie médicale. Plusieurs patients ont eu directement recours à l'hôpital pour réaliser des examens complémentaires. Ils ont été orientés par les services hospitaliers vers ce cabinet privé pour diverses raisons : les pannes des appareils radiologiques ou l'indisponibilité d'un certains types d'examens à leur niveau.

Un jeune homme s'est présenté au cabinet privé deux jours après son opération. Il était accompagné d'un médecin interne et de son frère pour subir une radiographie cervicale et un panoramique dentaire. Son frère affirme qu'ils ont été orientés par le personnel hospitalier vers ce centre privé de radiologie, en raison de l'indisponibilité de ces examens à l'hôpital. Ils leur ont aussi affirmé qu'ils obtiendront de meilleurs résultats.

Les centres privés n'hésitent pas à investir dans l'acquisition de l'équipement nécessaire pour la réalisation des examens demandés et de capter un nombre important de malades¹⁵. Dans le centre d'imagerie privé (lieu de notre terrain), malgré son étroitesse, la rénovation et l'introduction de nouveaux appareils requièrent une part importante dans l'équipement de cet espace. Il a été aménagé de façon à ajouter deux autres salles d'échographie, une salle pour l'installation du scanner et trois développeuses numériques et la rénovation de tout le matériel d'une salle de radiologie. A contrario, à l'hôpital plusieurs espaces ne sont pas utilisés. Des appareils de radiologie et d'échographie sont en panne depuis plusieurs années. L'une des salles de radio

¹⁵ « il n'est pas rare d'observer la reproduction du « monopole » marqué par un rite de passage (du public au privé) qui efface toute logique de concurrence, particulièrement quand la clinique privée est la seule à détenir le « fameux » équipement technique ou à recruter un médecin porteur d'une réputation socialement reconnue. (M.Mebtoul, 2005). p109.

es est utilisée comme un espace de repos pour

Le tableau suivant montre bien le manque en équipements lourds dans les hôpitaux¹⁶.

Tableau n°2 : Besoins en équipements lourds



Source : Projection du développement du secteur de la santé : perspective décennale ; ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, juillet-2003.

Ces données chiffrées traduisent le manque considérable en plusieurs types d'équipements (IRM, scanner, mammographes) dans les CHU. Des équipements approprié de façon dominante par les établissements privés. Ceci explique en partie le recours fréquents des patients vers ce secteur.

Le secteur privé a donc accédé au monopole dans les investigations complémentaires, suite à l'état de détérioration du matériel radiologique dans

¹⁶ Ce tableau a été réalisé par le ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière pour rendre compte des besoins des chu en matériel d'imagerie médical.

ibilité d'appareillage permettant la réalisation
aux pannes répétitives.

En effet, « *durant les trois décennies suivant l'indépendance, l'État algérien a investi en équipement médical, puis les difficultés économiques des années 90 n'ont pas permis ni de le maintenir encore moins de le remplacer. Ce qui explique leur état, hors service. Le taux de panne représentait 20% en 1998.* » (Kaid Tilane, 2004). En conséquent, les patients n'ont d'autres choix que celui de recourir au secteur privé. « *Il devient par la force des choses un passage obligé, même pour les patients qui ont recours aux formations sanitaires étatiques, contraints de réaliser la majorité des examens dits « complémentaires » au sein du secteur privé* ». (Mebtoul. M, 2005).

À partir de nos données qualitatives nous tenterons d'appréhender de plus près quelques aspects pouvant dévoiler la différence dans la qualité de la prise en charge des patients dans les deux espaces public et privé. Comme nous essayerons de rendre compte de l'état des deux espaces en terme d'aménagement et d'équipements. Pour cet effet, il est pertinent d'approcher de l'intérieur le mode de fonctionnement de deux lieux privé et public spécialisés en imagerie médicale. Cela permettra de donner un aperçu sur le déroulement du travail dans de pareils espaces. Pour ce faire, nous présentons une description de deux services de radiologie appartenant aux deux secteurs. Nous pourrons ainsi mettre en exergue les divergences entre les deux secteurs privé et public.



La première partie de ce chapitre comprend une description des espaces où nous avons effectué notre travail de terrain (les deux services de radiologie du CHU d'Oran et le cabinet privé spécialisé en imagerie médicale). Dans la deuxième partie nous décrivons les étapes suivies dans la réalisation des examens radiologiques.

I -LA DESCRIPTION DES LIEUX

I- 1-LES SERVICES DE RADIOLOGIE AU CHUO

I-1 .1- LE SERVICE DE RADIOLOGIE DES URGENCES

Ce service est situé à proximité du CHUO. Il a sa propre entrée. Il est composé de trois structures : les urgences médicales, les urgences chirurgicales et le plateau technique qui travaille en complémentarité avec les deux premiers. Les prestations radiologiques assurées dans ce service, sont des examens sans préparation (des examens qui ne nécessitent pas l'utilisation de produit de contraste¹⁷) ce qui est désigné dans le domaine médical par la radiographie standard¹⁸.

De jour comme de nuit, les examens radiologiques sont assurés par une équipe de deux manipulateurs qui travaillent un jour sur deux. Ils effectuent les examens sans l'assistance de médecin radiologue. Les trois salles de radios sont disposées des deux côtés d'un large couloir. Deux seulement sont opérationnelles. La troisième est utilisée pour le travail administratif (l'enregistrement des examens réalisés, des formats de clichés utilisés, et l'adresse des patients). Pourtant tout le matériel nécessaire pour la réalisation des examens y est disponible. Selon le personnel, le tube à rayon x est en

¹⁷ Le produit de contraste est une substance chimique susceptible d'absorber les rayonnements x ; elle permet l'opacification de toutes les parties du corps. (Dictionnaire des termes et techniques de radiologie, 2002).

¹⁸ Ce type de radiographie permet d'obtenir des clichés en deux dimensions : des structures osseuses et articulaires tel que les traumatismes osseux (les fractures). (Delpas.C, texte rédigé par la fondation pour la recherche médicale, 2002).



, il s'agit du problème de l'absence de la

Effectivement un rapport préliminaire sur l'Assistance Sociale en Algérie fait en 1994, montre qu'une grande partie des équipements médicaux n'a pas connue de renouvellement depuis 1982. Le taux de panne est très élevé, soit 30% à cause de l'obsolescence dont résulte le manque de pièce de rechange, de la sur utilisation et de l'absence d'une politique de la maintenance.

Subir un examen dans ce service, nécessite la présentation d'une ordonnance portant la griffe des urgences médicale ou chirurgicale. L'ordonnance doit comprendre le type de l'examen et datée du même jour. Les patients attendent leur tour dans le couloir. Ils sont pris en charge par les manipulateurs. Ces derniers vérifient leurs ordonnances avant de les faire entrer un par un en salles d'examen. Les personnes en état grave ou alitées sont accompagnées par les membres de leur famille qui assistent à l'examen et doivent éventuellement prendre et déplacer leur proche avant et après la réalisation de l'examen.

L'échographie est assurée par un médecin résident en radiologie. La salle d'échographie n'est ouverte que la matinée entre 9 heures et 11 heures. Les médecins du service médical nous ont affirmé que dans la majorité des cas ils orientent les malades pour un simple examen d'échographie même si leur état est grave, vers le service de la radio centrale du CHUO ou chez le privé.

Après l'examen, les malades ou un membre de leur famille attendent les résultats dans le couloir (il arrive que le manipulateur fasse plusieurs examens, ensuite il développe tous les clichés en même temps). Enfin il leur remet les



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

GRAPHIE DE S ESPACES ET DU TRAVAIL RADIOLOGIQUE.

médecin prescripteur pour l'interprétation

¹⁹ Le nom du patient n'est pas mentionné sur le cliché, il est remis aux patients sans enveloppe

²⁰ Aucun compte rendu écrit n'est donné au patient.

Ce service est situé à proximité des urgences. Il accueille les patients hospitalisés et externes. Pour y passer un examen, Les patients²¹ consultent chez un médecin dans le service de la garnison. Ils se présentent ensuite auprès du secrétariat du service de radiologie pour obtenir le rendez-vous. Le jour de l'examen, les patients paient la prestation, présentent le bon de paiement et la feuille de rendez-vous à l'agent installé à l'entrée. Puis, ils attendent leur tour. La salle d'attente étant étroite, les hommes se positionnent devant la porte d'entrée du service. A l'intérieur, il n'y a que les femmes et les hommes âgés.

Le personnel paramédical est composé de :

- trois manipulateurs en radiologie
- deux infirmiers responsables de l'injection du produit de contraste et de la surveillance de l'état du patient (il arrive que des patients présentent des allergies après l'injection du produit de contraste).

Les résultats des examens sont remis aux patients après l'examen. Ce sont des médecins résident en radiologie qui se chargent du contrôle des clichés avant de les remettre aux patients. Pour les examens réalisés avec le produit de contraste, les résultats sont remis le lendemain. Elles sont présentées au chef de service de la radio centrale du CHUO qui vérifie les clichés et les interprétations rédigées par le médecin résident pour donner son accord.

Ce service dispose de six salles d'examens de radiologie. Deux seulement sont opérationnelles. L'appareillage des autres espaces est en panne. Les manipulateurs évoquent les difficultés des conditions de travail, surtout celles liées à l'absence de moyens de protection (le tablier en plomb, les lunettes et le dosimètre et le paravent plombé). Les rayonnements sont diffusés avec un taux élevé vu l'ancienneté du tube à rayon x. Aucun appareil n'a été changé depuis

²¹ Pour les patients hospitalisés, se sont les médecins internes et les infirmières qui s'occupent de l'obtention des rendez-vous.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

GRAPHIE DE S ESPACES ET DU TRAVAIL RADIOLOGIQUE.

1982, seulement une développeuse a été

introduite mettant fin au développement manuel.

Il est situé au centre de la ville d'Oran, ce cabinet est ouvert depuis 1992. Il assure plusieurs types d'examens dont les examens osseux, viscéraux, la mammographie, le scanner, et différents types d'échographies (obstétricale, abdominale ...etc.).

Il est situé au premier étage d'un immeuble appartenant aux anciennes constructions de la période coloniale. A l'entrée de l'immeuble est accrochée une plaque bleue indiquant la présence d'un centre spécialisé en imagerie médicale. L'appartement a connu plusieurs modifications, dès qu'un matériel neuf est acquis, l'espace subit des transformations. Entre la période de 2003-2006, le cabinet a connu l'installation d'un scanner (une salle de radio a été modifiée pour placer le scanner), la rénovation de tout l'équipement d'une salle de radiologie, l'introduction de trois machines à développer numériques et une autre grande pièce a fait l'objet de transformation pour créer une salle supplémentaire d'échographie²².

Étant dans une logique de commercialisation, il s'agit pour ce centre d'acquérir le maximum d'équipements techniques lui permettant d'assurer la plupart des examens demandés. D'ailleurs le médecin radiologue n'hésite pas à informer les patients et les médecins de l'acquisition d'un nouveau matériel lors de leur présence au sein du cabinet. Par exemple à l'installation du scanner, le médecin radiologue a transmis des lettres à l'intention de médecins privés ou exerçant à l'hôpital dans la ville d'Oran et les wilayas avoisinantes pour leur annoncer l'existence du scanner²³. Il a aussi mis des affiches sur la vitre de la réception dans le but d'attirer un plus grand nombre de clients

L'espace est réparti entre les salles d'attentes et la partie travail (Peneff, 1992). Elles sont séparées par une porte en aluminium. Cette porte est toujours

²² Vu l'emplacement « stratégique » de ce cabinet situé en plein centre ville et proche du CHUO, le médecin préfère faire toutes ces modifications que de changer le lieu pour un autre qui serai loin ou difficile à trouver.

²³ L'emplacement du scanner a coïncidé avec la période ou nous travaillions au sein de ce cabinet.

par le personnel au moment de faire entrer et sortir les patients, à moins qu'il peut l'ouvrir uniquement de l'intérieur.

Le cabinet dispose de trois salles d'échographie, une salle de scanner, et trois pièces de radiologie. Afin d'empêcher la diffusion des rayons ionisantes en dehors des pièces de radiologie, les portes et les murs ont été couverts en plaques plombées.

Chaque espace dispose du matériel indispensable pour la réalisation des différents types d'explorations. Les salles de radiologie sont munies d'une table d'examen en acier; d'un tube à rayons x fixé à un pilier permettant de le glisser selon les besoins des examens; un Potter nécessaire aux examens à position debout; des sièges servant aux patients pour mettre leurs affaires et habilles et un paravent de protection est placé à côté de la table de radio muni d'une vitre carrée. Cependant aucune salle ne dispose d'un déshabilleur²⁴ mettant les patients dans une situation de gêne.

Le patient se présente en premier lieu à la réception pour l'enregistrement des données (le nom du patient, la nature de l'examen et la date de l'examen.). Les données sont écrites sur des fiches qui seront classées par numéro et en fonction du type de l'examen et de l'heure d'arrivée du patient. Les fiches précèdent le patient en salle d'examen, elles sont classées selon le type de l'examen et le numéro de l'enregistrement. Le temps de l'attente varie selon la disponibilité des salles.

Le personnel est composé de :

- Deux réceptionnistes (l'une d'elle s'occupe du ménage en plus du travail de réception).
- Deux secrétaires transcrivent les comptes rendus dictés ou enregistrés par le médecin radiologue sur dictaphone.

²⁴ Selon le décret exécutif n°92 – 380 du 18 octobre 1992 fixant les conditions de réalisation et de fonctionnement des cliniques privées : « Toute salle destinée à la radiologie doit comporter un cabinet de déshabillage servant de sas d'entrée et de sortie. Le cabinet de déshabillage doit avoir une surface minimale de 1m². De façon générale, nous rencontrons 2 ou 3 déshabilleurs par salle de radiologie ».

radios²⁵. Chacun d'entre eux s'occupe de certains types d'examens²⁶. Mais dans le cas de l'absence de l'un des manipulateurs les deux autres doivent se partager le travail. Concernant l'examen de scanner chaque jour l'un des techniciens est chargé en plus de son travail d'assister le médecin radiologue pour la préparation du patient et l'injection du produit de contraste.

- Le médecin radiologue assure les examens d'échographie et de scanner en plus de quelques examens radiologiques qui nécessitent son intervention.

Il ressort de cette description des divergences entre les deux espaces privé et public :

-Le centre privé est en continuelle rénovation de son plateau technique (développeuse numérique, échographes, tube à rayon x, etc.). Tandis qu'à l'hôpital les rénovations sont rares, par exemple au service de la garnison, le matériel de radio n'a pas été changé depuis son installation en 1982 (à l'exception de l'introduction d'une développeuse).

-La totalité de l'espace est utilisé dans le cabinet privé²⁷. A contrario à l'hôpital plusieurs salles disposant du matériel nécessaire à la réalisation des examens radiologiques sont délaissées à cause des pannes qui durent depuis plusieurs années²⁸. L'une des causes de cette situation est la vétusté de l'appareillage due au développement rapide des techniques médicales. En conséquent quand un appareil est en panne les pièces de rechange sont

²⁵ Les manipulateurs n'ont pas de diplôme de technicien en radiologie. Ils n'ont suivi aucune formation dans la manipulation des appareils radiologiques. C'est leur expérience de travail dans ce domaine qui leur a permis d'exercer ce travail.

²⁶ L'un d'eux réalise les examens osseux, l'autre s'occupe des examens réalisés avec les produits de contrastes et la manipulatrice est chargée des examens de mammographie et de panoramique dentaire.

²⁷ Nous présentons en annexe un schéma représentatif de la répartition de l'espace dans le centre privé d'imagerie médicale.

²⁸ La grande partie des équipements médicaux n'a pas connu de renouvellement depuis 1982, le taux de panne est très élevé soit 30% à cause de l'obsolescence dont résulte le manque de pièces de rechange de la sur utilisation et de l'absence d'une politique de maintenance. (Rapport Préliminaire sur l'Assistance Sociale dans la région méditerranéenne, 1994).

de des appareillages. S'ajoute à cela le problème de la maintenance²⁹.

Les cliniques et les cabinets privés se sont dotés d'un équipement sophistiqué leur permettant de renforcer leur statut et d'accéder au monopole dans le domaine des examens dits complémentaires. Ceci explique en grande partie le recours fréquent des patients vers ces établissements. S'ajoute à cela la difficulté de l'hôpital à prendre en charge tous les patients se présentant à son niveau pour de multiples raisons (pannes répétitives, l'absence de certaines explorations³⁰, etc.). L'hôpital est devenu par conséquent une institution qui nourrit le secteur privé en renvoyant même les personnes hospitalisées vers les centres privés pour la réalisation des examens complémentaires.

Avant d'aborder la partie concernant les contraintes auxquelles font face certains patients en voulant réaliser un examen complémentaire, nous complétant la description des lieux par la description des étapes suivies pour la réalisation d'un examen radiologique.

²⁹ Le personnel travaillant dans les deux services de radiologie (les urgences et la garnison), affirme que plusieurs appareils sont en panne depuis plusieurs années. Chaque service dispose de salles équipées en appareils radiologiques non opérationnelles.

³⁰ Certaines femmes venant effectuer l'échographie obstétricale dans le cabinet privé ont été orientées par le service de la maternité de l'hôpital vers l'un des deux centres d'imagerie situés dans le centre de la ville d'Oran. Si elles ne passent cet examen dans ces deux espaces les résultats leur sont refusés.

radiologique

L'imagerie médicale est « l'ensemble des dispositifs techniques et scientifiques permettant de fabriquer des images du corps humain, les images produites par ces dispositifs ainsi que les savoirs et les acteurs mobilisés par leur interprétation » (Werner, 2004). Elle comporte plusieurs techniques dont la radiologie, l'échographie, l'I.R.M et le scanner à rayons X (annexe III). Ces techniques sont principalement des moyens d'aide au diagnostic ayant connu un développement considérable et rapide. En conséquent, l'exercice médical est de plus en plus dépendant de la technologie, et la conception de la qualité des soins est indissociable d'une technicité. (Déchamp-Le- Roux, 2002).

La réalisation d'un examen obéit à un ensemble d'étapes successives. Elle nécessite un travail de coordination entre plusieurs acteurs et la disponibilité d'un matériel important (appareillage, développeuse, clichés, cassettes, produits de contraste, etc.). Il s'agit d'accéder à la production de l'image radiologique

Il existe des points de similitudes entre les différents examens (le positionnement du malade, le réglage de l'appareillage, le développement des clichés, etc.). À cet effet, nous choisissons de décrire le processus de la réalisation d'un seul examen. Il s'agit de l'urographie intra – veineuse (UIV), une radiographie de l'appareil urinaire réalisée avec l'utilisation d'un produit de contraste. Nous nous appuyons sur les observations réalisées au cours de notre travail de terrain.

La réalisation de l'UIV nécessite une préparation préalable³¹. Le patient doit se présenter en début de matinée parce la durée de l'examen peut éventuellement nécessiter plusieurs heures. Il s'inscrit à la réception en présentant la prescription médicale. La réceptionniste écrit sur une fiche³² tous les renseignements relatifs au patient : nom, prénom, la date du jour, le type

³¹ Si le patient présente une allergie au produit de contraste utilisé pendant l'examen, un traitement de trois jours lui est prescrit. Le patient achète le produit de contraste et doit venir à jeun le jour de l'examen.

³² Cette fiche précède le patient en salle d'examen.

patient, le numéro de son enregistrement et la
comme verbal. Celui-ci est ensuite orienté vers la salle d'attente.

En salle d'examen³³, le technicien procède à un bref interrogatoire concernant l'état de santé du malade, la réalisation ou non du test et à l'examen éventuel des anciens clichés ou compte rendus. Il lui demande de se déshabiller (se mettre en torse nu). L'absence d'un déshabilleur oblige le manipulateur à sortir de la salle. Il prépare durant ce temps, les cassettes nécessaires. En revenant, le technicien demande au patient de s'allonger sur la table. Il place la cassette dans le Potter³⁴. Il positionne le patient en ajustant le tube à rayons x suivant l'endroit radiographié. Il se met derrière le paravent plombé, règle les constantes de l'appareillage. Il demande au patient de ne pas bouger et de couper la respiration, le temps de la prise de l'image. Ensuite il couvre le patient avec un drap, retire la cassette et se dirige vers le laboratoire pour le développement³⁵ du premier cliché.

Revenu en salle d'examen, le manipulateur informe le patient qu'il est impératif d'injecter le produit de contraste afin de poursuivre l'examen. Cinq minutes après, il procède à la prise successive de clichés à des moments séparés, permettant de suivre la trajectoire du produit de contraste dans l'appareil urinaire. Le médecin radiologue est informé de l'avancement de

³³ Une salle d'examen comporte une table de radio en acier; un tube à rayons x fixé sur une colonne plancher-plafond permettant de faire glisser et de positionner le tube selon le type de l'examen effectué. Il y a aussi le paravent plombé, il est placé à proximité de la table d'examen comme moyen de protection du manipulateur contre les rayons x.

³⁴ Le Potter est un tiroir dans lequel est placée la cassette, son utilité est qu'il permet de faire glisser la cassette afin de l'adapter à aux différents examens.

³⁵ La méthode suivie dans le développement des clichés avant l'introduction des développeuses numériques comportait plusieurs étapes : le manipulateur entre dans le laboratoire de développement, ouvre la cassette, prend le cliché et place une partie du bout du cliché sur un appareil appelé le « marqueur » de façon à ce que le nom du patient, la date et le nom du médecin soient retranscrits sur le cliché. Ensuite il fait passer le cliché dans la développeuse permettant ainsi l'obtention du cliché final. Tandis qu'en utilisant la développeuse numérique il suffit de faire glisser la cassette dans la développeuse et l'image est tout de suite visualisée sur l'écran relié à la développeuse. Ceci permet au manipulateur de visualiser l'image avant son développement et de procéder à l'inscription des données relatives au patient et d'apporter des modifications dans le contraste lui évitant ainsi de refaire l'examen.

l clichés au fur et à mesure de leur réalisation³⁶.
Si la durée de l'examen nécessite plus d'une heure, le patient est envoyé en
salle d'attente. Il doit s'abstenir de manger ou de boire jusqu'à la prise du
dernier cliché. Les résultats (les clichés et leur interprétation) sont remis au
patient le lendemain de l'examen.

La réalisation d'un examen radiologique obéit donc à un ensemble
d'étapes successives. Elle débute par la phase d'inscription du patient et se
termine par la phase d'interprétation du cliché et la rédaction du compte rendu.
Comme elle nécessite un travail de coordination et la participation de
multiples acteurs (médecins radiologue, technicien, réceptionniste, patient) et
l'utilisation d'objets spécifiques (appareillage, films, développeuse, etc.). D.
Boullier définit ces étapes comme étant un travail de traduction dont résulte le
passage du patient à examiner au cliché à interpréter. Il montre bien dans son
article (Boullier, 1995) le rôle de chacun dans le processus de la production de
l'image et tout le travail déployé pour aboutir à une image qui fera l'objet
d'une interprétation.

Les discours de nos enquêtés dévoilent certains aspects concernant les
contraintes auxquelles ils font face en se dirigeant vers les structures publiques
et privées. La prédominance du capital relationnel, la cherté des prix et la
recherche d'une meilleure prise en charge sont donc les éléments appréhendés
dans le chapitre suivant.

³⁶ L'examen d'UIV peut durer une heure, comme il peut nécessiter plusieurs heures. Cela dépend de la rapidité du passage du produit de contraste dans les voies urinaires et des recommandations du médecin radiologue qui peut demander d'autres clichés supplémentaires avec des incidences différentes.

En ayant recours aux cliniques et aux cabinets privés, les patients anonymes s'attendent à une meilleure prise en charge et à une plus grande considération sociale. En effet, c'est l'une des raisons ayant amenée certains patients à privilégier les centres privés à l'hôpital pour la réalisation de leurs examens complémentaires. Ces patients considèrent l'hôpital comme une institution réservée aux gens détenant un capital relationnel, connaissant quelqu'un pouvant faciliter leur accès aux différents services et l'obtention de la prestation voulue (consultation, hospitalisation, examen complémentaire, etc.). L'hôpital est considéré comme un espace caractérisé par le flou organisationnel où les personnes anonymes (Mebtoul.M, 2002) font face à l'indifférence et au manque de considération. Par conséquent, le seul alternatif restant devant eux est le recours au privé en espérant effectuer leurs examens tout en bénéficiant d'un meilleur accueil.

Le capital relationnel constitue donc un élément favorisant le recours des patients anonymes vers les structures privées. Le recours au privé représente à son tour une autre contrainte pour les patients issus de milieu social modeste. Ils se trouvent devant la difficulté de devoir payer les examens à des prix dépassant leurs moyens financiers.

Le concept de capital social a été élaboré « pour rendre compte des différences résiduelles liées, grosso modo, aux ressources qui peuvent être réunies, par procuration, à travers des « relations » plus ou moins nombreuses et plus ou moins riches » (Bourdieu, 2000)³⁷. Le capital social ou relationnel est donc constitué du « réseau de relations sociales d'un individu et des volumes des différentes sortes de capital détenus par les agents qu'il peut ainsi atteindre et mobiliser pour son propre intérêt » (Mercklé, 2004).

À l'hôpital, les personnes détentrices de ressources relationnelles accèdent aisément aux différents services et parviennent à réaliser leurs examens par le biais de leurs connaissances.

Mohamed, souffre d'un calcul au rein. Il devait être opéré dans cinq jours. Il s'est dirigé à l'hôpital pour un examen d'UIV³⁸ parce que le coût de l'examen chez le privé est cher. Cet examen coûte 2500 DA chez le privé et 150 DA à l'hôpital (en plus de l'achat du produit de contraste coûtant 750 DA). À l'hôpital ils lui ont donné un rendez pour deux mois alors, il a été contraint de recourir au privé pour pouvoir préparer les résultats dans la même semaine

« Je suis parti à l'hôpital, pour faire l'examen des reins, mais ils m'ont donné un rendez vous pour deux mois, et le médecin m'a demandé de lui remettre les résultats cette semaine, alors je suis venu chez le privé pour le faire [...] à l'hôpital ils n'ont aucune considération pour la

³⁷ Pierre Bourdieu désigne analytiquement trois formes de capital contribuant à la construction et la reproduction des systèmes de différenciation sociale : le capital économique, constitué par les revenus, la détention des moyens de production et d'un patrimoine matériel et financier ; le capital culturel, caractérisé par des ressources symboliques, des dispositions et des qualifications intellectuelles, mesurable notamment par le niveau du diplôme ; et enfin, le capital social.

³⁸ L'examen d'UIV (urographie intra veineuse) un examen des voies rénales réalisé avec l'injection du produit de contraste.

« Ils ne connaissent pas. »

(Mustapha, 42 ans, légumier).

En évoquant la qualité de la prise en charge à l'hôpital, ce patient met l'accent sur l'absence de considération pour les personnes anonymes, ne détenant aucune connaissance au niveau de ses services.

On voit donc tout le rôle que joue le poids des relations personnelles dans l'obtention du moindre service au sein de ces espaces. Ce phénomène est désigné par le terme de capital social, un concept défini comme étant « *l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'inter reconnaissance* » (Bourdieu, 1980).

En effet, les personnes disposant d'une connaissance (proches, amis ou voisin) bénéficient de l'avantage de pouvoir passer leurs examens complémentaires (radio, échographie ou scanner) sans aucune difficulté et sans attendre longtemps. A contrario les personnes anonymes trouvent plus de difficultés à obtenir un rendez-vous leur permettant d'effectuer un examen à l'hôpital.

Mustapha s'est présenté au service de radiologie à la garnison pour effectuer une radiographie cervicale.

« Ma fille est médecin, elle travaille à l'hôpital, elle est résidente. Elle s'est chargée de prendre le rendez-vous pour que je puisse passer la radiographie cervicale à l'hôpital, c'est mieux que chez le privé, à l'hôpital ils font du bon travail. » (Mustapha, 49 ans, enseignant universitaire).

très longtemps. Après quelques instants le manipulateur lui a dit d'attendre pour effectuer l'examen, pourtant d'autres patients attendaient avant lui. Le cliché lui a été remis immédiatement après son développement.

Ces deux exemples montrent bien la prégnance du capital relationnel à l'hôpital. On comprend mieux pourquoi certains patients anonymes sont contraints de recourir au secteur privé. Réda souffre d'une atrophie musculaire d'origine indéterminée des membres inférieurs droits. Il a suivi plusieurs traitements. Ils n'ont abouti à aucune amélioration de son état de santé. Il est contraint de réaliser un bilan complémentaire permettant au médecin de déterminer l'origine de sa maladie.

« Moi je ne vais jamais à l'hôpital, je sais que seulement les gens qui ont du piston qui passent les radios et le scanner à l'hôpital, moi je ne connais personne » (Réda, 26 ans, agent de sécurité).

Réda est d'une famille modeste, il effectue tous les examens complémentaires dans les centres privés. Pour lui, la réalisation d'un examen à l'hôpital est réservée aux personnes « connaissant quelqu'un ». L'hôpital constitue ainsi un espace bureaucratique et difforme où le patient anonyme est confronté à des contraintes pour obtenir le moindre service. *« Les relations personnelles sont privilégiées dans l'accès aux soins, refoulant la majorité des patients anonymes qui " ne connaissent pas ", dans une logique de l'attente pour obtenir un rendez-vous ou être hospitalisé » (Mebtoul, 2002).*

Fadéla, issue d'une famille modeste, Son père est retraité. Elle vie avec ses parents et ses sept frères et sœurs dans un appartement de deux pièces. Elle parle de son expérience aux urgences :

« Un jour j'ai été obligé de partir aux urgences, je suis tombée et j'avais très mal au genou, j'avais peur d'avoir une fracture, quand je suis arrivée j'étais perdue. Je suis resté longtemps avant de pouvoir passer chez le médecin [...], quand je suis partie pour passer une radiographie je suis resté debout, il n'y avait pas de place pour m'asseoir, pourtant j'avais très mal. Après l'examen le technicien m'a remis un cliché sans enveloppe en plus mon nom n'était pas écrit sur le cliché. » (Fadéla, 34 ans, secrétaire, technicienne en informatique.)

Fadéla cite plusieurs raisons de son insatisfaction à l'égard de la qualité de la prise en charge dans l'hôpital. Elle évoque la longue durée et les mauvaises conditions de l'attente et l'absence du nom du malade sur le cliché. Ces raisons représentent pour elle une forme de manque de considération vis-à-vis des patients. Comme elles reflètent le manque de sérieux dans la réalisation du travail.

Nos observations aux urgences permettent aussi d'indiquer que le contact avec les techniciens n'était pas évident pour tous les patients. La majorité attendait plus d'une heure dans le couloir, en tenant la prescription sans oser adresser la parole aux techniciens. Cependant, les personnes connaissant l'un des manipulateurs ou venant accompagnées d'une personne portant une blouse blanche, qui utilisait à son tour ses connaissances (collègues, amis) passaient

présenter aucune prescription en détournant le

39

Durant notre présence au niveau du bureau de secrétariat au service de radiologie de la garnison, un jeune homme s'est présenté pour un examen de télé thorax⁴⁰. La secrétaire lui a donné un rendez-vous pour deux mois. Face à ce délai trop long, il a décidé de recourir au privé. En sortant, il a exprimé son étonnement : « *Pour une simple radio des poumons⁴¹ je dois attendre deux mois ! C'est juste pour compléter un dossier administratif. Je préfère payer que d'attendre tout ce temps* ».

L'influence du capital relationnel contribue donc au recours fréquent des patients anonymes vers le privé. Ils espèrent y trouver une meilleure prise en charge, un personnel accueillant, une plus grande considération sociale. Comme ils souhaitent obtenir les résultats espérés.

II-Les attentes des patients

Durant leur présence au sein d'un espace de soins, les patients observent et émettent des jugements sur la qualité de la prise en charge⁴² proposée par le personnel médical. Plusieurs éléments sont mis en avant, commençant par la qualité de l'accueil et allant jusqu'à la qualité des résultats des examens. La qualité⁴³ repose essentiellement sur l'élément de l'accueil durant les différentes étapes de la prise en charge.

³⁹ La réalisation d'un examen radiologique au niveau de ce service est réservée aux personnes en état d'urgence, ceci nécessite aussi la présentation d'une ordonnance portant la griffe du même service, indiquant le type de l'examen et datée du même jour (une affiche mentionnant ces conditions est collée sur la porte d'une salle d'examen).

⁴⁰ La télé thorax est la radiographie des poumons

⁴¹ راديو تاع الصدر.

⁴² L'organisation mondiale de la santé définit la qualité c'est : « *délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ». (ANDEM, 1996) p11.

⁴³ « *Le modèle des attentes considère que le niveau de satisfaction correspond à la différence entre la prise en charge réelle du patient et la représentation préalable qu'il se fait des soins* » (Baumann, la satisfaction des patients à l'égard de leur praticien, 2003) p 207-219.

« La première phase, l'ouverture du lien social ; c'est ce dernier qui donne un sens à l'accueil » (Fischer, 1996). C'est donc à travers la qualité de l'accueil que se précise la nature et l'avenir de la relation pouvant s'établir entre les deux acteurs engagés dans la situation d'accueil.

Dans son article sur l'approche du concept d'accueil, Formarier présente une synthèse en relatant les trois étapes considérées essentielles dans toutes les situations d'accueil. Chaque étape varie selon l'importance et la finalité du lien social qu'elle inaugure.

1-la sécurisation de la personne accueillie

Il s'agit de donner des repères spatiaux, temporeux, identitaires à la personne accueillie afin qu'elle maîtrise et s'adapte plus facilement à son environnement et pour qu'elle se sente à l'aise. Les repères identitaires représentent un facteur déterminant dans l'établissement du sentiment de sécurisation chez la personne accueillie.

2-la connaissance de la personne

Cette étape consiste dans le recueil des informations permettant de donner un aspect formel à la relation. Elle est basée sur les techniques d'entretiens, récit de vie, etc. les informations recueillies changent suivant le contexte de la situation, par exemple si la personne se présente pour une simple consultation l'entretien sera bref comparé à un entretien avec une personne présentant une maladie aigue ou qui sera hospitalisée.

3- l'adaptation de la personne à sa situation et à son environnement

Elle est le résultat des deux premières étapes, d'où l'objectif à atteindre est l'adaptation de la personne accueillie à la nouvelle situation. Concernant le patient par exemple, il s'agit de diminuer le sentiment de stress ressenti

space de soins. L'objectif pour le personnel médical est d'obtenir une coopération de la part du malade.

L'accueil se résume à un acte essentiel contribuant à l'adaptation de l'individu à une situation influençant les impressions de la personne accueillie. C'est un élément décisif pouvant influencer les premières impressions du malade et de sa famille sur la qualité de la prise en charge et l'avenir de la relation thérapeutique. L'accueil regroupe toutes les étapes de la prise en charge du patient au sein d'un espace sanitaire. Il représente le fondement des représentations construites par les patients et leurs familles au cours de leur présence dans un espace de soins.

Bénéficier d'un bon accueil est l'élément mis en avant dans le discours de la majorité des patients concernant leurs attentes vis-à-vis du lieu où ils vont passer une radiographie.

Kheira disait :

« A l'hôpital il n'y a aucune considération pour le patient, je préfère payer que d'être humilié [...] au moins quand on paye on trouve une réceptionniste souriante et accueillante » (Kheira, 52ans, directrice d'un centre de la formation professionnelle)

Kheira est atteinte d'une hypothyroïdie, elle effectue des échographies de contrôle chaque six mois dans le même centre d'imagerie privé. Nous l'avons rencontré au sein du cabinet privé⁴⁴. Elle est venue effectuer un examen de télé

⁴⁴ Kheira souffre d'une toux qui résiste au traitement médical depuis plus de deux mois, alors le médecin traitant lui a recommandé de faire une télé thorax. C'est la première fois qu'elle réalise un examen dans ce cabinet privé (lieu de notre enquête) suite à la sollicitation de son amie. Elle lui a parlé de la qualité des images produites dans ce cabinet.

et la sympathie de la réceptionniste représentent une forme de bon accueil qu'elle considère absente à l'hôpital. Pour cet effet, elle préfère réaliser ses examens dans un centre privé spécialisé en imagerie médicale, où elle affirme trouver un meilleur accueil comparé à l'hôpital.

D'autres patients insistent sur l'accueil des imageurs (le médecin et le technicien). Ils attendent d'eux qu'ils leur expliquent la démarche suivie durant la réalisation de l'examen tout en étant attentifs à leurs paroles.

« Je suis passé chez le médecin remplaçant et je suis entrain d'attendre de passer chez le docteur « T », lui il a un bon accueil il est souriant et il m'explique ce qu'il voit sur l'image tandis que l'autre il n'a pas dit un mot pendant l'examen tous ce qu'il a dit c'est bon vous allez bien » (Hayet, 42 ans, sans travail.).

Hayet habite à Mascara. Elle affirme qu'elle et tous les membres de sa famille passent leurs examens radiologiques dans ce cabinet. Hayet Souffre d'une décalcification osseuse, et elle subit plusieurs examens radiologiques depuis plusieurs années. Elle s'est présentée dans le cabinet privé de radiologie pour effectuer une radiographie lombaire et une échographie abdominale.

Son discours montre que la maîtrise de la technique n'est pas à elle seule suffisante. La capacité du médecin à établir avec le malade une relation attentive est aussi importante. Le patient s'attend à la disponibilité, à son écoute et surtout à ce que le discours du médecin puisse répondre à ses attentes.

« Le médecin était entrain de rigoler il ne prenait pas mon cas au sérieux, il

autres choses, sa consultation
ne m'a pas plu, j'ai décidé alors de
refaire l'échographie chez un autre
médecin » (Fadéla, 34 ans, secrétaire de
direction).

Cette patiente a des exigences spécifiques vis-à-vis du médecin examinateur, elle préfère qu'il reste silencieux et se focalise sur l'image durant l'examen d'échographie. Comme il doit adopter un comportement spécifique : regarder bien l'image⁴⁵, avoir une attitude d'écoute bienveillante, montrer son intérêt au malade dans sa façon de parler et ne pas effectuer l'examen rapidement. Ces critères témoignent du sérieux du médecin, de la considération et de l'intérêt qu'il donne au patient.

« Je suis revenu passer la radio dans le même cabinet, car quand j'ai fait la radio de l'image⁴⁶, le docteur m'a bien examiné, il n'était pas pressé, il a tout regardé »
(Mohamed, 42 ans, légumier).

Ce patient a suivi attentivement le déroulement de l'examen, il a observé chaque geste effectué par le technicien. Il interprète et construit un jugement le conduisant à définir la qualité de la prise en charge et celle de l'examen. *« Chaque détail est important pour l'utilisateur confronté à la maladie. Il opère de façon fine un recensement des gestes et des actes réalisés ou non par les professionnels de la santé sur le corps malade. »*
(Mebtoul, 1998).

⁴⁵ الطبيب يلقى يتبع التصويرة مليح.

⁴⁶ الراديو تاع التصويره

En comparant les étapes décrites dans la définition de l'accueil en supra avec le type d'accueil réservé aux patients dans le cabinet privé (lieu de notre enquête), nous retenant que l'objectif reste le même. Il consiste dans la volonté du personnel médical à obtenir une coopération totale du patient.

Cependant les étapes suivies ne se basent pas essentiellement sur les éléments de l'adaptation et de l'information des patients. Elles s'inscrivent plutôt dans une logique de travail à la chaîne. Les discussions sont abrégées par le personnel qui se contente de poser les questions nécessaires pour remplir les fiches de renseignement.

Au cours des examens radiologiques nécessitant la participation du médecin, le manipulateur tente de mettre à l'aise le patient. Il lui donne quelques explications concernant le déroulement de l'examen et essaye d'atténuer le sentiment de peur chez le patient. Si le médecin entre en salle est juge que le patient n'est pas encore prêt, il ressort pour effectuer d'autres tests (échographie, scanner, etc.). Dans ce cas le technicien devra attendre un bon moment avant que le médecin revienne en salle d'examen. C'est donc pour éviter cette situation que le technicien entreprend le travail d'adaptation du patient à la situation et lui fournit des informations.

À contrario durant les autres examens la préoccupation du manipulateur est de terminer l'examen pour faire passer le patient suivant. Il n'adresse la parole au patient que pour lui dicter les gestes à faire ou pour lui demander des renseignements.

Nous avons assisté au niveau de la réception à des scènes montrant le mécontentement des patients et des personnes qui les accompagnent. Certains manifestent leur insatisfaction concernant l'obligation de devoir payer ou d'attendre longtemps avant la réalisation de l'examen. D'autres contestent parfois l'attitude de la réceptionniste qui n'est pas toujours accueillante et souriante. Aussi, l'étroitesse des salles d'attente oblige

out durant plusieurs heures devant la porte
d'attente. Quand l'attente est longue, les patients ou leurs accompagnateurs
(enfants ou parents) ne manquent pas de le rappeler à la réceptionniste. Ils
frappent à la porte séparant les salles d'attentes des salles.

Le personnel médical accorde un meilleur accueil aux patients quand ils
sont peu nombreux. Bénéficiaire d'une bonne prise en charge dépend
essentiellement des conditions de travail, de la volonté personnelle de
l'équipe de travail et n'obéit pas forcément à toutes les attentes formulées
par les patients.

Les prix des prestations dans les centres et cliniques privés ne sont pas
accessibles à toutes les catégories sociales. Les patients dont le revenu est
bas, n'ont pas les moyens financiers de réaliser des examens
complémentaires dans le secteur privé.

LES CONTRAINTES FINANCIÈRES LIÉES AU RECOURS AU PRIVÉ

En voulant effectuer un examen complémentaire, le patient est parfois confronté à des difficultés matérielles. Surtout s'il est obligé de se déplacer jusqu'à une autre ville en raison de la non disponibilité de l'examen dans sa ville. S'ajoute à cela le coût de certaines prestations qui n'est pas toujours accessible à toutes les catégories sociales de patients.

Certains patients sont dans l'obligation d'emprunter de l'argent pour pouvoir effectuer un examen complémentaire. Tel est l'exemple de Réda, agent de sécurité dans une banque. Il est issu d'une famille modeste. Son père est retraité. Il est venu dans le cabinet privé pour passer une radiographie des membres inférieurs.

« Quand j'ai passé l'examen de scanner de la tête et les radios, c'est mon père qui m'a prêté de l'argent, s'il ne m'avait pas aidé je n'aurais pas pu passer ces examens, j'ai consulté plusieurs médecins en plus de l'achat des médicaments, ma paye n'aurait jamais suffi »
(Réda, 26 ans, agent de sécurité).

Effectivement, nos observations au niveau de la réception nous ont permis de constater le renoncement de certains patients à passer l'examen quand ils connaissent son prix. D'autres négocient avec la réceptionniste pour qu'elle face une réduction.

Nous présentons dans le tableau (03) quelques exemples sur les prix des examens dans un cabinet privé.

au sein d'un cabinet privé.

Type de l'examen	Le prix de l'examen
Scanner	Entre 4500 et 5000 DA
Mammographie	1800 DA
Urographie intraveineuse	2500 DA (le coût du produit de contraste 750 DA)
Télé thorax	800DA
Radio de la main	500DA.
Échographie	Entre 800 et 1000DA (cela dépend du type de l'échographie) ⁴⁷

Source : notre enquête de terrain (Azzouz.N, 2007).

Le tableau, indique les prix de quelques examens réalisés dans le centre privé où nous avons effectué notre travail de terrain. Nous constatons que le coût des examens a augmenté par rapport à la période où nous travaillions dans cet espace (en 2003). Le taux de l'augmentation est entre cent et trois cent dinars pour la majorité des examens. Notant aussi que Le prix des examens nécessitant l'utilisation du produit de contraste a connu une augmentation plus importante. Aujourd'hui, les patients doivent acheter le produit de contraste alors qu'auparavant le produit était disponible au niveau du centre de radiologie. Par exemple, le prix de l'examen d'UIV était 2200DA, maintenant en introduisant le prix du produit de contraste son coût total revient à 3250DA (2500DA le prix de prestation +750DA le prix du produit).

En outre, le prix des examens varie d'un espace privé à un autre. Dans les cliniques privées, le coût des prestations est généralement plus élevé. Par exemple la différence des prix entre deux espaces privés, celui d'une clinique

⁴⁷ Par exemple une échographie abdominale coûte 800DA et une échographie abdomino- pelvienne coûte 1000DA

celui d'un centre (Z) spécialisé en imagerie

-l'examen de scanner thoracique sans produit de contraste dans (Y) est de 6000DA et de 4500 DA dans (Z).

- l'examen de mammographie est de 2200 DA dans (Y) et 1800DA dans (Z).

La réalisation des examens complémentaires dans le secteur privé représente une contrainte pour les catégories de patients dont le niveau socio économique est moyen ou bas. S'ajoute a cela le taux faible de remboursement des prestations. Voici quelques exemples concernant le taux de remboursement présentés dans le tableau suivant :

Tableau n°04 « Le taux de remboursement de quelques examens selon la codification utilisée par la sécurité sociale »⁴⁸.

LE TYPE DE L'EXAMEN	LE COUT DE L'EXAMEN	LE COUT REMBOURSE
Radiographie de télé thorax	800 DA	85 DA
Échographie abdomino -pelvienne	1000 DA	332. 5 DA
Scanner thoracique (TDM)	5000 DA	885 DA

Source : notre enquête de terrain (Azzouz.N, 2007).

Le taux de remboursement⁴⁹ est très faible en comparaison aux prix des examens surtout quand il s'agit d'un examen, comme le scanner dont le coût est

⁴⁸ Nous nous basons dans ce tableau sur des données qui nous ont été données par un médecin employé à la sécurité sociale. Il nous a fourni les codifications correspondant à chaque type d'examen.

⁴⁹ Une nomenclature générale (NGAP) a été élaborée et sert de référence dans les pratiques de remboursement des soins et des actes médicaux. Le législateur a défini les prestations en nature relatives aux frais devant être

ents, ne voient pas la nécessité de se présenter
au niveau de la sécurité sociale pour se faire rembourser.

«Je mets la feuille de maladie avec l'ordonnance, mais la plupart du temps je ne la présente pas à la casoran pour me faire rembourser [...] ils ne nous donnent même pas la moitié de ce qu'on a payé, des fois tu payes 1000DA et ils te donne 80DA ! Elle ne rembourse même pas mes frais de transport⁵⁰...» (Samira, 30 ans, enseignante de langue arabe).

Ainsi les patients de milieu social défavorisé sont parfois contraints de négocier avec la réceptionniste pour obtenir une réduction sur le prix de l'examen. D'autres, négocient pour payer quand ils reviendront prendre les résultats. Il arrive, que des patients passent l'examen et ne reviennent pas pour récupérer les résultats⁵¹.

remboursés dont les frais des diverses explorations (biologiques, radiologique, électro radiologiques, endoscopiques, isotopique). En vertu des dispositions des différentes lois et décrets réglementant le fonctionnement des assurances sociales et notamment le décret n°85-283 du 12 novembre 1985 portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et tarification des actes professionnels (médecins, pharmaciens, etc.) (Larbi LAmri, 2004).p80-86.

⁵⁰ Samira habite à Bétioua, elle se déplace jusqu'à la ville d'Oran pour passer un examen complémentaire.

⁵¹ En effet, dans la réception il y a des dizaines de dossiers appartenant à des personnes qui ont passé des examens complémentaires et ne se sont jamais présentés pour les récupérer.

Dans cette première partie, nous avons fait une présentation concernant l'introduction de l'imagerie médicale en Algérie. Nous constatons qu'une décennie a suffi au secteur privé d'accéder au monopole dans ce type de prestations. Il s'est approprié un matériel sophistiqué lui permettant de capter un nombre appréciable de patients. Ces derniers n'ayant d'autres choix que celui de recourir à ce secteur devenu le seul à acquérir des objets techniques indisponibles dans le secteur public.

En voulant réaliser un examen complémentaire, les patients sont confrontés à de multiples difficultés. Dans les structures publiques, la prégnance du capital relationnel et le manque de considération représentent des éléments de refoulement des patients anonymes vers les centres et les cliniques privés. Les patients issus de milieu social défavorisé sont confrontés à des difficultés matérielles qui concernent le coût élevé de certaines prestations ; la nécessité du déplacement jusqu'à une autre ville pour effectuer un test ; l'achat du produit de contraste et le taux faible de remboursement.

En raison de la diffusion massive des nouvelles technologies, les demandes des examens dits complémentaires connaissent une augmentation importante, même pour les examens les plus coûteux⁵². En parallèle, ces techniques opèrent des transformations sur le schéma de la trajectoire⁵³ de la maladie en devenant une étape incontournable. Le recours fréquent aux techniques de l'imagerie médicale donne ainsi une nouvelle dimension au parcours thérapeutique des patients.

Les professionnels de la santé ont tendance à recourir aux différentes techniques de l'imagerie pour « *des indications de plus en plus variées et*

⁵² Le nombre de scanners réalisés en une journée dans le cabinet privé de radiologie dépasse la quarantaine.

⁵³ « *Le terme de trajectoire a pour les auteurs la vertu de faire référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués* » Strauss, 1992. p26.



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

images apparaissent comme des médiations
incorporées dans le processus d'élaboration du savoir médical » (Werner,
2004).

L'usage de ce nouvel objet semble susciter aussi l'intérêt des patients. Ces derniers construisent un ensemble de représentations à l'égard des diverses techniques de l'imagerie médicale. Ils lui attribuent des significations, lui donnent des nominations et formulent des attentes à l'égard de chaque technique.

Nous tenterons donc, dans la deuxième partie de notre travail, de mettre en exergue les représentations des patients à l'égard des techniques de l'imagerie médicale. En mettant l'accent sur le rôle des patients dans le processus qui aboutit à la réalisation d'une image médicale. Nous nous soucrivons à l'idée du patient acteur producteur de sens.

La maladie ne se limite pas à son aspect physiologique. Elle est aussi interprétée en fonction des contextes culturels dans lesquels elle se produit. En effet, « *l'appartenance à une culture fournit à l'individu le cadre dans lequel s'opèrent ces interprétations touchant les phénomènes du corps et en particulier, la maladie et ses symptômes* » (Adam.P, Herzlich.C, 1994). L'interprétation de signes corporels inhabituels est associée aux significations attribuées par les individus à la douleur et aux symptômes. L'étude de Zborowski sur trois groupes d'origines ethniques différentes, montre comment chaque groupe réagit différemment face à la douleur et lui donne un sens distinct par rapport aux autres groupes⁵⁴ (Freidson.E, 1984). Ceci est le résultat des comportements inculqués et intériorisés par les individus depuis leur enfance. « *Chaque culture offre à ses membres un modèle idéal d'attitudes et de réactions pouvant varier les différentes subcultures dans une société donnée* » (Aïach.P, Cèbe.D, 1991). Par conséquent, le comportement des individus face à la maladie dépend étroitement du groupe social d'appartenance.

Le recours à une thérapie donnée dépend en partie des symptômes corporels identifiés en premier lieu par les proches parents du malade, « *C'est assez dire que les premières orientations thérapeutiques des profanes dépendent étroitement du système, de la perception et de la connaissance que l'acteur et son entourage en ont* » (Barthe.J.F, 1990).

Même le recours à l'imagerie médicale ne dépend pas uniquement de la recommandation du médecin traitant. Il peut aussi dépendre de la volonté des patients qui influencent la décision du médecin traitant, ou décident de façon

⁵⁴ Les trois groupes des Américains d'origine Juive, des Américains d'origine Italienne et des Américains issus de familles protestantes implantées de longue date aux États-Unis. Les résultats de cette étude montrent que les Américains d'origines Italienne et Juive réagissent très sensiblement à la douleur comparés au Américain protestants. Concernant leur préoccupation après l'apaisement de la douleur, elle est caractérisée par l'apaisement immédiat chez les Italiens dès que la douleur disparaît. Pour les Juives et les Américains de souche elle est portée sur l'avenir et ne disparaît pas avec la disparition de la douleur

Les données qualitatives permettent de ressortir trois catégories de patients ayant recours à l'imagerie médicale.

Les différentes catégories de patients recourant à l'imagerie médicale

Quand le patient reconnaît qu'il est malade et décide de recourir à la médecine moderne, la première étape de son parcours thérapeutique est celle du diagnostic. À partir de laquelle, le médecin va élaborer un schéma général des actes à envisager (Strauss, 1992), dans le but d'établir le bon traitement pour une maladie aiguë ou bien pour prévoir le processus des actions à entreprendre dans le cas d'une maladie chronique. Ainsi « *l'élaboration du diagnostic à partir d'une image radiographique fait partie d'une démarche médicale globale et s'intègre dans une chaîne diagnostique composée par d'autres praticiens généralistes ou spécialistes. Il s'agit d'un acte décisionnel à partir d'un procédé d'évaluation d'une situation qui ouvre la voie à une suite d'événements dont il faudra construire la cohérence.* » (Zimmermann, 1992).

Actuellement, le diagnostic bénéficie de moyens techniques sophistiqués, et l'exercice médical se substitue de plus en plus aux procédés techniques⁵⁵. En Algérie, le recours à la technique médicale a intégré de façon dominante le champ de la santé. L'imagerie médicale joue un rôle non négligeable dans la captation de la clientèle dans le secteur privé. L'imagerie médicale tend socialement à se banaliser en raison de l'accroissement des traumatismes (accidents domestiques, de la circulation, etc.) et des maladies cardiovasculaires en Algérie.

Nos données qualitatives font ressortir trois catégories de patients qui vont se soumettre aux examens complémentaires⁵⁶. La première catégorie est orientée

⁵⁵ « *Le diagnostic médical bénéficie maintenant d'une imagerie permettant de voir le corps humain vivant sans technique invasive. Les moyens de diagnostic biologique se sont perfectionnés. La thérapeutique a évolué avec la techno science ; on peut pallier le déficit d'une fonction vitale. La vie peut être artificiellement maintenue* » Déchamps- Le Roux, 2002 p100.

⁵⁶ Nous n'avons pas inclus la catégorie des patients dont l'état de santé est critique, où dans un état comateux qui ne leur permet pas de prendre de décision où d'avoir un avis concernant le recours à l'imagerie médicale.

Le patient s'inscrit dans une logique de négociation. Cette dernière catégorie privilégie le recours direct aux centres privés sans la médiation du médecin traitant.

I- LA LOGIQUE DE L'OBSERVANCE

Les patients se présentent toujours avec une prescription médicale pour effectuer un examen. Mustapha, enseignant universitaire, a recours au service de radiologie à la garnison pour effectuer une radiographie cervicale suite à la recommandation du médecin traitant.

« Je ne passe pas beaucoup d'examens radiologiques, sauf si c'est le médecin qui me demande de le faire, ma fille me la déconseillée, elle est médecin, elle m'a dit que passer beaucoup d'examens radiologiques peut nuire à la santé. Je pense que c'est à cause des rayons x, d'ailleurs pour cette raison que les personnes travaillant dans ce domaine doivent prendre des mesures pour leur sécurité car ils sont fréquemment exposés aux rayonnements » (Mustapha, 49ans, enseignant universitaire).

Ce patient a rarement recours à la radiologie. Sa fille l'a informé sur les risques liés à l'exposition fréquente aux rayons x. Il préfère donc suivre les recommandations du médecin.

Un autre exemple : Manel, s'est présentée au cabinet privé de radiologie pour effectuer une radiographie de panoramique dentaire. Elle est atteinte d'une

liquement une échographie thyroïdienne de

« Je passe rarement des examens radiologiques, ma sœur est médecin spécialiste, je lui demande beaucoup des conseils concernant ma santé. Elle m'a dit que le fait de passer une radio n'est pas nocif pour ma santé et que se sont les personnes qui travaillent dans la radio qui courent un danger, pour cet effet ils doivent prendre leur précaution. Mais ce que je vois à chaque fois quand je vais faire une échographie c'est que les techniciens ne portent pas de blouses plombées⁵⁷. » (Manel, 26 ans, ingénieur en informatique).

L'acculturation des patients aux connaissances liées au domaine de l'imagerie médicale est basée principalement sur le milieu social du patient ayant souvent un proche médecin. Manel fait également des recherches concernant le domaine médical sur des sites Internet.

La maladie chronique est aussi un facteur favorisant l'acculturation du patient au savoir médical

« Les premiers temps quand j'allais passer un examen, je ne savais pas quoi faire, je donnais l'ordonnance à la secrétaire sans dire un mot. Quand je rentrais dans la salle d'examen

⁵⁷ Manel passe tous les examens d'échographie au sein du même cabinet.

ne savais pas pourquoi le manipulateur sortait et rentrait, je ne connaissais rien sur le déroulement du travail ni sur le comportement à suivre pendant l'examen. Mais maintenant c'est différent, je vais directement chez la secrétaire, je lui dit que je suis venue passer tel examen. Je sais ce que je dois faire comme je sais que le manipulateur se cache derrière une plaque pour se protéger des rayons X. je lis ce qui est écrit sur le compte rendu et j'arrive à comprendre quelques expression avant que le médecin ne m'explique les résultats. » (Hayet, 42 ans, sans profession).

Hayet souffre de manque de calcium. Elle a souvent des fractures. À cet effet, elle suit un traitement médical et doit passer des radiographies de contrôle pour voir l'état de ses os. Son niveau d'instruction est celui de la terminale. Elle affirme que ses connaissances médicales résultent de son expérience de la maladie.

Cette patiente pose des questions au manipulateur pendant l'examen. Elle donne de l'importance aux affiches accrochées aux murs. Elle demande de voir le médecin radiologue après la réalisation de l'examen. Son cas montre que l'expérience de la maladie semble favoriser l'acculturation des patients au savoir médical et à l'imagerie médicale.

L'acculturation des patients varie d'un patient à un autre. Certains ignorent totalement l'existence du moindre risque lié à l'exposition fréquente aux rayons x. Samira est enseignante de langue arabe au moyen. Elle est âgée de 30 ans. Elle a passé plusieurs examens complémentaires (l'échographie abdominale,

est présentée au cabinet privé pour effectuer l'examen de mammographie pour un contrôle. Elle n'a aucune idée sur l'existence des rayons x. Elle était étonnée de notre question : « *Les rayons x ? C'est quoi ? Non je ne connais pas.* ». Nous lui avons demandé, pourquoi la manipulatrice sortait de la salle d'examen pendant la prise des clichés. Elle a répondu : « *parce que la commande de la machine se trouve en dehors de la salle* ».

L'information des patients au cours de leur présence dans les centres d'imagerie n'est pas assurée. Les techniciens et les médecins radiologues attendent du patient une coopération totale. Ils effectuent mécaniquement les examens le plus rapidement possible. Ils n'ont pas le temps de parler aux patients. Ils se limitent à leur dicter les comportements à effectuer pour assurer correctement l'examen. Certains patients sont pourtant exigeants. Ils n'hésitent pas à poser des questions au manipulateur. Face à leur réaction, le technicien est contraint d'apporter quelques réponses à leurs interrogations. Cette catégorie de patients est généralement acculturée au savoir médical par la médiation de d'Internet ou des contacts privilégiés avec des médecins faisant partie de leur entourage familial. Elle est caractérisée par un niveau d'instruction élevé. Le discours médical représente pour elle une référence incontestable. Enfin ces patients ne recourent pas fréquemment aux différentes techniques de l'imagerie pour minimiser les risques d'exposition aux rayons X⁵⁹.

⁵⁸ Samira a du effectuer plusieurs échographies abdominales et un ASP (radiographie de l'abdomen sans préparation) car elle avait un calcul dans le rein. Elle a réalisé l'examen de télé thorax quand elle a été atteinte d'une bronchite.

⁵⁹ Les effets des radiations ionisantes (rayons x et rayons gamma) sont sans seuil : une probabilité non nulle que l'irradiation produise des effets mutagènes ou cancérigènes chez le patient. En outre les effets de l'irradiation sont cumulatifs. Au contraire la RMN et l'échographie, il y a un seuil qui permet, en deçà, l'innocuité de l'examen. (Le Breton, 1995). p213.

Certains patients sollicitent le médecin pour leur prescrire l'examen complémentaire. Il représente pour eux une assurance leur permettant un accès plus visible du mal ressenti, pouvant confirmer ou infirmer le diagnostic fait par le médecin.

Souad souffrait de douleurs mammaires. Le médecin lui a pourtant assuré qu'elle n'avait rien. Elle a insisté pour qu'il lui prescrive l'examen de mammographie. Elle s'est présentée au cabinet privé pour réaliser l'examen⁶⁰. Souad semblait très soucieuse. Le médecin radiologue a complété l'examen de mammographie par une échographie mammaire. Il lui a annoncé que les clichés ne montraient rien d'anormal. Elle s'est sentie soulagée: « *C'est bon, je suis sûre que maintenant je n'ai rien* ».

Cet examen représente pour Souad le moyen le plus sûr pour accéder au bon diagnostic. Ici la confiance est acquise par la médiation de la technique médicale. Elle est le résultat d'une expérience vécue par cette patiente. Il est ainsi important de faire référence à l'histoire familiale pour comprendre la posture de Souad.

« Ma sœur dès qu'elle a fait une mammographie elle a su qu'elle avait un cancer du sein, elle a fait les analyses, ensuite elle a été opérée à temps, mais malheureusement, après quelque mois l'autre sein a été aussi atteint sans qu'elle ne s'en aperçoive, et quand elle a passé la mammographie c'était trop tard et elle est morte par la suite. » (Souad, 22ans, étudiante en 2^{ème} année de droit).

⁶⁰ Pour assister aux différents examens nous demandions l'autorisation des patients.

Les patients intègrent et prennent en considération les expériences vécues par leurs proches parents. Observant que la technique a permis de découvrir la présence d'une maladie grave (le cancer) chez sa sœur, Souad s'est obstinée à passer l'examen de mammographie. *« Mis en face d'un cliché à ces yeux sans signification, mais guidé par la parole du médecin, le patient calme ses craintes et situe son mal à ses justes proportions. L'image a alors une fonction d'apaisement, elle est un contre – imaginaire. »* (Le Breton, 1990). Cet exemple exprime la confiance attribuée aux techniques de l'imagerie médicale.

La peur que l'intérieur du corps puisse cacher une maladie maligne montre bien comment l'examen de mammographie représente une expérience difficile vécue par la majorité des femmes qui la subissent. L'examen est prescrit spécialement chez qui l'on suspecte la présence d'une maladie grave. C'est le constat relevé durant notre activité professionnelle pendant 18 mois au sein du cabinet privé⁶¹. L'inquiétude et la peur étaient réelles chez beaucoup de patientes.

« Moi quand la gynécologue m'a demandé de passer la mammographie, je n'ai pas dormi toute la nuit, je me suis dit que j'avais quelque chose de grave, pourtant elle m'avait précisé que je n'avais rien et que vu mon âge je devais faire cet examen et que c'était pour un simple contrôle » (Malika, 50 ans, mère au foyer).

⁶¹ Durant cette période, nous étions chargé de la réalisation de trois examens radiologiques dont l'examen de mammographie.

emme est liée à la perception à l'égard de cet examen, pouvant éventuellement révéler la présence d'une maladie maligne. En évoquant cet examen aux femmes qui étaient dans la salle d'attente, l'une d'elles nous disait « *que le mal s'éloigne de moi* » " بعيد الشر " *puisque je ne sens aucune douleur pourquoi je passerai cet examen*".

La peur des patientes s'accroît quand une personne de leur entourage (une proche, une amie ou une collègue de travail) est atteinte ou même décédée d'un cancer du sein.

« J'avais une collègue qui était atteinte d'un cancer du sein, je lui rendais visite souvent et j'ai vu comment elle avait vraiment souffert de cette maladie, elle avait tout le temps des douleurs, c'était affreux. La pauvre elle est décédée. Depuis dès que je ressens des douleurs j'ai peur et j'ai envie de passer une mammographie, j'ai déjà passé cet examen trois fois, surtout que j'ai des kystes. » (Samira, 30 ans, enseignante en moyen.).

Samira s'est présentée pour subir l'examen de mammographie au cabinet privé, elle a été conseillée par un guérisseur⁶². Samira était très inquiète pendant et après l'examen, particulièrement au moment où le médecin radiologue a demandé à la manipulatrice de la placer dans la salle d'échographie. L'expérience de la maladie vécue par son amie a accentué le sentiment de peur chez Samira. Son amie est décédée après une longue souffrance. On comprend

⁶² Samira « consulte » chez un guérisseur pour des kystes mammaires. Elle affirme que sa confiance envers le guérisseur est plus grande car il lui a demandé d'effectuer l'examen de mammographie.

s'obstinent à recourir à l'imagerie médicale.

En outre, l'imagerie avec ses outils de diagnostic a acquis de la crédibilité auprès des patients, elle se substitue à la parole. Elle leur parait plus convaincante.

De façon identique, nos observations au service des urgences montrent bien cette envie des patients à vouloir subir des examens radiologiques. Nombreux étaient ceux qui demandaient au médecin de leur prescrire un examen radiologique pour s'assurer qu'ils n'avaient pas de fracture. Leur insatisfaction était profonde quand le médecin refusait de le faire. L'un deux en quittant la salle de consultation, disait à la personne qui l'accompagnait : « *le médecin n'a pas voulu me donner une radio, pourtant j'ai très mal, il dit que je n'ai pas de fracture, comment peut-il savoir que je n'ai pas de fracture sans la radio !* ». L'image médicale semble détenir un pouvoir de vérité (Werner, 2004), dépassant ainsi la seule compétence du médecin.

Confronté à la maladie, le patient est constamment à la quête de sens (Augé, Herzlich, 1984). Le recours à l'une des techniques de l'imagerie médicale est une étape décisive. Cette catégorie de patients sollicite le médecin traitant pour la prescription d'un examen complémentaire, l'examen clinique semble insuffisant. La prescription des examens complémentaires n'est pas uniquement du ressort du médecin. Elle semble de plus en plus s'imposer dans la société.

Certains patients se dirigent de façon autonome vers les centres privés spécialisés en imagerie pour effectuer leurs examens⁶³ sans aucune orientation du médecin traitant. Khadîdja, divorcée, mère de deux enfants, a recours en premier lieu, au centre privé d'imagerie et se présente ensuite avec les résultats chez le médecin traitant. L'examen radiologique lui semble indispensable. Il permet au médecin d'établir le bon diagnostic.

« Moi quand j'ai une douleur, je vais d'abord passer une échographie ou une radio puis je vais chez le médecin, je ne vais pas d'abord prendre un traitement, attendre quelques jours si je vais mieux ou non puis revenir chez le médecin pour qu'il me demande de faire une radio. » (Khadîdja, 42 ans, mère au foyer).

Cette patiente accompagnait son père lors de ses examens de contrôle (scanner, échographie, scintigraphie)⁶⁴. Elle a assisté à la majorité des examens. Elle décrit la raison qui l'a conduit à recourir directement à l'imagerie médicale:

« J'étais dans la salle d'attente, j'ai vue qu'une jeune fille était venue faire une radio parce qu'elle avait un petit bouton à l'orteil. Après

⁶³ Concernant le centre privé d'imagerie où nous avons effectué notre travail de terrain, c'est le médecin radiologue qui décide du type d'examen que doivent passer les patients venant sans prescription médicale. Ceci après un interrogatoire concernant les raisons pour lesquels ils veulent réaliser un examen et les symptômes corporels qu'ils ressentent.

⁶⁴ Nous avons réalisé l'entretien au domicile de khadîdja. Pendant l'entretien elle nous a montré les résultats des examens que son père avait passé.

... la mère de la patiente est revenue dans la salle d'attente en pleurant, elle disait que le médecin suspectait la présence d'une tumeur maligne et que sa fille a peut être le cancer » (Khadîdja, 42 ans, mère au foyer).

Depuis cet événement, elle n'hésite plus de recourir à l'une des techniques de l'imagerie pour elle et pour ses enfants avant de consulter un médecin.

Une autre patiente n'hésite pas à réaliser des échographies de contrôle sans avis médical. Fadéla a des kystes ovariens. Elle suit un traitement médical depuis cinq ans. Auparavant elle effectuait l'examen de contrôle chez le médecin traitant (gynécologue). Mais ce dernier ne lui donnait pas toujours le dossier médical (compte rendu et image). Il lui prescrivait le traitement sans l'informer sur ce qu'il voyait sur l'écran d'échographie.

« Chaque période je vais passer une échographie, je n'attends pas jusqu'au prochain rendez-vous avec le médecin. Je veux savoir si les dimensions des kystes ont diminué ou pas et pour voir aussi si le médicament que je prends est efficace ou non, quand je prends les résultats je les compare avec les résultats précédents, je regarde surtout les chiffres, l'image je ne peux pas la lire. » (Fadéla, 34 ans, secrétaire de direction).

Fadéla, effectue périodiquement l'examen d'échographie pelvienne. Elle considère que les résultats fournis par ce test peuvent lui offrir les données essentielles et immédiates, concernant l'évolution de sa maladie. N'ayant pas

Après huit mois, elle se contente de lire le compte rendu de l'échographie. En affirmant qu'elle s'intéresse plus aux chiffres représentant les dimensions des kystes et qu'elle lit le reste du compte rendu sans vraiment comprendre tout ce qui est écrit. Surtout les termes techniques et encore moins l'image de l'échographie. Elle n'hésite pas à comparer les résultats actuels avec ceux d'avant. Ceci lui permet de savoir si les dimensions des kystes ont augmenté ou diminué. C'est ainsi qu'elle affirme suivre l'évolution de sa maladie sans avoir à recourir à chaque fois au médecin traitant.

Cette illustration permet de dégager un point pertinent concernant les raisons du recours fréquent des patients aux techniques de l'imagerie. Il consiste dans la recherche d'une information claire qui puisse répondre à leurs préoccupations. Il existe chez eux un désir d'information. Ce *«désir d'information des patients est unanimement reconnu dans la littérature, qu'il porte sur la nature, la cause, la sévérité et la progression de la maladie, sur les programmes de traitement, ou sur les résultats et les effets des tests diagnostiques»* (Carrère, M.O, 2005).

Il s'agit essentiellement d'une banalisation de la demande de soins complémentaires par les patients et leur entourage. La notion de risque est peu présente dans le discours de nos enquêtés. Elle semble même être insignifiante par rapport à l'importance qu'ils donnent à l'accomplissement des examens complémentaires. C'est seulement une minorité de patients qui parle du risque occasionné par l'exposition fréquente aux rayons x. Cette minorité est représentée par la première catégorie qui est acculturée au savoir médical par le biais de leur appartenance à un milieu social leur permettant de côtoyer des médecins.

Dans la deuxième catégorie, le médecin peut être influencé par le désir du malade qui demande avec insistance de passer un examen complémentaire. Ceci traduit le manque de confiance dans la compétence du médecin à pouvoir faire le bon diagnostic sans recourir à l'objet technique. Les patients considèrent qu'il est nécessaire de recourir à l'imagerie pour donner une réponse fiable et sûre concernant leur état de santé. Les patients appartenant à cette catégorie ont un niveau d'instruction moyen ou bas. L'imagerie représente pour cette catégorie un outil indissociable à l'examen clinique. Ils s'engagent donc dans une logique de négociation pour convaincre le médecin de la nécessité de leur prescrire un examen radiologique.

Enfin, la troisième catégorie de patients préfère recourir directement à l'imagerie. Leur expérience sociale représente un atout qui leur permet de décider d'une façon autonome de réaliser un examen complémentaire. Ce sont des malades chroniques, dont la carrière de malade (Strauss, 1992) leur a permis de prendre connaissance de l'utilité des différents examens et des termes médicaux. Ils ne voient pas la peine de consulter le médecin traitant puisqu'ils sont capables de lire et de comprendre le compte rendu du médecin radiologue. Ils se contentent donc d'effectuer périodiquement des examens pour obtenir des informations sur l'évolution de leurs maladies. Cette catégorie comprend aussi les patients qui ont été influencés par l'atteinte d'une personne de leur entourage



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

BANALISATION DU RECOURS A L'IMAGERIE MEDICALE

ont assisté à un événement dramatique, les conclusions à leur recours, en toute autonomie, à l'imagerie médicale.

La fréquence du recours à l'imagerie médicale varie donc d'une catégorie à une autre et dépend étroitement de l'expérience sociale des individus et des représentations sociales élaborées à l'égard de la maladie.

Notre objectif est de mettre en exergue les représentations des patients concernant les différentes techniques de l'imagerie médicale. La notion de représentations sociales désigne une forme de connaissances, celle du savoir profane. Un savoir qui résulte de l'intériorisation des sens et des significations à partir de l'expérience sociale de l'individu ou du groupe social. Concernant les représentations sociales liées à l'imagerie médicale, nous l'aborderons à travers l'expérience de la maladie des individus dont leur état de santé a suscité le recours à l'imagerie médicale.

Le concept de représentations sociales nous permet de situer les raisons du recours fréquent à l'imagerie médicale et celle de la confiance dont sont dotées ses techniques. Il est donc pertinent de présenter brièvement le concept de représentations sociales. Un concept qui a suscité à la suite Moscovici⁶⁵, l'intérêt de plusieurs chercheurs appartenant aux disciplines des sciences sociales (anthropologie, histoire, psychologie sociale, sociologie, etc.).

-C.Herzlich, s'est intéressée aux représentations de la santé et de la maladie à travers plusieurs travaux⁶⁶. Elle analyse les définitions sociales de la maladie, les pratiques et les comportements des individus ainsi que l'influence du groupe social d'appartenance sur l'action entreprise face à la maladie. Il s'agit de montrer l'existence de multiples significations indépendantes du savoir médical à travers lesquelles, les individus s'expriment au sujet de la santé et de la maladie.

Dans son ouvrage « *santé et maladie, analyse d'une représentation sociale* », Herzlich s'appuie sur des entretiens approfondis réalisés avec des individus de classes moyennes et supérieures. Elle montre que le langage utilisé

⁶⁵ Moscovici.S, s'attache à montrer « *comment une nouvelle théorie scientifique ou politique est diffusée dans une culture donnée, comment elle est transformée au cours de ce processus et comment elle change à son tour la vision que les gens ont d'eux-mêmes et du monde dans lequel ils vivent* ». (Moscovici, 1961).

⁶⁶ Nous citons comme exemple « le sens du mal » (Augé, Herzlich 1984) ; « *santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, 1969) et « *sociologie de la maladie et de la médecine* (Adam, Herzlich, 1994).

nommer la santé et la maladie est différent du langage médical. Ces personnes ont des interprétations qui donnent sens à leur comportement face à la maladie et ses causes. Les représentations ne renvoient pas simplement à des pensées ou à des mots, mais elles traduisent aussi des conduites.

Jodelet.D s'est intéressée aux représentations du corps humain et de la maladie mentale. Elle définit les représentations sociales comme étant des *« systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres qui, orientent et organisent les conduites et les communications sociales. Les représentations sociales sont des phénomènes cognitifs engageant l'appartenance sociale des individus par l'intériorisation de pratiques et d'expériences, de modèles de conduites et de pensée »* (Jodelet, 1989).

Nous avons en effet constaté que les patients venant effectuer des examens complémentaires construisent leurs propres représentations à l'égard de ces examens au cours de leur expérience sociale. Contrairement à l'avis du personnel médical (médecins, infirmiers et manipulateurs) qui considère la majorité des patients comme étant « ignorante » et « passive » par rapport à l'imagerie médicale. Il considère que seule une minorité de patients détient quelques connaissances dans ce domaine. Cette catégorie est représentée par des patients possédant un niveau d'instruction élevé et s'exprimant couramment en français⁶⁷.

Notre enquête montre au contraire que les patients issus de milieux sociaux diversifiés ne sont pas de simples consommateurs de la technique médicale. Ils opèrent un travail d'interprétation sur l'utilité d'un examen⁶⁸, sa réussite sa fiabilité, sa qualité... etc. Il s'agit donc de tenter de montrer le sens attribué par les patients à cette technique.

⁶⁷ À chaque fois qu'un (e) patient paraissait détenir ces critères, les manipulateurs m'appelaient en me disant « ce (cette) patient pourra t'aider dans ton travail, il parle bien le français, il est évident qu'il est instruit ».

⁶⁸ Tel est l'exemple de l'examen d'hystérogaphie ; les femmes qui viennent le passer considèrent que le produit de contraste utilisé pendant l'examen est bénéfique et permet de déboucher les trompes et augmente leur chance pour avoir un enfant.

langage propre pour désigner un examen complémentaire. Elle est la traduction opérée par les patients pour nommer à partir de leurs propres mots tel ou tel examen. Elle met en exergue un ensemble de significations attribuées à l'imagerie médicale. Ces significations sont révélatrices de la confiance et de l'importance accordées à la réalisation d'un examen complémentaire. Particulièrement s'il est susceptible de révéler la présence ou non d'une maladie maligne comme l'examen de scanner ou celui de mammographie.

Le langage profane se différencie du langage médical. Il a ses propres mots pour étiqueter le type d'examen réalisé.

I- LES NOMINATIONS ATTRIBUEES PAR LES PATIENTS AUX EXAMENS RADIOLOGIQUES

Pour les patients dont le niveau d'instruction est bas et ne sachant pas lire les ordonnances écrites en langue française, les mots utilisés proviennent de la langue dialectale. Ils font référence au type de la machine utilisée ou aux images produites par ces machines. Notre présence dans la salle d'attente et dans la réception, nous a permis de noter que ces nominations sont reproduites par les patients et leurs familles (les personnes qui accompagnent leurs proches ou qui viennent retirer les résultats).

Citons quelques exemples :

Pour nommer l'échographie, certains patients utilisent les termes suivants :

- L'examen d'échographie est nommé « la radio de télévision »⁶⁹
- Un autre terme est aussi utilisé : c'est celui de « radio de l'image »⁷⁰
- L'échographie abdominale est désignée par « la radio des viscères »⁷¹.

⁶⁹ الراديو تاع التلفزيون.

⁷⁰ الراديو تاع التصويرة.

⁷¹ الراديو تاع لفاد.

Chaque de ces nominations renvoie à une donnée spécifique. La première renvoie à l'écran qui est un constituant de l'appareil d'échographie. La deuxième renvoie à l'image produite de l'échographe et la troisième aux organes (Les reins, la vésicule, le foie...etc.) sondés par cet appareil.

Concernant les examens radiologiques nous retrouvons le terme suivant :

- la radio noire⁷².

Cette nomination renvoie à la couleur du cliché sur lequel l'image d'une partie du corps radiographiée est reproduite. Concernant l'examen de scanner, nous avons constaté que la catégorie de patients illettrée utilise aussi le terme de scanner. L'IRM est évoqué par le mot « numérique », faisant allusion à la haute technologie. Cet appareil est le plus récent dans le champ de l'imagerie en Algérie.

En outre, les mots des patients, dont le niveau socio – culturel est moyen ou élevé sont proches du langage médical. Concernant la radiographie du bras, du pied, ou un panoramique dentaire ou une télé thorax, les patients utilisent aisément ces termes. Si un terme technique est utilisé par le médecin, les patients privilégient les nominations en référence à l'organe radiographié.

Par exemple :

- La radiographie lombaire ou lombo-sacré, ou celle du rachis elles sont toutes désignées par certains patients par « la radio du dos ».
- L'urographie intra veineuse (UIV) est nommée : « la radio des reins ».
- L'examen d'hystérogaphie (HSG) est nommée : « la radio des trompes ».
- L'expression de TDM n'est utilisée que par les médecins, cependant la nomination de « scanner » est le plus souvent utilisée par les patients pour désigner cet examen.

Les patients ont tendance à faire usage de termes simples renvoyant à l'organe radiographié. Concernant l'examen de scanner la nomination renvoie à

⁷². الراديو لكل.

es nominations profanes⁷³ pour désigner les différents examens. Le facteur socioculturel conditionne en partie le mode de nomination de l'examen complémentaire.

Les patients maîtrisant la langue française usent de termes utilisés par le médecin. Ils nomment la majorité des examens d'une façon identique au langage utilisé par les médecins. En outre leur carrière de malade représente un atout dans leur acculturation au savoir médical. L'expérience des malades chroniques contraints de passer des examens de contrôle leur donne l'opportunité d'apprendre les termes médicaux et d'en faire usage lors de leur présence dans les espaces de radiologie.

L'autre facteur réside dans la difficulté des patients à prononcer le non de l'examen ou à déchiffrer les abréviations utilisées par les médecins⁷⁴ sur l'ordonnance. Ils choisissent donc une nomination simple et facile à prononcer. Quand la réceptionniste leur demande le type d'examen subi, la majorité des patients et leurs proches utilisent les nominations profanes (radio noire, radio de télévision...etc.) ou se contentent de dire : une échographie, un scanner, une radio sans donner le non complet de l'examen. Par exemple : ils disent « une échographie » au lieu de « échographie pelvienne ».

Les nominations utilisées diffèrent selon le niveau d'instruction, la catégorie sociale d'appartenance et l'expérience de la maladie des individus ou celle de leurs proches.

Les patients sont aussi porteurs d'un ensemble de représentations concernant l'obtention de résultats fiables en préférant se diriger vers un espace socialement réputé qui leur permet d'obtenir des images claires et une

⁷³ « Le terme « profane » vient du vocabulaire religieux, pour lequel l'opposition sacré/profane est essentielle. Les sociologues de la maladie et de la médecine utilisent ce terme en opposition à professionnel ». Ils préfèrent ces termes à des catégories plus restrictives comme l'opposition entre « savoir du médecin » et « savoir du malade » ou « discours savant » et « pensée populaire ». Adam, Herzlich, 1994. P67-68.

⁷⁴Nous citons quelques exemples : LB : lavement baryté ; UIV : urographie intraveineuses ; ASP : abdomen sans préparations



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

expliquer la douleur ou le dysfonctionnement

En assistant à un examen de télé thorax, nous avons noté que le malade recherche une confirmation visible du mal ou de la douleur ressentie. Après le placement du malade souffrant d'une douleur à l'épaule, celui-ci s'est orienté vers le manipulateur en disant : « *est ce que tu va prendre l'endroit qui me fait mal ?* ». Cet exemple nous conduit, à évoquer le pouvoir de l'image médicale. Elle est détentrice d'un pouvoir de vérité (Werner, 2004) pouvant pénétrer l'intérieur du corps et découvrir l'origine du mal. Le pouvoir de l'image est donc le premier élément pouvant expliquer l'engouement de certains patients à vouloir subir des examens radiologiques.

L'image a investi plusieurs domaines : la photographie, les médias, la technologie, et la médecine. L'information visuelle bénéficie de plus en plus de crédibilité dans son pouvoir de se représenter la réalité. Aussi grâce à l'universalité de son langage, elle permet de communiquer l'information. De manière générale, l'image est définie comme étant « *un élément perceptible qui évoquerait une réalité concrète ou abstraite en raison de similitudes, d'analogies, bref de ressemblances* » (Joly.M, 2005). C'est un ensemble de signes et de symboles qui représente toujours quelque chose et suscite en son lecteur une interprétation.

L'image a investi le domaine médical à la suite de la découverte des rayons x par Konrad Roentgen en 1895 ; une découverte suivie par d'autres inventions permettant l'apparition d'un matériel de plus en plus sophistiqué, tel que l'échographie, le scanner, l'IRM et enfin l'imagerie nucléaire. Pour les scientifiques « *ces méthodes d'imagerie de pointe proposent au regard une pénétration plus grande à l'intérieur de zones corporelles jusqu'alors inaccessibles et invisibles* » (Le Breton.D, 1990). L'image médicale est aussi le résultat d'un processus de travail élaboré au sein d'un centre ou d'un service de radiologie, c'est « *la représentation matérielle d'une chaîne dynamique de traduction* » (Callon, Latour, 1985). Elle est devenue un outil indispensable des médecins pour l'élaboration du diagnostic ou le suivi de l'évolution de certaines maladies.

Cette même image représente pour les patients un moyen déterminant pouvant donner un sens à la douleur ressentie par sa capacité de photographier ce qu'il y a à l'intérieur du corps. Les patients utilisent en effet, des expressions renvoyant à la capacité de l'image médicale de pénétrer l'intérieur du corps. Elle est comparée à la photographie⁷⁵. Elle représente le moyen le plus fiable pour

⁷⁵ La photographie est définie comme étant « *la description, reproduction précise et fidèle de quelque chose* » Larousse, 2004.

rière du corps. Elle permet de traduire le mal en image et constitue une preuve concrète et visible pouvant affirmer ou infirmer le diagnostic clinique élaboré par le médecin.

« La radio pour moi, c'est la photographie de l'intérieur de notre corps » (Wahida, 37 ans, technicien supérieur en génie civil, mère au foyer).

L'image radiographique est considérée comme la photographie de l'intérieur du corps. Elle a la spécificité de pouvoir reproduire des images reflétant un intérieur que le patient voudrait dévoiler afin de s'assurer qu'il est ou non en bonne santé.

« C'est une image qui reflète ce qu'il y a à l'intérieur de notre corps, c'est comme un miroir de l'intérieur du corps, elle montre ce qui est caché » (Fadéla, 34 ans, secrétaire de direction, célibataire.)

L'image médicale est ainsi représentée *« comme une reproduction exacte de la réalité biologique se rapproche de la photographie qui se trouve dans un même rapport de « vérité » au réel. C'est le procédé « photographique » d'obtention de l'image, la similarité des procédés ainsi que leur rapport respectif au réel qui permettent ce rapprochement »*. (Zimmerman.M, 1992).

La production de l'image médicale et celle de l'image photographique ont en commun certaines similarités dans les étapes suivies : l'utilisation de clichés, la prise de l'image, le développement du cliché, etc. Elles reproduisent aussi fidèlement l'objet photographié. Elle est donc privilégiée par les patients car

Elle permet aisément de définir et d'interpréter
une douleur ou un dysfonctionnement corporel.

« J'ai du suivre deux traitements avant que le médecin ne décide de me prescrire une échographie. C'est cet examen qui lui a permis de connaître l'origine de ma douleur. Donner le traitement avant de faire l'examen complémentaire, c'est pour moi une perte de temps ». (Samira, 30 ans, enseignante au moyen).

Samira souffrait d'un calcul dans le rein. C'est seulement après l'examen d'échographie que sa maladie a pu être diagnostiquée. Elle considère l'image comme l'unique moyen efficace pour connaître aisément l'origine de la douleur.

L'aide offerte par les images médicales aux médecins pour établir leur diagnostic et le recours fréquent de ceux-ci à l'imagerie, donnent lieu à des représentations traduisant parfois le souhait et la préférence de certains patients à vouloir passer des examens radiologiques. Elle devient un procédé nécessaire qui complète l'examen clinique. La quête de sens se poursuit par la médiation de l'image. Elle représente une preuve concrète de ce qu'il y a à l'intérieur du corps. Citons l'exemple de l'échographie obstétricale évoqué par David Le Breton⁷⁶. Il s'agit d'une femme échographiée découvrant avec émotion son bébé. Il fallait à cette femme une preuve tangible que seulement l'image échographique pouvait lui offrir, *« elle peut le sentir avec sa main, avec sa coenesthésie, mais cette connaissance intime et corporelle reste d'abord sans effet il lui faut le choc de*

⁷⁶ Cet exemple est extrait du film de Bernard Martino, le bébé est une personne, TF1. (David Le Breton, 1990). p218.

...est abstraite du fœtus sur l'écran de télévision, il
jamais le engendrement au cœur de l'enfant...pour que l'émotion jaillisse et pour la
première fois elle se sente mère. » (Le Breton, 1990). Les représentations des
patients à l'égard de l'image médicale font d'elle un outil révélateur et sûr
pouvant reproduire fidèlement ce qu'il y a à l'intérieur du corps.

Cependant, tous les examens ne sont pas considérés de façon identique,
chaque examen est représenté par les patients selon l'importance et l'utilité qu'ils
lui attribuent. Cette représentation révèle une hiérarchisation des différents
examens radiologiques.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Reconnaisant sur le rôle de l'imagerie médicale, François Dagognet défend l'idée suivante : grâce aux techniques morphologiques dont le scanner par exemple, la médecine a inventée une maladie, latente ou potentielle, sans malade. « *Aujourd'hui, la science médicale sait, à peu près, ce qui nous touchera, alors que chacun éprouve la plénitude de la santé. On ne tombe pas malade, on l'est même déjà avant de le devenir* » (Dagognet, 1984). La capacité des appareils sophistiqués à pénétrer à l'intérieur du corps traduit le désir du patient à affronter l'examen radiologique.

En subissant un examen radiologique, le patient ne sait pas s'il est en bonne santé ou non. La probabilité que l'image puisse révéler la présence d'une maladie est toujours prégnante. Toutefois, le degré d'incertitude n'est pas vécu de la même façon par tous les patients. Il dépend du type d'examen subi.

En effet, certains examens comme le scanner ont des effets importants sur la présence ou non d'une maladie grave ; à contrario, une radio de la main est vécue de façon moins dramatique. La première étant cruciale pour le patient, la seconde est qualifiée d'éphémère. Les patients sont conduits à produire leur propre hiérarchisation des examens radiologiques. Par exemple, une étude⁷⁷ traitant de la perception du scanner chez des patients souffrant de sciatique discale montre bien toute l'importance accordée par ces patients à cet examen et la puissance dont ils le créditent. En effet 27% d'entre eux en espère même une amélioration de leurs douleurs.

L'examen de scanner est l'un des examens auquel les patients accordent une grande importance. Considéré comme un moyen sophistiqué dont les résultats ne peuvent être mis en cause, la réalisation de cet examen est représentée comme révélatrice du moindre mal pouvant toucher l'intérieur du

⁷⁷ C'est une étude faite sur 150 patients hospitalisés pour sciatique discale. L'intitulé de cette étude est « *la perception de la tomodensitométrie lombaire* » (Bertholot.G.M, 1998) p 51-56.



PDF Complete
Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

t les patients⁷⁸ qui manifestaient le souhait de

« À mon avis passer un scanner général est indispensable, comme ça s'il y a une maladie grave elle pourra être découverte à ses débuts et surtout traitée à temps, moi je voudrai faire un scanner général, est ce qu'ils le font ? Cela doit coûter cher. » (Hayet, 42 ans, sans travail).

L'appareil de scanner est représenté comme étant un appareil sophistiqué, pouvant déceler le moindre mal se trouvant à l'intérieur du corps. La peur d'être atteint d'une maladie grave suscite chez un nombre de patients, le désir de passer cet examen pour découvrir la maladie à ses débuts afin de la traiter à temps. La confiance accordée à cet appareil amène certains patients à remettre en doute l'interprétation du médecin.

Brahim, souffrant de perte de connaissance, est persuadé que l'appareil de scanner permettra de découvrir l'origine de sa maladie.

« J'ai passé un scanner de la tête⁷⁹, selon le médecin le scanner n'a rien montré d'anormal alors que moi je souffre toujours du problème de la perte de connaissance. Des fois je sors seul et il m'arrive de m'évanouir, heureusement que les jeunes gens

⁷⁸ Ceci concerne les patients avec qui nous avons réalisé des entretiens et ceux avec qui nous avons eu des discussions informelles.

⁷⁹ Un scanner cervical.

à me relever et
m'accompagnent jusqu'à chez moi,
cela m'arrive souvent. Je sais que j'ai
quelque chose dans la tête et que le
médecin n'arrive à voir dans l'image
du scanner. Le jour de l'examen il n'y
avait que des médecins jeunes à
l'hôpital qui m'ont fait le scanner. Je
crois qu'ils n'ont pas assez
d'expérience pour lire les images
correctement. » (Brahim, 77 ans,
retraité, ancien agent de laboratoire à
l'université).

Convaincu que l'appareil de scanner est capable de montrer l'anomalie qui existe à l'intérieur de sa tête, Brahim a réalisé deux fois cet examen. Le fait que le médecin radiologue n'a rien trouvé d'anormal sur les clichés, Brahim le traduit par une mauvaise interprétation. Le jeune âge du médecin ne lui permet pas d'avoir l'expérience suffisante dans la lecture des images. Il compte donc refaire l'examen chez un autre médecin connu par sa compétence et son expérience dans l'interprétation des images médicales.

*« Dès que j'aurai la somme suffisante,
j'irai refaire un scanner chez un médecin
privé de radiologie (il nomme le
médecin). Ce médecin a une longue
expérience en radiologie, je sais qu'il
pourra faire une bonne lecture des*

« Je viens passer cet examen parce que je n'ai pas d'enfants, c'est la première fois que je le fais, dans la salle d'attente les femmes m'ont dit que cet examen est douloureux [...]. Mais je veux le faire car on m'a dit qu'il aide à déboucher les trompes j'espère que le »
(Brahim, 77 ans, retraité, ancien agent de laboratoire à l'université).

Ce patient est en quête de la confirmation visible de ce dont il souffre. L'appareil de scanner semble le seul moyen permettant de traduire son mal en image. Il suffit de le repasser chez un médecin imageur dont la longue expérience lui donne la compétence de faire une interprétation correcte des clichés.

À partir de cette illustration, l'insatisfaction du patient à l'égard des examens antécédents ne remet pas en cause l'appareil technique mais plutôt la compétence des médecins radiologues. L'usage de la technicité n'est donc pas le seul critère pouvant donner au médecin une crédibilité auprès des patients. La réputation de « l'imageur » auprès de ses pairs et des profanes influence leur choix dans le recours à certains centres de radiologie.

Venant passer un examen d'hystérogographie, Naima était très inquiète. Cet examen peut éventuellement dévoiler son incapacité à pouvoir enfanter⁸⁰.

« Je viens passer cet examen parce que je n'ai pas d'enfants, c'est la première fois que je le fais, dans la salle d'attente les femmes m'ont dit que cet examen est douloureux [...]. Mais je veux le faire car on m'a dit qu'il aide à déboucher les trompes j'espère que le »

⁸⁰ La manipulatrice fait entrer la patiente, elle l'a préparé pour l'examen, ensuite elle informe le médecin radiologue que la patiente est prête. Le temps de l'attente peut être relativement long quand le médecin est occupé à faire d'autres examens (échographie et scanner). Pendant ce temps nous avons pu effectuer une discussion avec la patiente. Ceci nous a aussi permis de prendre un rendez vous avec elle pour la réalisation de l'entretien.

« Le résultat sera bon » (Naima, 35 ans,
femme au foyer).

Naima accorde de l'importance à ce test. Elle espère qu'il contribuera à augmenter la possibilité de pouvoir avoir un enfant⁸¹. Elle affirme pouvoir supporter la douleur provoquée par l'examen, plutôt que de se retrouver avec le statut de femme stérile. L'importance accordée à cet examen est liée à un facteur social. Ici les résultats sont déterminants. Ils vont lui indiquer la possibilité ou non d'enfanter.

La mammographie représente aussi une épreuve difficile pour la majorité des femmes. L'attente et l'annonce des résultats de l'examen représentent des moments longs et angoissants. Les manifestations de leur soulagement en fin d'examen sont perceptibles, en apprenant que tout est normal. Avant l'examen, l'angoisse est présente.

« Pourtant ce n'est pas la première fois que je passe l'examen de mammographie, mais à chaque fois que je viens pour un examen de contrôle je tremble de peur, cela me rappelle la première fois quand ils ont découvert que j'avais un cancer, j'ai peur que la maladie ressurgit, mes enfants sont encore petits, ils ont besoin de moi »⁸².

Cette femme est mère de deux enfants, elle est âgée de 36 ans. Elle a subi une ablation du sein depuis cinq ans. Depuis, elle ne cesse de passer des examens de contrôle (la mammographie, l'échographie abdominale et une télé thorax). Ce sont surtout les résultats de la mammographie qu'elle craint le plus. Comparé aux autres, cet examen est représenté comme étant le seul à pouvoir dévoiler la

⁸¹ Ce test est représenté comme étant un moyen permettant de déboucher les trompes.

⁸² Ce discours est issu d'une discussion informelle.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

die, dont les conséquences peuvent affecter
profondément sa vie familiale et sociale.

Les patients ne sont pas indifférents aux techniques de l'imagerie médicale. Ils construisent des représentations qui vont influencer leurs comportements et leurs attitudes. L'importance accordée au recours à l'imagerie médicale- même s'il est fait suite à une décision médicale- dépend du sens et des attentes du patient à l'égard des différents examens. Le discours des patients dévoile une valorisation de l'image médicale. Cette dernière, représentée comme une photographie de l'intérieur du corps, elle semble la seule capable d'offrir une preuve concrète du mal ressenti.

Certains examens représentent un événement déterminant par rapport à la fiabilité octroyée à l'appareil technique et à la nature des résultats attendus. L'exemple de scanner l'illustre très bien. Il est considéré comme étant un appareil sophistiqué et doté d'un système développé lui permettant de détecter la moindre anomalie à l'intérieur du corps.

Cette confiance attribuée aux appareils techniques a son revers : elle traduit une insatisfaction des patients à l'égard du médecin et plus précisément du diagnostic établi sans le recours à l'examen complémentaire.

L'usage fréquent des différentes méthodes de l'imagerie médicale a considérablement influencée la relation médecin malade et le regard du patient vis-à-vis de son corps. La relation médecin – malade est médiatisée par l'objet technique qui détermine les représentations des patients par rapport à la compétence du médecin. L'imagerie médicale permet aux patients de construire un autre rapport à leur corps désormais visualisé.

I-LA RELATION MEDECIN – MALADE

La relation médecin malade⁸³, se transforme par la médiation de l'imagerie médicale. L'examen clinique perd de sa pertinence face à l'image valorisée qui représente l'organe malade. Cet élément prend progressivement une place importante et s'associe de plus en plus à l'examen clinique. Le recours à l'imagerie est fortement sollicité par les patients. Pour certains, le médecin doit nécessairement recourir aux moyens techniques pour établir son diagnostic.

« Quand on a mal on doit passer une radio. Il ne faut pas attendre, il faut savoir ce qu'on a, il y a des médecins qui ne donnent jamais de radio jusqu'à ce que l'état du malade s'aggrave » (Mohamed, 42 ans, légumier).

⁸³ Les études sociologiques mettent en évidence plusieurs modèles : T.Parsons évoque un modèle de relation consensuel entre le malade et son soignant. Son analyse est fondée sur l'autorité professionnelle du médecin. Une autorité acquise par le biais d'un savoir formel et spécialisé. E.Freidson parle du modèle conflictuel opposant le savoir profane au savoir médical. Ceci en adoptant l'idée que la profession médicale est la seule compétence pour juger, contrôler et réguler une déviance possible. Vient en ensuite le modèle de l'ordre négocié d'A.Strauss caractérisé par des processus de marchandage où chaque partenaire influence le déroulement et les résultats de la rencontre médecin – malade.

confiance du patient à l'égard du médecin et plus précisément du diagnostic établi sans examen complémentaire. L'obtention du bon diagnostic est donc fortement liée à l'usage de l'une des techniques de l'imagerie médicale.

« La radio aide à situer le mal, pour moi elle représente 80% du traitement, c'est grâce à elle que le médecin peut diagnostiquer la maladie »
(Réda, 26ans, agent de sécurité).

En outil bénéfique au médecin, l'objet médical le dépossède de la reconnaissance sociale de sa compétence sans l'usage de cet objet. L'imagerie médicale permet au médecin d'acquérir une notoriété auprès des patients. L'exemple de Samira illustre bien cette idée. Elle est suivie par un guérisseur pour une sinusite et des kystes mammaires. Ce guérisseur lui a prescrit des examens radiologiques avant de lui donner le traitement à suivre.

« Avant de me donner les médicaments⁸⁴, il m'a d'abord demandé de faire des radios, cela m'a réconforté parce que j'étais hésitante quand je suis parti chez lui. Maintenant je lui fais confiance, je sais qu'il fait du bon travail, je crois qu'il est médecin » (Samira, 30 ans, enseignante en moyen).

Cette patiente valorise le travail de ce guérisseur parce qu'il lui a recommandé de recourir à l'imagerie médicale. Elle a même un doute concernant son statut. Elle présume que c'est un médecin qui a déjà travaillé à l'hôpital. La valorisation de la médecine techniciste semble donc prendre

⁸⁴ Samira nous a montré les médicaments que le guérisseur lui a donnés. Se sont des comprimés en forme de boules, elles sont mises dans des petites bouteilles de verre blanc. Les trois bouteilles sont identiques, sur chacune une étiquette est collée pour indiquer le nombre de prise par jour.

clinique basé seulement sur la compétence du

Les patients qui ont recours à l'imagerie en supplément de la consultation du médecin, évoquent le rôle déterminant du médecin dans l'interprétation des images radiologiques. Les patients avouent leur incapacité à déchiffrer les images médicales. Ils se fient en conséquence au discours médical pour interpréter correctement les images.

« La dernière fois j'ai ramené les résultats de la radio de l'image chez moi, j'ai essayé de les lire je n'ai rien compris, les images étaient grises⁸⁵, je n'ai pas pu distingué aucune forme, c'était une radio des viscères mais je n'ai pas pu faire la différence entre les images ». (Naima, 35 ans, femme au foyer.)

La compétence du médecin est revalorisée quand il s'agit de déchiffrer et d'interpréter les images. Les patients font donc plus confiance au médecin qui utilise et maîtrise la technique. Nous avons observé le nombre important de patients venus dans le cabinet privé (lieu de notre enquête) spécialement pour passer leurs examens chez ce médecin radiologue. Nous avons assisté à une scène où la patiente était allongée pour subir une échographie. En voyant un autre médecin s'approcher pour faire l'examen, la femme s'est levée. Elle s'est excusée auprès du médecin remplaçant, en lui disant : *« je suis désolée, mais je reviendrai un autre jour, quand le docteur « T » sera là »*.

En parlant avec elle, cette femme affirme qu'elle préfère passer chez le docteur « T » parce qu'il est compétent et effectue l'examen en donnant des

⁸⁵ Il s'agit de l'examen d'échographie abdominale.

il maîtrise bien son travail. Il interprète précisément les images durant la réalisation de l'examen.

Une autre femme avait passé l'examen d'échographie obstétricale chez le médecin remplaçant. En quittant la salle d'examen, elle a demandé à la secrétaire de la faire passer chez le docteur « T ». Elle affirme qu'elle n'est pas satisfaite parce que le médecin était silencieux pendant le déroulement de l'examen. Il ne répondait pas à ses questions et se contentait de dire que tout allait bien. Cela signifie que ce médecin n'est pas compétent, elle préfère donc attendre plus long temps et passer chez le docteur « T ». Ce dernier répond à toutes ses questions et donne des explications pendant l'examen.

La compétence du médecin est donc identifiée à ses connaissances techniques transmises de façon claire aux patients. Le médecin acquiert une réputation auprès des profanes parce qu'il maîtrise la technique. Les patients lui accordent la confiance qui représente une dimension centrale dans le recours au médecin.

« Le docteur « T » médecin m'accueille toujours avec un sourire, il me parle gentiment et m'écoute quand je lui parle. Mon père me demandait toujours de le ramener chez ce médecin pour réaliser ses échographies de contrôle, le médecin le mettait à l'aise avant de commencer l'examen. »
(Khadîdja, 42 ans, mère au foyer).

La compétence relationnelle, associée à une maîtrise du savoir médical et technique renforce la crédibilité du médecin auprès des patients. La technique de la radiologie offre à travers les images produites une nouvelle perception du corps.

RD DU CORPS

Le corps est défini comme étant « le support matériel, l'opérateur sine qua non de toutes les pratiques sociales et de tous les échanges entre les acteurs. L'existence de l'homme est d'abord corporelle. Toute relation avec le monde implique sa médiation » (Le Breton, 1990). La maladie est l'un des événements qui provoque chez les individus un intérêt focalisé sur la partie atteinte du corps. L'imagerie détient ce pouvoir de pénétrer à l'intérieur du corps. Elle est le moyen le plus adapté permettant de reproduire précisément l'organe souffrant.

« Pour moi, l'image produite par la radiologie est capable de montrer la place de la douleur tel quel est à l'intérieur du corps, par exemple le scanner que j'ai passer ne montre rien d'anormal dans ma tête cela veut dire que problème se situe dans un autre endroit de mon corps, pour cela le médecin m'a demandé de faire les radios du dos et du bassin » (Réda, 26 ans, agent de sécurité).

Pour Réda, l'origine de l'atrophie musculaire dont il souffre ne peut être décelée que par les images médicales. Ce patient recherche à travers la réalisation de ce type d'examen une concrétisation imagée de sa maladie.

Nous relevons un autre aspect qu'offre l'utilisation de la radiologie : montrer un corps uniforme. Certains affirment qu'ils doutent parfois si les clichés remis sont les leurs.

« À chaque fois que je passe un examen et que je vois le nombre important de personnes, je me demande comment ils font pour ne pas confondre entre les

les autres, quand la secrétaire me
comme les restants je regarde s'il y a mon nom sur le
cliché, après tout on se ressemble tous de l'intérieur »
(Hayet, 42 ans, sans profession).

Cette patiente passe souvent des examens de contrôle. Les images radiologiques ne représentent plus pour elle des objets nouveaux. Elle affirme qu'elle s'est habituée à voir des images de l'intérieur de son corps. À contrario, Mohamed considère ces images étonnantes. Elle lui montre un intérieur qui lui était totalement méconnu

« En regardant les images de la radio de télévision, je n'ai rien compris, je me suis demandé ce qu'elles représentaient. Mais après la radio des reins (UIV), j'ai vu les images. J'étais étonné comment ils ont pu photographier mes reins. Ils étaient apparents sur les clichés. » (Mohamed, 42 ans, légumier.).

Les patients sont plus intéressés par les images qui donnent sens aux organes qu'ils connaissent bien (les clichés de la radio de la main, des poumons, des reins). À contrario, les images produites par le scanner leur semblent plus complexes.

Le patient *« peut se conforter dans le sentiment de sa maladie en observant un cliché dont il ne possède pas les codes de lecture et qu'il appréhende seulement avec ces fantasmes, en quête de la confirmation visible de se dont il souffre. Le déchiffrement du cliché prête alors à des visions radicalement différentes. L'imaginaire du patient vient à la ressource de ses maux entériner sur le cliché la matérialité de son mal. »* (Le Breton, 1990).



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ANGEMENTS PRODUITS PAR L'USAGE DE LA TECHNICITE

le patient tente de trouver une preuve tangible de sa maladie. Il lui importe d'exercer son imaginaire pour tenter de faire ressortir à partir de l'image, une forme étrangère de son corps, représentant le mal. « *L'expérience commune de la maladie ou de la douleur traduit le passage d'un oubli relatif du corps à une conscience aigue de sa réalité, mais focalise surtout sur l'organe atteint.* » (Le Breton, 1985). La maladie éveille chez les individus un intérêt concernant l'endroit de la douleur. C'est grâce à l'image médicale qu'il va tenter de donner un sens à cette anomalie corporelle.

Les patients ne sont pas passifs et dépourvus de jugements à l'égard des différentes techniques de l'imagerie médicale. Ils participent au travail conduisant à la production de l'image médicale. Ils attribuent des significations et accumulent des connaissances qui influencent leur rapport à cette technique. Nos résultats permettent de dégager plusieurs aspects du travail déployé par les patients avant, pendant et après la réalisation d'un examen complémentaire.

Il s'agit dans une première étape de la prise de décision pour aller effectuer un examen radiologique. Le rôle du patient est déterminant quand il négocie avec le médecin afin d'obtenir une prescription lui permettant de réaliser l'examen ou lorsqu'il décide de se diriger directement vers les centres privés.

Vient ensuite l'étape du « choix » du lieu si le patient n'est pas déjà orienté par le médecin traitant ou par un service hospitalier vers un espace donné. Leur choix dépend de divers facteurs, tel que la détention d'un équipement sophistiqué, la « bonne réputation » du médecin radiologue et la possibilité de réaliser l'examen voulu. Ils recherchent aussi à effectuer leurs examens dans un délai bref et dans de meilleures conditions.

Cependant, toutes les conditions espérées par les patients sont rarement réunies dans le même espace. Nous avons noté dans le lieu de notre enquête que l'attente est longue, les conditions de la réalisations des examens ne sont pas confortables (le froid dans les salles d'examen, l'inexistence de déshabilleur, l'étroitesse des salles d'attentes). Ceci contraint les patients à choisir l'espace en optant pour l'un des facteurs au détriment des autres. C'est l'exemple de plusieurs patients rencontrés lors de notre travail de terrain, ils préfèrent obtenir des résultats fiables et une bonne lecture des images même s'ils sont contraints d'attendre longtemps.

la personne qui les accompagne. Il concerne le paiement des prestations, le temps de l'attente, l'obtention d'un rendez-vous dans les plus brefs délais...etc. Les patients ou leurs proches négocient afin d'obtenir des privilèges pouvant leur faciliter la réalisation d'un examen complémentaire et parvenir à des résultats fiables. Pendant la réalisation de l'examen, les patients ont leurs propres interprétations sur les gestes et les comportements effectués. Leur travail est aussi important quand il s'agit de donner des informations nécessaires pour le bon déroulement de l'examen. Dans la même logique de négociation, certains patients négocient pour obtenir des informations sur les résultats de l'examen immédiatement après sa réalisation. D'autres en venant chercher les résultats, souhaitent rencontrer le médecin radiologue pour obtenir des explications sur leur état de santé.

Le langage utilisé pour nommer les examens radiologiques diffère d'une catégorie sociale à une autre. Il dépend du niveau d'instruction du patient et de son statut de malade. En effet, les malades chroniques possédant un niveau moyen ou élevé ont l'opportunité de lire les prescriptions et les comptes rendus médicaux. Ceci leur permet de s'acculturer au langage médical. Ils utilisent donc un langage identique ou proche à celui du médecin. À contrario, les patients dont le niveau est bas, ne maîtrisant pas le français, utilisent un langage spécifique. Ainsi le facteur socio- culturel conditionne en partie les nominations profanes.

Les représentations à l'égard de l'imagerie traduisent l'engouement de certains patients à vouloir passer des examens radiologiques. Les patients en quête de sens privilégient le recours à cette technique pour plusieurs raisons. Les images médicales sont comparées à des photos de l'intérieur du corps. Elles reproduisent fidèlement l'objet photographié et permettent de définir et d'interpréter la douleur ou le dysfonctionnement corporel. La compétence du médecin ne semble plus satisfaisante sans le recours à l'imagerie. L'examen

Complémentaire. La médecine technicienne a donc intégré la société algérienne. Simplement quand il est associé à l'examen

Ceci dit, tous les examens radiologiques ne bénéficient pas de la même importance chez les profanes. Chaque examen est classé selon les significations qui lui sont attribués par les patients. Certains sont considérés comme cruciaux par rapport aux résultats attendus. Des résultats pouvant éventuellement dévoiler la présence d'une maladie grave ou apporter une nouvelle dont les conséquences affectent la vie sociale de la personne. D'autres examens sont valorisés pour leur haute technicité. Dans ce cas, le progrès technique est assimilé au progrès médical. Concernant l'examen de scanner, les profanes expriment leur souhait de le passer. Il est représenté comme étant un appareil sophistiqué ayant la capacité de détecter le moindre dysfonctionnement corporel.

Les patients ont un désir de l'information (Carrère, 2005). C'est une demande de savoir concernant l'origine de la maladie, d'obtention des connaissances permettant au patient de mieux comprendre la maladie et de prendre une part active dans sa gestion.

La relation médecin malade connaît l'introduction d'un troisième acteur, qui est celui de l'objet technique. Son utilisation est banalisée. Il prend une part de plus en plus importante dans le processus thérapeutique. En conséquence, les patients adhèrent progressivement à l'idée de la nécessité de réaliser systématiquement un examen en complément avec l'examen clinique ou simplement se contenter du test radiologique. Cependant, le recours à l'imagerie ne diminue pas l'importance accordée par les patients à l'aspect relationnel avec le médecin radiologue. Ils n'attendent pas de lui uniquement la maîtrise de la technique mais aussi qu'il soit intentionné, compréhensif et accueillant.

En dernier lieu, le changement apporté par l'usage de l'imagerie se traduit par l'introduction d'un troisième acteur dans le processus conduisant à l'interprétation de la douleur ou de la maladie. Des transformations sont



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

nédecin malade. L'objet technique semble
représenter pour certains patients un élément indissociable à l'examen clinique.

L'autre aspect des ces transformations, c'est le nouveau regard porté sur le corps. Les images médicales par leur pouvoir de pénétrer l'intérieur du corps constituent des moyens permettant de reproduire le mal en image.

OUVRAGES

- Adam.PH, Herzlich.C., 2001, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Édition Nathan, Paris.
- Aïach.P, Cèbe.D, 1991, *Expression des symptômes et conduites de maladie, facteurs socioculturels et méthodologiques de différenciation*, Édition INSERM.
- Aubert .F, Laissy .J.P, 1985, *Radiologie et imagerie médicale*, Que sais –je,
- Édition Puf.
- Auge. M, Herzlich.C, 1984, *le sens du mal –Anthropologie, Histoire, Sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines.
- Bourdieu. P, 2000, *Les structures sociales de l'économie*, Édition Le Seuil.
- Carricaburu. D, Ménoret. M, 2004, *Sociologie de la santé*, Édition Armand Colin.
- Seca.J.M, 2001, *les représentations sociales*, Édition Armand Colin.
- Dagognet .F, 1984, *La philosophie de l'image*, Paris, Vrin.
- Déchamp-Le-Roux.C, 2002, *L'Emprise De la Technologie Médicale sur la Qualité Sociale*, Collection Logiques Sociales, Édition L'Harmattan.
- Fischer. G.N, 1996, *L'accueil : psychophysiologie et éducation cérébrale de la réceptivité*, Édition Universitaire Paris.
- Freidson.E, 1984, *La Profession Médicale*, Édition Payot, Paris.
- Giddens. A, 1994, *Les conséquences de la modernité*, Paris, l'Harmattan.

- santé et Maladie, Analyse d'une représentation*
sociale, Édition de l'École des Hautes Études en sciences sociales,
Paris.
- Herzlich.C, 1970, *Médecine maladie et société*, Édition de l'École Pratique des Hautes Études et Mouton.
 - Hess.R, 2004, *Produire son œuvre, le moment de la thèse*, Collection L'anthropologie au coin de la rue, Édition Téraèdre.
 - Jodelet.D, 1984, *Représentation : phénomène, concepts et théorie*, In Moscovici Serge, Introduction à la psychologie sociale, Paris, Édition Puf.
 - Jodelet.D, 1989, *Folies et représentations sociales*, Paris, Édition Puf.
 - Joly. M, 2005, *L'image et son interprétation*, Édition Armand Colin Cinéma.
 - Lamri. L, 2004, *Le système de la sécurité sociale en Algérie, une approche économique*, Édition OPU.
 - Le Breton. D, 1985, *Corps et sociétés essai de sociologie et d'anthropologie du corps*, Paris, librairie des méridiens, collection sociologie au quotidien.
 - Le Breton. D, 1990 *Anthropologie du corps et modernité*, Édition Puf.
 - Mebtoul.M, 2005, *Médecins et Patients en Algérie*, Ed Dar El Gharb.
 - Mercklé. P, 2004, *Sociologie des réseaux sociaux*, Édition La Découverte
 - Moisdon. J-C, 2002, « *L'hôpital entre permanences et mutation* », in *Quelle médecine voulons nous ?* sous la direction De Bazanger-I, Bungener-M, Paillet-A, Édition La Dispute.
 - Oufriha.F.Z, 1992, *Cette chère santé, une analyse économique du système de soins en Algérie*, Édition OPU.
 - Oufriha. F.Z, 2002, *Système de santé et population en Algérie*, Édition Anep.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

l'en urgence, Paris, Métailié.
trame de la négociation, textes réunis par
Bazanger.I, Édition l'Harmattan.

- Barth.J.F, 1990, « Connaissance profane des symptômes et recours thérapeutiques », *Revue Française de Sociologie XXXI*, p 283-296.
- Baumann. M, 2003, « la satisfaction des usagers à l'égard de leur praticien : de la coopération à l'engagement mutuel », *Recherche. Santé Sociale Coopération, Conflits et Concurrences dans le Système de Santé* sous la direction de : Cresson.G, Drulhe.M, F.X. Schweyer, Édition ENSP. p 207-219.
- Boissonat.V, 2003« Un « objet- réseau » : *La radiographie de dépistage du cancer du sein* », *Coopération, Conflits et Concurrence Systèmes Dans le Système de santé*, sous la direction de : Cresson.G, Drulhe.M, F.X. Schweyer, Édition ENSP. p47-73.
- Boissonat.V, 2004, « Artefact technique et pouvoir normatif : la mammographie de dépistage des cancers du sein », *Normes et Valeurs dans le champ de la Santé* sous la direction de : F.X. Schweyer ; S.Pennec ; G.Cresson ; F.Bouchayer, Édition Ensp. P151-163.
- Boullier.D, 1995, « du patient à l'image radiologique, une sociologie des transformations » *Revue Technique et Culture* n°25-26 p 19-34, Édition de la Maison Des Sciences De L'homme Paris.
- Bourdieu. P, 1980, « le capital social : notes provisoires », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°3, p 2-3.
- Callon.M, Latour.B, 1985, « les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations ? » in *Prospective et Santé*, n°36.
- Formarier. M, 2003, « Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité », *Recherche en soins infirmiers* n°75 p 15-20.
- Kaid Tlilane. N, 2004, « l'impact de la crise économique et de la privatisation de l'exercice médical sur la santé publique en Algérie », *Santé Publique et Sciences Sociales*, n°11-12 : p131- p155.

- hospital relationnel et logiques d'acteurs dans les services de santé : Algérie », *Communication du Colloque « La gouvernance au quotidien en Afrique : les relations entre services publics et collectifs et leurs usagers »* du 22-25 mai 2002.
- Mebtoul.M, 2002, « La profession médicale peut-elle se construire dans un espace social banalisé et déprécié », *Santé Publique et Sciences Sociales*, N° 8-9 p 145-170.
 - Mebtoul.M, 2004 « l'introuvable césure public- privé en Algérie De nouveaux objets en santé dans le champ de privatisation des soins » Les objets de la santé, *Revue de Sciences Sociales au Sud, Autre Part*, Édition IRD, n°29, p 13-28.
 - Mebtoul.M, 2007, « Voyage à l'intérieur des cliniques privées » *El Djoumhouria*, 25 août.
 - Pasveer. B, 1995, « images et objets : La tuberculose et les rayons x. » *Revue Technique et Culture* n°25-26 : p 01-18, Édition de la Maison Des Sciences De L'homme Paris.
 - Werner.J.F, 2004 « d'une image à l'autre ou pourquoi et comment étudier les usages et pratiques médicales de l'imagerie médicale à Dakar », les objets de la santé ; *Revue de Sciences Sociales au Sud Autre part*, n°29, Édition IRD, p 65-80.
 - Zimmerman.M, 1992, « L'épreuve photographique du biologique : ethnographie d'un lieu de production des images médicales », *Sciences Sociales et Santé*, vol X, n°3, p 105-118.



FAUCONNIER, 2002, Dictionnaire des termes techniques de radiologie conventionnelle à l'usage de manipulateurs de radiologie générale, Édition, Springer.

MEMOIRE

Gaumand. S Jarlan. P, 2006, « Influences de l'imagerie médicale sur les représentations du corps », université Victor Segalen Bordeaux 2, MSBM d'Anthropologie de la Santé sous la direction de Besson.R et Gobatto.I.

SITES WEB

www.cadresante.com.

<http://www.and.s.dz/reglm1.htm#a3>.

Numéro	Nom	Age	Profession	Situation matrimoniale
01	Souad	22 ans	Étudiante (licence de droit)	Célibataire.
02	Mohamed	42 ans	Commerçant (Légumier)	Marié (04 enfants).
03	Karima	43 ans	médecin	Mariée (03 enfants).
04	Khadidja	42 ans	Mère au foyer (niveau terminal	Divorcée, (2 enfants).
05	Kheira	52 ans	Directrice, d'un centre de formation professionnelle.	03 enfants.
06	Malika	50 ans	Mère au foyer	Mariée, (05 enfants), le mari est directeur administratif.
07	Manel	26 ans	Ingénieur en informatique.	Célibataire.
08	Fadéla	34 ans	Secrétaire de direction (niveau terminal) a suivie une formation de ts en informatique.	Célibataire.
09	Mustapha	49 ans	Enseignant universitaire.	Marié, (03 enfants).
10	Hayet	42 ans	Sans profession (niveau terminal).	Célibataire (niveau socio économique aisé).
11	Samira	30 ans	Enseignante au moyen (langue arabe).	Célibataire.
12	Brahim	77 ans	Retraité (agent de laboratoire à l'université).	Marié, (09 enfants).
13	Wahida	37 ans	Sans profession (Technicien supérieur en génie civil).	Mère au foyer, (le mari est cadre administratif).
14	Réda	26 ans	Agent de sécurité dans une banque (niveau terminal).	Célibataire.
15	Naima	35 ans	Femme au foyer (niveau moyen).	Marié, le mari est commerçant.

Age :

Sexe :

Situation matrimoniale :

Niveau de scolarité :

Profession :

I l'itinéraire conduisant au recours à l'imagerie

- Racontez nous comment vous avez eu recours à l'imagerie médicale ?
- Avez-vous déjà réalisé d'autres examens radiologiques ?
- Pourquoi avez-vous eu recours à l'imagerie ?
- Quelles ont été les conditions dans lesquelles s'est faite la prescription de l'examen ?
- En allant passer un examen radiologique quelles sont vos attentes ?
- À votre avis, quelle est l'utilité des examens radiologiques ?
- Comment définissez-vous l'imagerie médicale ?

II Le choix du lieu

- Où avez-vous effectué votre examen ?
- Pourquoi avez-vous choisis ce lieu ? Qui vous a conseillé de réaliser votre examen dans ce lieu ?
- Si vous passez d'autres examens est ce que vous choisissez toujours le même lieu ?
- Qu'est ce qui est important pour vous dans le choix du lieu ? Quelles sont les raisons qui peuvent influencer votre choix ?
- Où préférez-vous effectuer les examens radiologiques ? Pourquoi ?

III Le comportement du patient pendant la réalisation de l'examen

- Racontez nous comment s'est déroulé l'examen ?
- Est-ce que vous demandez des informations au médecin ou au technicien pendant la réalisation de l'examen ?
- Qu'est ce qui attire votre attention pendant la réalisation de l'examen ?
- Est-ce que vous faites tout ce que vous demande l'imageur ? Pourquoi ?
- Vous arrive t- il de passer le même examen à plusieurs reprises ? Qu'est ce qui vous amène à le refaire ?
- D'après vous pourquoi le technicien se met derrière un paravent ou sort de la salle pendant la prise de l'image ?
- Que connaissez-vous sur l'imagerie médicale, sur les rayons x et les différentes techniques de l'imagerie ? Quelles sont son utilité et son importance ?

VI Le rapport à l'image médicale

- Est-ce que vous tenter de comprendre le contenu des résultats ?
- Qu'est ce qui vous intéresse ? Pourquoi ?
- Tentez vous de déchiffrer l'image ? Quelles sont les images qui attirent le plus votre attention ?
- Quand vous regarder l'image médicale, qu'est ce que cela évoque chez vous ?
- Qu'est ce que vous recherchez en regardant l'image radiologique ?

5 DIFFERENTES TECHNIQUES DE L'IMAGERIE

1- Les rayons X : rayons invisibles à l'oeil nu, mais pourtant du même ordre que la lumière.

Pour les radiographies ils sont émis par des tubes, passent au travers du corps et créent sur un support une image par transparence. Leur absorption plus ou moins importante par les différents tissus du corps permet de créer des contrastes, des formes et donc des images.

2-L'échographie : l'émission d'ondes ultrasonores dans les zones du corps vont rebondir différemment en fonction du support sur lequel elles sont projetées (comme lorsque l'on lance une balle de ping-pong sur un mur en béton ou sur du sable). Les ondes après avoir rebondi sont captées par l'émetteur qui devient récepteur. La différence entre les ondes ayant rebondi sur un support plus ou moins dense va créer des contrastes, donc des formes et donc une image.

3-L'IRM : l'imagerie par résonance magnétique : des gros aimants provoquent dans tout le corps l'excitation des éléments atomiques qui vont émettre en retour des ondes plus ou moins importantes qui vont être interprétées par un ordinateur, qui va lui-même créer les contrastes en fonction de l'intensité des ondes. Il va ainsi créer une image en trois dimensions du corps, images dans laquelle on peut créer une image en deux dimensions appelées coupe.

4-Le scanner à rayons X : on fait passer au travers du corps des rayons X, ceux-ci sont captés par de grands anneaux qui sont reliés à un ordinateur. Cela va créer de la même manière que l'IRM des images en trois dimensions dans lesquelles nous pourrions faire également des coupes.

L'imagerie médicale regroupe différentes techniques, chacune à sa spécificité et permet de pénétrer l'intérieur du corps en reproduisant des images à l'aide de divers appareils techniques.

Annexe à la circulaire n°70/MSP/DNOSS/SDEAPS/du 15/02/1993 fixant les conditions techniques pour l'agrément des projets de réalisation de Cliniques Privées

Ce document est élaboré pour servir de guide et de référence à toute réalisation d'un projet de clinique chirurgicale.

Il comporte les recommandations élémentaires pour l'organisation des services des installations techniques et les normes de circulation en prévention aux risques de l'infection hospitalière et à la sécurité du malade.

Les prescriptions apportées dans cette annexe viennent compléter l'arrêté interministériel du 22 octobre 1988 qui fixe à priori dans ses chapitres I et II les normes techniques sanitaires et les conditions de fonctionnement.

1. Principes d'organisation des services

Toute clinique doit, pour assurer un bon fonctionnement disposer des services suivants :

- Service de consultations,
- Service d'exploration et d'examen,
- Service des urgences locales,
- Service d'hospitalisation ou hébergement,
- Service de chirurgie et (d'accouchement pour clinique gynéco-obstétrique),
- Service des moyens généraux et d'administration,
- Une circulation hospitalière répondant aux conditions d'hygiène et de sécurité pour le personnel et le malade.

Chaque service devra répondre à l'organisation définie ci-après :

1.1. Service d'accueil et de consultation :

Comme il est de tradition dans les établissements sanitaires publics et privés, ce service permet d'accueillir, d'orienter et d'examiner le malade dans les meilleures conditions.

Il comprend :

- Un hall d'entrée
- Accueil et orientation - standard téléphonique
- Attente hommes
- Attente femmes
- Cabinet de consultations en proportion aux spécialités et à la capacité de la clinique ainsi que pour les attentes
- Des sanitaires hommes à 1 pour 10 personnes
- Des sanitaires femmes à 1 pour 10 personnes
- Un local de stockage pharmaceutique
- Bureaux d'Administration

La surface optimale pour un cabinet de consultation permettant au médecin d'accueillir le malade, de l'examiner et de lui prescrire un traitement dans de bonnes conditions est de 12 à 15 m².

Tout cabinet de consultation doit comporter au moins :

- Un lavabo
- Un local pharmaceutique comprenant des rangements et un réfrigérateur

1.2. Service d'exploration :

Ce service permet d'établir le diagnostic du malade, et le suivi de l'évolution de son état de santé.

Il comprend :

1.2.1. Laboratoire :

* Pour les examens préliminaires

* Des laboratoires d'option (stomatologie sémiologie) etc. éventuellement :

- Les laboratoires sont aménagés dans les locaux destinés exclusivement à cet effet. Ils doivent être largement ventilés.
- Tout laboratoire doit disposer d'un poste de douche.
- Il est préférable de les implanter sur un même niveau que les éléments médicaux du plateau technique.
- Les paillasses doivent avoir une profondeur de 60 cm avec bac-évier intégrés et rangements sous-paillasse.
- Les revêtements ainsi que les joints entre les carreaux, doivent être réalisés avec des matériaux résistants aux acides, et aux agents chimiques.
- Il est de même pour les cuves et les cuvettes.
- La robinetterie doit être spéciale "Laboratoire" fixée au mur, avec protection par plastification anti-acide.
- L'alimentation sera uniquement en eau froide.
- Quant le service d'examen et d'exploration est doté de plusieurs appareils de radiologie et laboratoires spécialisés, il y'a lieu de prévoir des espaces d'attente propres à ce service.

1.2.2. Radiologie :

Conformément à l'article 21 qui prévoit pour toute clinique, une installation fixe de radiodiagnostic réalisés conformément aux normes de protection contre les rayonnements ionisants. Les catégories de radiologie concernées sont :

Catégorie B - C : La radioscopie - Radiographie des membres organes thoraciques, des parties molles et de l'ensemble du squelette.

Catégorie D : Ensemble des actes de radiodiagnostic

Catégorie E : Radiographie des dents et des arcades dentaires.

Catégorie F : Radiophotographie exclusivement.

Voici quelques indications pour la projection - les réserves techniques dépendront bien évidemment de la référence du matériel à acquérir.

Catégorie B et C : Elle comporte un générateur de rayon X dont les caractéristiques permettent :

En radioscopie : 60 à 90 KV et 0 à 5 m A

En radiographie : 60 à 100 KV et 15 à 200 m A

Radiographie pulmonaire : 100 KV et 100 m A.

- La superficie minimale exigée pour la salle est de 25 m².
- (déchabillloirs et chambres de développement non compris) ;
- Protection anti X - Plafond - Parois latérales.
- Alimentation électrique monophasée 220 ou 380 V avec puissance 10 KVA
- instantanée.

En salle de chirurgie, les raccordements sont effectués par prise de courant de type 32 ampères ; mais il faudra veiller à ce que ce raccordement réseau ne dépasse pas une résistance apparente de 0,1 Ohm.

Catégorie D : Pour ce type d'appareils, les installations comportent un générateur à rayon X dont les caractéristiques permettent :

En radioscopie : 60 à 90 KV et 0 à 5 m A.

En radiographie : 100 KV et 200 m A ou plus.

Pour la commodité de l'installation et en raison de l'encombrement du matériel, il est conseillé d'adopter des surfaces de l'ordre de 30 à 40 m². Il existe 2 groupes d'installation de salles :

- Les salles dites de "radiodiagnostic général" destinées aux examens viscéraux, pulmonaires, osseux, tomographiques, craniographiques peuvent avoir les mêmes volumes et les mêmes locaux satellites.
- Les salles dites de "radiodiagnostic spécialisées" réservées aux examens vasculaires ou neurologiques nécessitent des surfaces supérieures et des locaux annexes différents.

Les caractéristiques des générateurs à rayons X dans cette catégorie ne sont pas réglementées d'une façon générale. Ces générateurs sont choisis dans la gamme de la catégorie D - C à D supérieur à 200 m A. L'alimentation électrique : monophasé 220 ou 380 V.

Puissance : 20 KVA instantanée, elle peut être réduite à 1 KVA si le générateur est "à condensateur".

Dispositions Architecturales :

- Toute salle destinée à la radiologie doit comporter un cabinet de déshabillage servant de sas d'entrée et de sortie.
- Une chambre noire et une chambre claire.
- La surcharge d'exploitation est de 500 kg/m².
- Le service de radiologie est implanté de manière à permettre l'accès rapide à partir du bloc opératoire pour les personnes transportées. Il est isolé du service d'hospitalisation et d'hébergement.
- En tout état de cause, la porte devra permettre l'accès d'un lit à la salle.
- La hauteur minimale pour toute salle de radiodiagnostic est de 3 m.
- Le cabinet de déshabillage doit avoir une surface minimale de 1 m².

De façon générale, nous rencontrons 2 ou 3 déshabilleurs par salle de radiologie.

Pour les salles d'examen de l'appareil digestif et urinaire, la salle sera équipée entre autre d'un lavabo et d'un WC au côté du déshabilleur.

La sécurité de la radio-protection et régie par :

- le Décret n° 88-54 du 22 Mars 1988, portant création d'un centre radioprotection et de sûreté.
- Arrêté interministériel du 10 février 1988 fixant les méthodes de contrôle en matière d'utilisation des sources radioactives, et des appareils émettant des rayonnements ionisants.
- Arrêté interministériel du 10 février 1988 fixant les limites de doses annuelles d'exposition aux rayonnements ionisants.
- Arrêté interministériel du 10 février 1988 précisant les conditions d'utilisation des dosimètres individuels destinés au contrôle des équivalents de doses reçus par les travailleurs soumis aux risques d'exposition externe.
- Arrêté interministériel du 10 février 1988 fixant la délimitation et la signalisation particulière des zones réglementaires et interdites.
- Arrêté interministériel du 10 février 1988 portant classification des principes radionucléaires.
- Arrêté interministériel du 10 février 1988 fixant les limites dérivées de concentration dans l'air et les limites d'incorporation annuelles ainsi que les valeurs de facteurs de qualité et de délit de fluence des neutrons.
- Arrêté du 10 février 1988 fixant les modalités de détention et d'utilisation des substances radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants à des fins médicales.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

6 fixant les règles de protection des travailleurs contre les rayonnements ionisants ainsi que celles relatives au contrôle de la détection et de l'utilisation des substances radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants.

Chacune de ces espaces est munie du matériel nécessaire pour la réalisation de différents examens radiologiques.

05- la salle « principale », plusieurs tâches y sont effectuées. Le personnel y est en mouvement continu. Dans le même espace le médecin effectue des échographies, fait l'interprétation (des clichés radiologiques, de scanner et celle des échographies). Il sert aussi de bureau pour les secrétaires qui rédigent les comptes rendu. L'accès à cette salle est possible par trois entrées

06- c'est une grande salle, elle est séparée en deux parties par une vitre transparente servant de moyen de protection et de contrôle. La première partie comprend le poste de commande du scanner, constitué d'un écran et un clavier posés sur un bureau d'où le médecin installé sur une chaise programme et suit le déroulement de l'examen (le contacte du médecin avec le patient se fait par l'intermédiaire d'un interphone). L'appareil de scanner est dans la deuxième partie, il est constitué de l'anneau du scanner, d'un lit sur lequel est placé le malade. Ce lit se déplace lentement à l'intérieur de l'anneau du scanner pendant l'examen. À proximité du lit il y a un chariot utilisé pour placer le petit matériel (seringue, garrot, alcool, coton et des flacons de produit de contraste).

Une étagère en bois peinte en blanc est accrochée au mur sert au rangement des accessoires (coussins, draps) indispensables certains examens. A côté de cette étagère des blouses vertes que les patients mettent quand ils enlèvent leurs habilles sont accrochées au mur.

07- Deux espaces étroits, pour la réalisation d'examens d'échographie et d'écho doppler.