

Multiplication des examens d'imagerie médicale

Enjeux et conséquences dans les parcours de soin

Déborah GASNOT Master 2 santé, médecine, questions sociales, École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Assistante de gestion à la Chaire de philosophie à l'hôpital

Les modalités d'imagerie médicale se complètent pour répondre à des questions cliniques parfois pointues, lesquelles exigent plusieurs manières de « voir » à travers le corps. Chacune apporte des informations différentes et utiles au diagnostic. Pour les patients, la multiplication d'examen complémentaires s'avère difficile à interpréter : comprendre les lois de la physique à l'œuvre dans ces machines, et ce qu'elles révèlent en fonction de leur paramétrage, n'a rien d'aisé. Il s'agit de donner un sens à des images variées et hétéroclites d'eux-mêmes, et/ou d'un même problème de santé. Comment faire coïncider ces images ? Ont-ils toujours conscience de ce que chaque examen complémentaire recherche et illustre ? Comment vivent-ils ces examens multiples ?

Les résultats présentés dans cet article sont issus d'une enquête de terrain conduite entre février et mai 2022, chaque semaine, dans un service de radiologie parisien. Le terrain, immersif et non participant, s'attachait à observer le travail des professionnels, à la fois en salle d'examen, de contrôle et d'interprétation. Quatre entretiens qualitatifs ont été conduits auprès de patients pour enrichir ces données ethnographiques. Encore exploratoires, ces résultats font l'objet d'un mémoire de master 2 à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS). Sa soutenance est prévue en septembre.

En sociologie comme en anthropologie, plusieurs travaux¹ ont d'ores et déjà été menés sur les enjeux, dans le suivi des maladies et la prise en charge des patients, de visualisation des clichés d'examen d'imagerie. L'anthropologue Cécile Estival dresse une typologie des diverses raisons portant les patients à y prêter attention, ou non². Ses recherches donnent à voir en quoi l'âge, le genre, l'appartenance sociale, la pathologie et sa localisation, les interventions autour de la saisie du cliché (pose ou retrait de sonde, ablation d'organe), le moment où il est réalisé dans le parcours de soin (début ou fin de parcours), etc., constituent autant de facteurs susceptibles d'amener les patients à s'intéresser ou à se désintéresser de leurs images, à un instant « T ».

Ainsi les patients âgés et les hommes auront-ils moins tendance à s'enquérir de leurs résultats d'examen. Ils estiment ne rien y comprendre et, surtout, ne pas avoir besoin de les comprendre, à la différence des patients jeunes ou des femmes, généralement plus curieux et plus investis dans leur santé. Cette typologie invite à penser l'appréhension des clichés comme dynamique et processuelle tout au long du parcours de vie et de soin : une jeune femme peut se montrer très curieuse dans sa jeunesse, se laisser avec le temps, et moins ressentir le

1. Cf. D. Boullier, « Du patient à l'image radiologique : une sociologie des transformations », *Techniques et Cultures*, n° 25-26, Maison des sciences de l'homme, décembre-janvier 1995, p. 19-34. C. Estival, *Corps, imagerie médicale et relation soignant-soigné*, Seli Arslan, 2009. Préface de Sylvie Fainzang. « Imagerie médicale et perception du corps dans la relation patient-soignant en oncologie », thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie, Paris, EHESS, 2008. « La visualisation des clichés d'imagerie médicale par les patients atteints d'un cancer. Analyse en début de trajectoire », *Sociétés*, 2009/3, n° 105, p. 9-20.

2. Dans les cas où la visualisation est possible, c'est-à-dire quand le médecin montre au patient son examen en consultation ou quand l'examen est imprimé et lui est remis en mains propres.

besoin de voir ses clichés en vieillissant, par habitude et/ou confiance envers le personnel médical. Les patients ne sont donc pas toujours intéressés de la même façon.

D'autres chercheurs³ ont observé l'impact de la visualisation des clichés sur les patients et leur ressenti. Les travaux psychanalytiques vont dans le sens d'une modification – consciente ou inconsciente – de la façon dont les patients perçoivent leur corps. La visualisation de certains clichés d'imagerie peut entraîner des bouleversements psychosomatiques, positifs (amélioration) ou négatifs (aggravation de l'état). Ces aspects ont été confirmés par les travaux d'une autre anthropologue, Margitta Zimmermann⁴. Son analyse de la visualisation des clichés d'imagerie médicale théorise une expérience sensible, dite expérience « esthétique », au sens étymologique du terme⁵. Ses recherches étayent la thèse selon laquelle la visualisation des clichés d'imagerie s'accompagne parfois d'une somatisation nouvelle du corps chez certains patients, même si ce n'est pas le cas le plus courant.

Méconnaissance des techniques d'imagerie

Une idée reçue, communément admise par les patients, est que plus la technique d'imagerie utilisée est récente ou imposante, plus elle sera « performante » et, surtout, mieux elle illustrera le problème : un scanner « montrera » mieux qu'une radiographie ou une échographie la pathologie, et une IRM encore mieux qu'un scanner. Cette perception explique l'insatisfaction de certains patients quant à la prescription d'un examen plutôt qu'un autre, qui ne leur semble pas le mieux indiqué. Certains patients préfèrent ainsi « passer » directement une IRM plutôt qu'une radio. Ils ne veulent pas prendre le risque que la radio « ne donne rien »

et se voir prescrire un autre examen. Autrement dit, autant passer l'examen le plus performant dès le début plutôt que de les multiplier.

S'exprime là un défaut de connaissance et d'explication auprès des patients. Les techniques d'imagerie médicale reposent sur des principes physiques très différents. La physique des ultrasons n'est pas celle des rayons X, ni celle du champ magnétique. Si toutes illustrent le corps (os, tissus, organes, etc.), elles n'en dévoilent pas les mêmes aspects avec la même précision. L'IRM donne particulièrement bien à voir la graisse et l'eau. Elle se révèle très précise quant aux variations de composition des tissus. Les rayons X, quant à eux, sont très performants lorsqu'il s'agit de montrer les variations de densité. En ce sens, les techniques d'imagerie sont souvent complémentaires. Selon la question clinique posée par le médecin, une modalité sera plus adaptée qu'une autre. Être bien suivi, dépisté ou traité, ne signifie pas bénéficier du « meilleur » examen disponible (le plus technique, le plus coûteux et le plus récent), mais de l'examen le plus adapté. Ce dernier aiguillera le médecin dans la formulation du diagnostic, en cas d'hésitation ou de recherches de précisions après un examen clinique, tout en considérant la situation personnelle de chaque patient et les possibles contre-indications de certains examens.

De multiples (re)présentations du corps

Les modalités d'imagerie ne représentent pas toutes le corps de la même façon. Certaines illustrent le corps entier. D'autres, des corps partiels, morcelés et éclatés (radiographie) ou « flous » (échographie). D'autres, enfin, des corps « coupés en tranches » (IRM, scanner).

Certaines images sont plus familières que d'autres⁶. Ainsi des radiographies du thorax : très populaires au milieu du XX^e siècle avec la lutte contre la tuberculose, ces radiographies ou leurs illustrations dérivées envahissent alors carnets de timbres, bons d'achat, cartes postales, et viennent soutenir une campagne de dépistage nationale (encadré). Cette sur-représentation a contribué à populariser la radiographie thoracique. On peut la voir aujourd'hui, loin de toute application médicale, en couverture d'albums de musique⁷, sur des affiches, etc. Autre image bien connue : l'échographie prénatale. IRM et scanners cérébraux nourrissent aussi une abondante iconographie, dès lors qu'il s'agit d'illustrer des propos, dans des articles de vulgarisation, sur l'imagerie médicale et les progrès de la médecine. Ces représentations deviennent ainsi familières. Cette familiarité empêche de trop questionner ces



visuels car il s'agit de représentations du corps et de l'imagerie médicale connues et reconnues.

A contrario, les couvertures de livres ou d'albums de musique, les magazines à sensation et de vulgarisation, les séries télévisées, utilisent très rarement les coupes d'un scanner abdomino-pelvien ou une hystérosalpingographie⁸. Et lorsque l'examen est moins commun, les patients, qui n'y sont pas habitués, sont susceptibles de découvrir des images d'eux-mêmes qu'ils ne parviennent pas à s'approprier complètement. Visualiser des clichés radiologiques mobilise un savoir anatomique que les patients n'ont pas toujours. Cela peut expliquer leur refus de « voir » les clichés de leurs examens, leur désintérêt, voire leurs peurs et leurs angoisses face à une image d'eux-mêmes qu'on leur impose et dans laquelle ils ne se reconnaissent pas⁹.

Un niveau de complexité s'ajoute lorsque, pour le même problème ou la même zone du corps, les modalités d'imagerie se multiplient. Lorsque, après une radiographie du rein, le patient doit réaliser une échographie et/ou une IRM de ce même rein – soit parce que le premier examen complémentaire n'aura pas été concluant, soit parce que le médecin généraliste aura prescrit un examen, mais que le médecin spécialiste en voudra un autre qui lui sera d'une plus grande aide –, le patient disposera de plusieurs images de son rein. Dès lors, que voir sur son échographie des reins « en plus ou en moins » que sur la radio ? Surtout si, déjà, nous ne sommes pas en mesure de « voir » le rein – et donc *notre* corps sur ces clichés ?

Et dans l'hypothèse où nous y parviendrions, comment faire coïncider ces représentations qui semblent aussi éloignées l'une de l'autre que peut l'être, en peinture, un portrait réaliste d'un portrait cubiste ? Comme le signifiait une patiente interrogée dans le cadre de l'enquête (56 ans, agente SNCF, suivie pour de l'arthrose aux hanches) : « *Je trouve que les radios, c'est plus lisible. On voit bien les os par exemple, des choses comme ça, par rapport à l'IRM ou là... [soupir] Non là l'IRM, c'est vraiment... je ne me reconnais pas... non je n'y comprends rien du tout à l'IRM.* »

Les patients désireux de se saisir de ces multiples images de leurs corps mettent en œuvre des stratégies de compréhension lorsque la connaissance vient à manquer et qu'aucune explication ne leur est donnée. La quête de renseignements¹⁰ (sur Internet, auprès des proches, dans des manuels) en est une. Toutefois, parce qu'elle n'est pas nécessairement guidée par le corps médical, elle peut s'avérer contre-productive et aboutir à des contresens dans l'appréhension et la compréhension de leur corps et de leur(s) maladie(s).

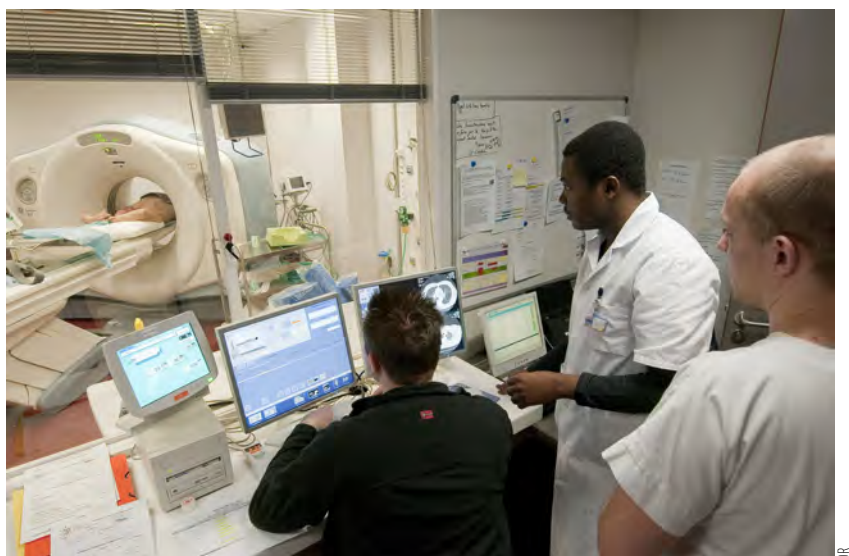


« IRM ou pas IRM, telle est la question... »

La multiplication des examens d'imagerie allonge le parcours de soin. Procéder à une radiographie, ne rien trouver, programmer une IRM ou un scanner (avec des délais d'attente plus longs), récupérer les examens et les transmettre à son médecin dans le cas des cabinets de ville, prendre rendez-vous avec le médecin spécialiste à l'hôpital : tout cela demande du temps. Cette dilatation temporelle de la prise en charge peut agacer les patients qui ont le sentiment de « se faire balader » et de vivre une situation d'errance thérapeutique.

Deux cas significatifs, bien que non représentatifs, issus de notre enquête, viennent illustrer notre propos.

3. P.-L. Assoun, « L'imagerie médicale à l'épreuve de la psychanalyse. Le fantasme iconographique », *Recherches en psychanalyse*, vol. 2, n° 8, 2008, p. 182-189.
- C. Masson, « L'image en médecine : us et abus. L'image n'est pas la réalité », *Cliniques méditerranéennes*, vol. 2, n° 76, 2007, p. 61-75 - « L'image en médecine, quels sont les enjeux de l'utilisation des différentes techniques d'imagerie médicale ? » - *Recherches en psychanalyse*, vol. 2, n° 8, 2009, p. 158-163.
- R. Potier, « Enjeux cliniques et psychopathologiques de l'imagerie médicale : le regard à l'épreuve de la construction du corps contemporain », thèse de doctorat en psychopathologie et psychanalyse, université Paris 7, 2007 - « L'image du corps à l'épreuve de l'imagerie médicale », *Champ psychosomatique*, vol. 52, n° 4, 2008, p. 17-29 - « L'imagerie médicale dans la relation de soin, enjeux psychiques et éthiques », *Laennec*, vol. 60, n° 4, 2012, p. 40-46.
- D. Stahl, "Living into the imagined body: how the diagnostic image confronts the lived body", *Medical Humanities*, vol. 39, 2013, p. 53-58 - *Imaging and Imagining Illness: Becoming Whole in a Broken Body*, Eugene [Oregon, Etats-Unis], Cascade Books, 2018;
4. M. Zimmermann, « Le jeu avec les ombres : médecine, maladie et expérience esthétique », thèse d'ethnologie et anthropologie sociale, Paris, EHESS, 2004 - « Expérience esthétique et guérison : le secret des images qui « soignent » », *Ethnologie française*, vol. 37, n° 1, 2007.
5. « Esthétique » vient du grec *αἰσθητικός*, du verbe *αἰσθάνεσθαι*, sentir, percevoir (Littré).
6. R. Horio Monteiro, « Images médicales entre art et science », *Sociétés*, vol. 1, n° 95, 2007. J. Van Dijk, *The Transparent Body: A Cultural Analysis of Medical Imaging*, Seattle, University of Washington Press, 2005.
7. Un exemple parmi d'autres : *Scars and souvenirs, Theory of a deadman* (2008).
8. Radiographie de l'utérus et des trompes.
9. Cf. note 3.
10. C. Estival, 2009, *op. cit.*



DR



Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, « Faisons-nous radiographier », carte, XX^e siècle, université Paris Cité, collection Guy et Marie-José Pallardy, cote pallt01.

Avec l'aimable autorisation de la bibliothèque interuniversitaire de santé, université Paris Cité.

TUBERCULOSE, RADIODÉPISTAGE ET ICONOGRAPHIE

À propos de radiodépistage, on lira notamment Arlette Mouret, « Essor et déclin d'un modèle de prévention. Le radiodépistage pulmonaire systématique en France (1897-1984) », *Culture technique*, n° 15, 1985, p. 260-273 ; « La légende des 150 000 décès tuberculeux par an », *Annales de démographie historique*, 1996, p. 61-84 ; Bernike Pasveer, « La tuberculose et les rayons X », *Techniques et culture*, n° 25-26, janvier-décembre 1995, p. 1-18. Concernant l'iconographie qui accompagne cette campagne, le fonds d'archives Guy et Marie-José Pallardy de la BIU-Santé Médecine (Paris) conserve des exemplaires de carnets de timbres, dépliants ou cartes postales en ligne. À découvrir sur www.biusante.parisdescartes.fr > Histoire de la santé > Banque d'images et de portraits.

Le premier est celui d'un patient de 46 ans, ancien responsable des ressources humaines, atteint d'une sclérose en plaques. Après la survenue de douleurs dans les hanches suivies d'une difficulté à marcher, il passe une première radiographie qui révèle une tendinite pour laquelle il se fait soigner, sans que son état ne s'améliore. Les professionnels qui l'accompagnent dans le cadre de sa sclérose en plaques constatent au contraire une aggravation de son état, malgré une infiltration de corticoïdes. D'autres examens complémentaires sont réalisés (IRM, scanner), mais il faut attendre plusieurs mois, notamment avec des examens de suivi réalisés à nouveau six mois plus tard, avant de diagnostiquer une polyarthrite rhumatoïde déclenchant *in fine* la pose d'une prothèse de hanche. Lorsqu'il mentionne tous les examens passés, ce patient formule un trait d'esprit ironique : « *IRM ou pas IRM, telle est la question.* » En détournant la célèbre question existentielle d'Hamlet, ce patient pose la question de la raison d'être de ces examens, dont certains lui semblent superflus.

Le second cas est celui d'une femme, 58 ans, agente SNCF, suivie depuis 2018 pour des problèmes d'arthrose à la hanche droite. En 2020, une prothèse de hanche est posée. Après la rééducation, sa hanche gauche commence aussi à la faire souffrir. Elle éprouve des difficultés à se mouvoir. Les radiographies et IRM ne montrent rien de concluant. Elle a « l'impression qu'elle se retrouvait devant des gens qui ne savaient pas ce qu'elle avait ». Après avoir « *traîné ça pendant des mois* », les médecins diagnostiquent de l'arthrose au niveau de l'articulation de sa hanche gauche ainsi qu'une tendinite du moyen fessier. Lorsqu'elle évoque son parcours et mentionne ses différents examens d'imagerie, le ton de cette patiente est agacé. Elle accentue certains mots : « *C'était extrêmement pénible* », et répète plusieurs fois que « *ça a traîné* » :

« [Enquêtée] *J'ai passé des radiographies [...]. On ne trouvait pas ce que j'avais, donc j'étais un peu démoralisée d'aller voir tout un tas de médecins, des spécialistes, etc. On m'annonçait toujours un truc mais ce n'était pas ça. On m'a fait passer une IRM et on ne voyait rien de particulier [...]. J'ai traîné très longtemps et pendant des mois, et c'était extrêmement pénible parce que, vous savez, moi, je préfère qu'on me dise "bah voilà, vous avez ça" plutôt qu'on "oh bah on ne sait pas ce que vous avez". Bon. Au final, c'était ma hanche qui commençait à poser problème, plus une tendinite du moyen fessier.* »

Dans cet extrait, l'accent est mis sur la durée et les examens qui n'aboutissent pas. C'est autant elle qui traîne (« *j'ai traîné pendant des mois* ») que son

problème et sa douleur (« ça a traîné »). Après des mois passés dans l'attente, la combinaison de radiographies avec l'IRM semble inutile pour identifier le mal qui ronge cette patiente, laquelle, nous l'avons vu plus haut, peinait déjà à voir un corps – et donc son corps – sur l'IRM. Bien sûr, dans les deux cas, la nécessité de suivre l'évolution de la situation, ne serait-ce que pour poser un diagnostic, implique un parcours de soin dans la durée. Mais l'inflation de modalités pose tout de même question. Elle aggrave le sentiment d'errance.

En clair

La multiplication des examens d'imagerie médicale, et leurs modalités, offre en médecine de nombreuses représentations possibles du corps. Dans le même temps, elle invite les patients à se familiariser avec des nouvelles images de ce dernier, qui plus est de leur corps, qu'ils n'ont pas toujours l'habitude de rencontrer. Ces mises en images sont parfois très éloignées dans leurs modes de représentation, c'est-à-dire dans leurs façons d'imager (une vue en coupe scanner diffère d'une vue 2D radio). De sorte qu'elles demandent une gymnastique mentale pour tenter de faire coïncider, et dialoguer, ces examens. La démarche n'a rien d'aisé, surtout lorsqu'on ignore

les spécificités de chaque modalité d'imagerie. Difficile, en effet, de savoir ce que ce « plus » que va apporter ou « montrer », le bénéfice d'une IRM par rapport à une radiographie ou à un scanner. Insuffisamment informés de la façon dont sont obtenues les images, les patients peuvent souffrir de la multiplication d'examens pour un même problème dont ils ne comprennent pas l'intérêt. Non conscients de la complémentarité des techniques d'imagerie, ils peuvent être tentés de croire que les techniques les plus récentes sont les plus performantes, surtout lorsque ce sont elles qui, en fin de parcours, permettent de poser un diagnostic après plusieurs mois – ou années d'errance – dans l'identification d'un problème de santé.

Les sensibiliser à la spécificité de chaque technique favoriserait une meilleure appropriation de ces techniques et de ce qu'elles « imagent ». Il conviendrait bien sûr de leur rappeler qu'à chaque nouvel examen qui ne « donne rien », ce sont plusieurs hypothèses éliminées grâce aux particularités de chaque modalité d'imagerie. La question devient alors tout autre : au regard de la situation actuelle du système de santé, qui pourrait se charger d'un tel travail, comment et avec quels moyens ? ■

PRENDRE SOIN DE VOUS EST NOTRE PRIORITÉ



Dian

 dian.es

 dian@dian.es

 Made in Europe